

Señores

JUZGADO SEGUNDO (2°) CIVIL DEL CIRCUITO DE BUENAVENTURA

j02ccbuenaventura@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO: VERBAL.
DEMANDANTES: ELIANA RENTERÍA VALLECILLA Y OTROS.
DEMANDADOS: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Y OTROS.
RADICADO: 761093103002-2017-00094-00(599-11).

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA REFORMADA Y A LOS
LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA.**

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con dirección electrónica notificaciones@gha.com.co, actuando en mi calidad de apoderado judicial de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, según consta en el expediente, de manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal procedo a presentar, en primer lugar, **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA REFORMADA** promovida por la señora ELIANA RENTERIA VALLECILLA Y OTROS en contra de SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Y OTROS, en segundo lugar, **CONTESTACIÓN A LOS LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA** formulados por EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – S.O.S., y CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA “COMFANDI” 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, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho.

OPORTUNIDAD

El escrito tiene su oportunidad y procedencia conforme a la notificación del auto interlocutorio No. 092 de fecha 11 de abril del 2024, el cual fue notificado en estados el día 12 de abril del 2024, dentro del cual entre otros puntos se admitió el llamamiento en garantía formulado por EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – S.O.S., en contra de ALLIANZ SEGUROS S.A. (llamamiento que fue efectuado en el traslado de la admisión de la reforma de la demanda).

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,

Centro Empresarial Chipchape

+57 315 577 6200 - 602-6594075

GHA
ABOGADOS & ASOCIADOS

En ese orden de ideas, y de conformidad con lo dispuesto en la norma procesal, una vez notificado el auto admisorio, en este caso el del llamamiento en garantía, y como mi prohijada ya hace parte del proceso, es a partir del día 15 de abril del 2024 que comienza a correr el término para que mi representada se pronuncie al respecto.

Por lo tanto, al encontrar que el término máximo con el que contaba mi representada eran de veinte (20) días hábiles, que iniciaron el 15 de abril del 2024 hasta el 14 de mayo del 2024, el presente escrito de contestación a la demanda y al llamamiento en garantía se encuentra radicado dentro del término otorgado por la norma procesal, para los asuntos de esta clase.

CAPÍTULO I CONTESTACIÓN A LA REFORMA DE LA DEMANDA

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

Frente al hecho “1.”: No le consta a mi procurada lo manifestado en el presente hecho, comoquiera que son circunstancia totalmente ajenas y desconocidas por la compañía aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a la norma procesal.

Frente al hecho “2.”: Mi representada desconoce totalmente lo expuesto en el presente apartado, toda vez que lo descrito por la activa, no tiene ningún tipo de relación con Allianz Seguros S.A. Conforme con el Art. 167 del C.G.P., debe probarse cada una de las exposiciones formuladas por la activa.

Frente al hecho “3.”: No le costa a mi procurada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación o injerencia en los relatos descritos, y mucho menos presenció los mismos. En todo caso de conformidad con lo establecido en el Art. 167 del C.G.P., le asiste la obligación a la activa de probar su dicho.

Frente al hecho “4.”: No le consta a mi procurada lo manifestado en el presente hecho, comoquiera que son circunstancia totalmente ajenas y desconocidas por la compañía aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a lo establecido por la norma procesal.

Frente al hecho “5”: Mi representada desconoce totalmente lo expuesto en el presente apartado, toda vez que lo descrito por la activa, no tiene ningún tipo de relación con Allianz Seguros S.A. No obstante, me permito en relación con los documentos que obran en el expediente afirmar que no es cierto lo dicho por la activa, debiéndose aclarar que de acuerdo con la historia clínica aportada por los demandantes, se encontraría demostrado que en efecto la señora Eliana Rentería ingreso a la Clínica Santa Sofia del Pacifico LTDA., el día 30 de mayo de 2014, donde fue atendida por concepto de “Embarazo prolongado”, situación sobre la cual, diferimos conceptualmente, siendo que a la fecha se documenta un embarazo de 39.4 semanas de gestación (S.G.), tiempo prudencial para que se produjese el trabajo de parto de manera natural. Incluso, deberá el señor Juez tener a consideración que la literatura tiene como embarazo en termino, cuando el parto se produce entre la semana 39 y 42, tiempo en el cual se debe esperar que el proceso de alumbramiento se dé naturalmente a efectos de salvaguardar la vida de la madre y su bebé gestante.

En igual sentido debe tenerse de presente, valorar que dentro de la historia clínica se consigna el término “sin actividad uterina”, es decir que una vez fue estudiada la condición de la madre gestante, **se concluyó que la señora Eliana Rentería no se encontraba en trabajo de parto para la fecha de la valoración y por tanto, era procedente en los términos en que se expone por la parte activa,** el egreso de la usuaria bajo recomendaciones por síntomas o signos del alumbramiento o riesgo. El manejo brindado a la paciente podrá catalogarse como adecuado, en razón a los signos documentados en la siguiente forma: *“tv (tacto vaginal) salida tapón mucoso - cuello central permeable un cm”*, justificándose en tales términos, la decisión del galeno, en lo que refiere al egreso de la paciente con recomendaciones y signos de alarma.

Finalmente, en lo que corresponde al vómito y malestar, debo de exponer que nada de ello se encuentra documentado dentro de la evidencia aportada y, por tanto, no podría darse por cierto de forma alguna. Por lo tanto, si algo se pretende con estas manifestaciones, solicito su demostración fehaciente, mediante la utilización de medios de prueba conducentes, pertinentes y útiles, en virtud del principio de la carga de la prueba que le asiste a la parte actora, conforme al artículo 167 del C.G.P.

Frente al hecho “6”: No le consta a mi procurada lo expuesto, pues se reitera que la misma no tuvo injerencia, participación, y tampoco presencié los hechos descritos por la activa. En consideración con lo consignado en el Art. 167 del C.G.P., le asiste la obligación a la activa de probar sus propias manifestaciones.

Frente al hecho “7”: A mi representada no le consta lo manifestado por la parte

demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. sin relación alguna con los hechos expuestos. No obstante, estudiada la historia clínica, únicamente cabría resaltar que, en efecto a partir del ingreso de la paciente a la Institución asegurada, se procedió por parte del cuerpo médico a brindar todas aquellas atenciones que eran requeridas por la usuaria para efectos de recuperar oportunamente su estado de salud, no obstante, tratándose de una actividad de medio y no de resultado, se obtuvieron una serie de complicaciones imprevisibles e idiosincráticas a los tratamientos requeridos. Por lo tanto, si algo se pretende con esta manifestación, solicito su demostración fehaciente, en virtud del principio de la carga de la prueba que le asiste a la parte actora, conforme al artículo 167 del C.G.P.

Frente al hecho “8”: Mi representada desconoce totalmente lo expuesto en el presente apartado, toda vez que lo descrito por la activa, no tiene ningún tipo de relación con Allianz Seguros S.A. Conforme con el Art. 167 del C.G.P., debe probarse cada una de las exposiciones formuladas por la activa.

Frente al hecho “9”: Mi representada desconoce totalmente lo expuesto en el presente apartado, toda vez que lo descrito por la activa, no tiene ningún tipo de relación con Allianz Seguros S.A. No obstante, es menester indicar que conforme la historia clínica el 2 de junio de 2014 se realizó monitoria fetal que demostró bienestar fetal, en donde se advierte que la paciente ingresa a la institución en razón al siguiente cuadro identificado, por parte del cuerpo médico, el cual podemos observar a partir de dos notas iniciales descritas en los siguientes términos:

“(…) dolor bajito tipo cólico. Salida moco cervical, consciente orientada deambula por sus propios medios - abdomen -au (altura uterina) 33 cm - no actividad uterina - movimientos fetales presentes fetocardia positiva 140 min — tv (tacto vaginal) salida tapon mucoso - cuello central permeable un cm - feto flotante p (posicion) cefálica — pelvis ggn adecuada (...)”. (subraya de mi autoría)

En dicha fecha, fue valorada por parte del Dr. Jose Alberto Ulloque de la Hoz, especialista en el área de ginecología, quien textualmente documentó:

HALLAZGO SUBJETIVO:
paciente quien refiere contracciones uterinas dolorosas frecuentes, dolor abdominal persistente. se le realizo nst en am el cual fue reactivo.
regresa en horas de la tarde y es valorada por medico de turno el cual no encuentra fetocardia. se realizo rastreo ecografico que reporta obito fetal.

La anterior anotación, demostraría que la paciente, súbita e intempestivamente fue víctima de un óbito fetal (es decir la muerte del feto después de las 20 semanas de gestación), el cual no fue susceptible de ser diagnosticado dentro de los estudios preliminares o valoraciones previas, siendo que se trata de una situación impredecible, cuya causa es multifactorial. Resalto que, en razón a las circunstancias presentadas, la Institución procedió con la práctica de una cesárea post óbito fetal, procedimiento bajo el cual se pudo concluir que la muerte del bebé en este caso se dio en razón al: “desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación”. El desprendimiento prematuro de la placenta provoca en ocasiones una pérdida abundante de sangre con una coagulación diseminada en el interior de los vasos sanguíneos (coagulación intravascular diseminada), insuficiencia renal, y hemorragia en las paredes del Otero, sobre todo en las mujeres embarazadas que también sufren preeclampsia.

Cuando la placenta se desprende, el suministro de oxígeno y de nutrientes al feto se reduce. Si el desprendimiento se produce de repente, y disminuye en gran medida el aporte de oxígeno, el feto puede morir. Si se produce gradualmente y con menos extensión, el feto puede crecer menos de lo esperado, o puede haber muy poco líquido amniótico (oligohidramnios). El desprendimiento gradual puede ocasionar menos dolor abdominal y tener menor riesgo de choque (shock) en la madre que el desprendimiento repentino, pero se incrementa el riesgo de rotura prematura subsiguiente de las membranas. Por lo tanto, se concluye que no era previsible en este caso agotar por parte de la Clínica Santa Sofía, una conducta diferente para efectos de evitar el óbito fetal, tratándose de un desprendimiento de placenta súbito y espontáneo, el cual terminó con la vida del feto en proceso de gestación.

Frente al hecho “10”: No le consta a mi procurada lo manifestado en el presente hecho, comoquiera que son circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por la compañía aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a la norma procesal.

Frente al hecho “11”: Mi representada desconoce totalmente lo expuesto en el presente apartado, toda vez que lo descrito por la activa, no tiene ningún tipo de relación con Allianz Seguros S.A. Conforme con el Art. 167 del C.G.P., debe probarse cada una de las exposiciones formuladas por la activa.

Frente al hecho “12”: No le consta a mi procurada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz

Seguros S.A., sin que medie relación alguna con lo expuesto y la compañía aseguradora. Ahora bien frente a las manifestaciones y aseveraciones de la parte demandante, no tienen fundamento para emitir dichos pronunciamientos, por lo que no se encuentra demostrada la responsabilidad de la parte pasiva y en todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “13”: Mi representada desconoce totalmente lo expuesto en el presente apartado, toda vez que lo descrito por la activa, no tiene ningún tipo de relación con Allianz Seguros S.A. Conforme con el Art. 167 del C.G.P., debe probarse cada una de las exposiciones formuladas por la activa.

Frente al hecho “14”: No le consta a mi procurada lo manifestado en el presente hecho, comoquiera que son circunstancia totalmente ajenas y desconocidas por la compañía aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a la norma procesal.

Frente al hecho “15.”: No le consta a mi representada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “16”: Mi representada desconoce totalmente lo expuesto en el presente apartado, toda vez que lo descrito por la activa, no tiene ningún tipo de relación con Allianz Seguros S.A. Conforme con el Art. 167 del C.G.P., debe probarse cada una de las exposiciones formuladas por la activa.

Frente al hecho “17”: No le consta a mi procurada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., sin que medie relación alguna con lo expuesto y la compañía aseguradora. Ahora bien frente a las manifestaciones y aseveraciones de la parte demandante, no tienen fundamento para emitir dichos pronunciamientos, por lo que no se encuentra demostrada la responsabilidad de la parte pasiva y en todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma

deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “18”: No le consta a mi representada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “19”: No le consta a mi procurada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., sin que medie relación alguna con lo expuesto y la compañía aseguradora. Ahora bien frente a las manifestaciones y aseveraciones de la parte demandante, no tienen fundamento para emitir dichos pronunciamientos, por lo que no se encuentra demostrada la responsabilidad de la parte pasiva y en todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “20”: No le consta a mi procurada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., sin que medie relación alguna con lo expuesto y la compañía aseguradora. Ahora bien frente a las manifestaciones y aseveraciones de la parte demandante, no tienen fundamento para emitir dichos pronunciamientos, por lo que no se encuentra demostrada la responsabilidad de la parte pasiva y en todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “21”: No le consta a mi representada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “22”: No le consta a mi procurada lo manifestado en el presente hecho, comoquiera que son circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por la compañía aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a la norma procesal.

Frente al hecho “23”: No le consta a mi representada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P. y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “24”: Mi representada desconoce totalmente lo expuesto en el presente apartado, toda vez que lo descrito por la activa, no tiene ningún tipo de relación con Allianz Seguros S.A. No obstante, se advierte que conforme a la historia clínica obrante en el expediente se concluye lo siguiente:

- El Dr. Ulloque, el día 2 de junio 2014 a las 16:14 horas, anota que encontró hipertensión uterina (contracciones uterinas anormalmente intensas) y dolor, síntomas del desprendimiento de placenta.
- Si se realizó un tacto vaginal, debe notarse que el Médico Ginecobstetra anota que la paciente tiene un borramiento del 70% y dilatación de 4 a 5 cm, datos clínicos que solo se pueden obtener mediante un tacto vaginal.
- Si se realizó un procedimiento conocido como “fetocardia”, y se hizo la anotación “rastreo ecográfico que reporta óbito fetal”, es decir que la fetocardia fue cero (00), pues un óbito fetal (muerte fetal) obviamente no tiene fetocardia (latidos cardiacos).
- No se advierte una mala praxis o negligencia por parte de los profesionales de la salud ni de las instituciones de salud.

De lo expuesto anteriormente, es claro como en el caso que se ventila, no se observa una negligencia médica o una mala praxis por parte de los demandados, puesto que lo antes concluido fue plenamente corroborado por la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A., en su escrito de contestación a la demanda y las pruebas adosadas al proceso.

Frente al hecho “25”: No le consta a mi representada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz

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

Frente al hecho “26”: Mi representada desconoce totalmente lo expuesto en el presente apartado, toda vez que lo descrito por la activa, no tiene ningún tipo de relación con Allianz Seguros S.A. Conforme con el Art. 167 del C.G.P., debe probarse cada una de las exposiciones formuladas por la activa.

Frente al hecho “27”: A mi procurada no le consta lo afirmado por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por la compañía aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. No obstante, es menester indicar que de lo consignado en la historia clínica que, en el momento del diagnóstico de la muerte fetal, la señora ELIANA RENTERÍA VALLECILLA tenía una dilación de 4 a 5 cm, por lo tanto, el procedimiento idóneo debía hacerse mediante cesárea y no mediante parto natural, por lo que no existía conforme a las *lex artis* un intento o una sospecha de recomendación médica para que la misma se hiciera a través de parto espontáneo.

Frente al hecho “28”: No le consta a mi representada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “29”: Mi representada desconoce totalmente lo expuesto en el presente apartado, toda vez que lo descrito por la activa, no tiene ningún tipo de relación con Allianz Seguros S.A. Conforme con el Art. 167 del C.G.P., debe probarse cada una de las exposiciones formuladas por la activa.

Frente al hecho “30”: No le consta a mi representada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de

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

Frente al hecho “31”: No le consta a mi procurada lo manifestado en el presente hecho, comoquiera que son circunstancia totalmente ajenas y desconocidas por la compañía aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a la norma procesal.

Frente al hecho “32”: No le consta a mi procurada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., sin que medie relación alguna con lo expuesto y la compañía aseguradora. Ahora bien frente a las manifestaciones y aseveraciones de la parte demandante, no tienen fundamento para emitir dichos pronunciamientos, por lo que no se encuentra demostrada la responsabilidad de la parte pasiva y en todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “33”: A mi representada no le consta lo afirmado por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. sin relación alguna con los hechos expuestos. No obstante, conforme se advierte en la historia clínica, dicha afirmación ES CIERTA y conforme la anotación de la Enfermera Dayan Angelica Caicedo, el 2 de junio 2014 a las 16:50 horas, indicando que el Dr. Cuero al valorar a la paciente no encontró fetocardia (frecuencia cardiaca fetal o latidos cardiacos fetal), lo que indica su fallecimiento. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “34”: No le consta a mi representada por expuesto por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. sin relación alguna con los hechos expuestos. No obstante, conforme se advierte en la historia clínica, dicha afirmación ES CIERTA y conforme la anotación de la Enfermera Dayan Angelica Caicedo, el 2 de junio 2014 a las 16:50 horas, indicando que el Dr. Cuero al valorar a la paciente no encontró fetocardia (frecuencia cardiaca fetal o latidos cardiacos fetal), lo que indica su fallecimiento En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá

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

Frente al hecho “35”: No le consta a mi procurada por expuesto en el presente hecho, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. sin relación alguna con los hechos expuestos. No obstante, se informa que respecto del TRIAGE, dicho procedimiento se realiza con el fin de determinar que pacientes requieren atención inmediata o diferida o no requieren atención en urgencias de acuerdo a la sintomatología evidenciada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “36”: A mi representada no le consta lo manifestado por los demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. sin relación alguna con los hechos expuestos. No obstante, conforme se indica que el fragmento de la historia clínica dicha afirmación ES CIERTA.

Frente al hecho “37”: No le consta a mi procurada lo manifestado en el presente hecho, comoquiera que son circunstancia totalmente ajenas y desconocidas por la compañía aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a la norma procesal.

Frente al hecho “38”: No le consta a mi representada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. sin relación alguna con los hechos expuestos. No obstante, es menester indicar que el Dr. Cuero no encontró frecuencia cardiaca fetal y por el Dr. Estupiñán quien realizó una ecografía y confirmó la ausencia de frecuencia cardiaca fetal y por lo tanto su muerte, por ende, dicho procedimiento de cesaría fue conforme los parámetros de *la lex artis*. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “39”: No le consta a mi procurada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., sin que medie relación alguna con lo expuesto y la compañía aseguradora.

Ahora bien frente a las manifestaciones y aseveraciones de la parte demandante, no tienen fundamento para emitir dichos pronunciamientos, por lo que no se encuentra demostrada la responsabilidad de la parte pasiva y en todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “40”: A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. sin relación alguna con los hechos expuestos. No obstante, no es cierto por cuanto dicha anotación corresponde a la página 563 de la historia clínica Santa Sofía, en dicha nota, el Dr. José Alberto Ulloque de la Hoz anota que encontró una placenta pequeña con hematoma del 10%, este hematoma es indicativo de un abrupción o desprendimiento de placenta.

Frente al hecho “41”: No le consta a mi procurada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., sin que medie relación alguna con lo expuesto y la compañía aseguradora. Ahora bien frente a las manifestaciones y aseveraciones de la parte demandante, no tienen fundamento para emitir dichos pronunciamientos, por lo que no se encuentra demostrada la responsabilidad de la parte pasiva y en todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “42”: No le consta a mi procurada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., sin que medie relación alguna con lo expuesto y la compañía aseguradora. Ahora bien frente a las manifestaciones y aseveraciones de la parte demandante, no tienen fundamento para emitir dichos pronunciamientos, por lo que no se encuentra demostrada la responsabilidad de la parte pasiva y en todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “43”: No le consta a mi procurada lo manifestado en el presente hecho, comoquiera que son circunstancia totalmente ajenas y desconocidas por la compañía aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma deberá acreditar su dicho

conforme a la norma procesal.

Frente al hecho “44”: No le consta a mi procurada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., sin que medie relación alguna con lo expuesto y la compañía aseguradora. Ahora bien frente a las manifestaciones y aseveraciones de la parte demandante, no tienen fundamento para emitir dichos pronunciamientos, por lo que no se encuentra demostrada la responsabilidad de la parte pasiva y en todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “45”: A mi representada no le consta lo manifestado por los demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. No obstante, conforme se indica que el fragmento de la historia clínica adosada al expediente, dicha afirmación ES CIERTA.

Frente al hecho “46”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “47”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “48”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “49”: No le consta a mi procurada lo manifestado en el presente hecho, comoquiera que son circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por la compañía aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma deberá acreditar su dicho

conforme a la norma procesal.

Frente al hecho “50”: No le consta a mi procurada lo manifestado en el presente hecho, comoquiera que son circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por la compañía aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a la norma procesal.

Frente al hecho “51”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “52”: No le consta a mi procurada lo manifestado en el presente hecho, comoquiera que son circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por la compañía aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a la norma procesal.

Frente al hecho “53”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “54”: A mi procurada no le consta lo expuesto por el demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., destacando que la misma no tuvo participación o injerencia en las manifestaciones realizadas por la activa. Sin embargo, es menester precisar que el día 13 de junio 2014, se decidió llevar a la paciente a una laparotomía y al abrir el abdomen se encontró que las suturas del útero estaban dehiscentes o sueltas y que por dichas suturas salía pus del útero, razón por la cual se decidió (con concepto de Ginecólogo de turno) extraer el útero, lo cual se informó al esposo y madre de la paciente que firmaron el consentimiento informado para dicho procedimiento.

Frente al hecho “55”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco participo de los relatos dichos por la activa. En todo caso la parte demandante debe acreditar su dicho, de

conformidad con lo estipulado en el Art. 167 del C.G.P.

Frente al hecho “56”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “57”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco participo de los relatos dichos por la activa. En todo caso la parte demandante debe acreditar su dicho, de conformidad con lo estipulado en el Art. 167 del C.G.P.

Frente al hecho “58”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “59”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco participo de los relatos dichos por la activa. En todo caso la parte demandante debe acreditar su dicho, de conformidad con lo estipulado en el Art. 167 del C.G.P.

Frente al hecho “60”: Lo expuesto dentro del presente apartado no es un hecho propiamente dicho, sino que constituyen manifestaciones subjetivas realizadas por la apedreadora de la parte demandante que en primera medida van encaminadas a su propio beneficio, y en segundo lugar carecen de elementos probatorios que respalden dichas manifestaciones. De acuerdo con la disposición procesal, la activa debe probar todas y cada una de sus afirmaciones, de acuerdo con lo establecido en el Art. 167 del C.G.P.

Frente al hecho “61”: No le consta a mi procurada lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., sin que medie relación alguna con lo expuesto y la compañía aseguradora. Ahora bien frente a las manifestaciones y aseveraciones de la parte demandante, no tienen fundamento para emitir dichos pronunciamientos, por lo que no se encuentra demostrada la responsabilidad de la parte pasiva y en todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y

pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, resulta necesario exponer que en el hecho No. 54 de la reforma a la demanda, la parte accionante indicó cual fue la anotación realizada por el médico cirujano Dr. Henry Armando Muñoz, donde se evidencia que para el día 13 de junio del 2014 los hallazgos fueron totalmente claros, adicionando cual fue el procedimiento médico y las razones del mismo, situación que evidencia un actuar adecuado de los galenos expertos, conforme a la *lex artis*.

Frente al hecho “62”: Lo expuesto en el presente apartado no es un hecho propiamente dicho, sino que nos apreciaciones subjetivas efectuadas por la parte actora, las cuales carecen de sustento probatorio. En todo caso, debe reiterarse la carga probatoria que le asiste a la activa, frente a demostrar cada una de sus afirmaciones. Que se pruebe.

Frente al hecho “63”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “64”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco participo de los relatos dichos por la activa. En todo caso la parte demandante debe acreditar su dicho, de conformidad con lo estipulado en el Art. 167 del C.G.P.

Frente al hecho “65”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “66”: No le consta a mi procurada lo manifestado en el presente hecho, comoquiera que son circunstancia totalmente ajenas y desconocidas por la compañía aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a la norma procesal.

Frente al hecho “67”: El presente apartado no es un hecho propiamente dicho, sino que es una transcripción literal de un documento que ya reposa en el expediente, y se evidencia

que no se hace alusión distinta a la realización de una petición.

Frente al hecho “68”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco participo de los relatos dichos por la activa. En todo caso la parte demandante debe acreditar su dicho, de conformidad con lo estipulado en el Art. 167 del C.G.P.

Frente al hecho “69”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco participo de los relatos dichos por la activa. Que se pruebe.

Frente al hecho “70”: No le consta a mi procurada lo manifestado en el presente hecho, comoquiera que son circunstancia totalmente ajenas y desconocidas por la compañía aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a la norma procesal.

Frente al hecho “71”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco tiene relación de los relatos dichos por la activa. Que se pruebe.

Frente al hecho “72”: Lo expuesto en el presente apartado no es un hecho propiamente dicho, sino una transliteración literal de un documento que ya reposa en el expediente. Sin embargo, cabe destacar que cual exposición efectuada por la activa debe ser plenamente acreditada de acuerdo con lo dispuesto en el Art. 167 de C.G.P.

Frente al hecho “73”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “74”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco tiene relación de los relatos dichos por la activa. Sin embargo, cabe destacar que cual exposición efectuada por la activa debe ser plenamente acreditada de acuerdo con lo dispuesto en el Art. 167 de C.G.P.

Frete al hecho “75”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho,

comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco participo de los relatos dichos por la activa. En todo caso la parte demandante debe acreditar su dicho, de conformidad con lo estipulado en el Art. 167 del C.G.P.

Frente al hecho “76”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco tiene relación de los relatos dichos por la activa. Que se pruebe.

Frente al hecho “77”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “78”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco participo de los relatos dichos por la activa. En todo caso la parte demandante debe acreditar su dicho, de conformidad con lo estipulado en el Art. 167 del C.G.P.

Frente al hecho “79”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco tiene relación de los relatos dichos por la activa. Que se pruebe.

Frente al hecho “80”: No le consta a mi procurada por la manifestado por la activa en el presente hecho, pues los relatos expuestos no tienen relación alguna con Allianz Seguros S.A., sin perjuicio de ello, cabe destacar que la activa tiene la obligación de probar cada una de sus manifestaciones, situación por la cual debe probarse su dicho.

Frente al hecho “81”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “82”: No le consta a mi procurada por la manifestado por la activa en el presente hecho, pues los relatos expuestos no tienen relación alguna con Allianz Seguros S.A., sin perjuicio de ello, cabe destacar que la activa tiene la obligación de probar cada una de sus manifestaciones, situación por la cual debe probarse su dicho.

Frente al hecho “83”: No le consta a mi procurada por la manifestado por la activa en el presente hecho, pues los relatos expuestos no tienen relación alguna con Allianz Seguros S.A., sin perjuicio de ello, cabe destacar que la activa tiene la obligación de probar cada una de sus manifestaciones, situación por la cual debe probarse su dicho.

Frente al hecho “84”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “85”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco tiene relación de los relatos dichos por la activa. Que se pruebe.

Frente al hecho “86”: No le consta a mi procurada por la manifestado por la activa en el presente hecho, pues los relatos expuestos no tienen relación alguna con Allianz Seguros S.A., sin perjuicio de ello, cabe destacar que la activa tiene la obligación de probar cada una de sus manifestaciones, situación por la cual debe probarse su dicho.

Frente al hecho “87”: No le consta a mi procurada por la manifestado por la activa en el presente hecho, pues los relatos expuestos no tienen relación alguna con Allianz Seguros S.A., sin perjuicio de ello, cabe destacar que la activa tiene la obligación de probar cada una de sus manifestaciones, situación por la cual debe probarse su dicho.

Frente al hecho “88”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco tiene relación de los relatos dichos por la activa. Que se pruebe.

Frente al hecho “89”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “90”: No le consta a mi procurada por la manifestado por la activa en el presente hecho, pues los relatos expuestos no tienen relación alguna con Allianz Seguros S.A., sin perjuicio de ello, cabe destacar que la activa tiene la obligación de probar cada una de sus manifestaciones, situación por la cual debe probarse su dicho.

Frente al hecho “91”: No le consta a mi procurada por la manifestado por la activa en el presente hecho, pues los relatos expuestos no tienen relación alguna con Allianz Seguros S.A., sin perjuicio de ello, cabe destacar que la activa tiene la obligación de probar cada una de sus manifestaciones, situación por la cual debe probarse su dicho.

Frente al hecho “92”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco tiene relación de los relatos dichos por la activa. Que se pruebe.

Frente al hecho “93”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “94”: No le consta a mi procurada por la manifestado por la activa en el presente hecho, pues los relatos expuestos no tienen relación alguna con Allianz Seguros S.A., sin perjuicio de ello, cabe destacar que la activa tiene la obligación de probar cada una de sus manifestaciones, situación por la cual debe probarse su dicho.

Frente al hecho “95”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “96”: No le consta a mi procurada por la manifestado por la activa en el presente hecho, pues los relatos expuestos no tienen relación alguna con Allianz Seguros S.A., sin perjuicio de ello, cabe destacar que la activa tiene la obligación de probar cada una de sus manifestaciones, situación por la cual debe probarse su dicho.

Frente al hecho “97”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “98”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho,

comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco tiene relación de los relatos dichos por la activa. Que se pruebe.

Frente al hecho “99”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “100”: No le consta a mi procurada por la manifestado por la activa en el presente hecho, pues los relatos expuestos no tienen relación alguna con Allianz Seguros S.A., sin perjuicio de ello, cabe destacar que la activa tiene la obligación de probar cada una de sus manifestaciones, situación por la cual debe probarse su dicho.

Frente al hecho “101”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “102”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco tiene relación de los relatos dichos por la activa. Que se pruebe.

Frente al hecho “103”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “104”: No le consta a mi procurada por la manifestado por la activa en el presente hecho, pues los relatos expuestos no tienen relación alguna con Allianz Seguros S.A., sin perjuicio de ello, cabe destacar que la activa tiene la obligación de probar cada una de sus manifestaciones, situación por la cual debe probarse su dicho.

Frente al hecho “105”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y

pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “106”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma no tuvo participación, injerencia y tampoco tiene relación de los relatos dichos por la activa. Que se pruebe.

Frente al hecho “107”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “108”: No le consta a mi representada por manifestado por la activa, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. La parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “109”: Lo expuesto en el presente apartado no es un hecho propiamente dicho, sino que son apreciaciones subjetivas realizadas por la activa, los cuales están carentes de respaldo probatorio, sin dejar de lado que las mismas están encaminadas en el propio beneficio de la activa. Se resalta que de acuerdo al Art. 167 del C.G.P., la parte demandante debe probar cada una de sus afirmaciones, situación que no se evidencia en el presente apartado.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA REFORMADA

1. DECLARATIVAS

Frente a la pretensión “primera”: ME OPONGO a que se declare civil y solidariamente responsable a las demandadas SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A., CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA., COMFANDI IPS y al médico Dr. JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA. Comoquiera que no está demostrada la responsabilidad civil de ninguno de los integrantes del extremo pasivo de la Litis. Además, por cuanto en el presente caso lo aquí expresado. por la parte demandante, corresponde a un análisis injustificado, el cual carece de soporte que evidencie de manera técnica y científica que lo dicho se atempera u obedece a negligencia de los actos médicos y/o administrativos acometidos por dichas

entidades, por el contrario, se evidencia que la paciente Eliana Rentería y su bebé en proceso de gestación, recibieron todas las atenciones requeridas dentro de toda la evolución su cuadro clínico y sintomatología.

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

Frente a la pretensión “segunda”: ME OPONGO a que se declare civil y solidariamente responsable a las demandadas SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A., CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA., COMFANDI IPS y al médico Dr. JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA. Comoquiera que no está demostrada la responsabilidad civil de ninguno de los integrantes del extremo pasivo de la Litis. Además, por cuanto en el presente caso lo aquí expresado. por la parte demandante, corresponde a un análisis injustificado, el cual carece de soporte que evidencie de manera técnica y científica que lo dicho se atempera u obedece a negligencia de los actos médicos y/o administrativos acometidos por dichas entidades, por el contrario, se evidencia que la paciente Eliana Rentería y su bebé en proceso de gestación, recibieron todas las atenciones requeridas dentro de toda la evolución su cuadro clínico y sintomatología.

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

2. CONDENA

Frente a la pretensión “primera”: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión por carecer de fundamentos fácticos y jurídicos. Lo anterior, debido a que no está acreditado el **LUCRO CESANTE** que pretende la activa, pues, este comprende el dinero o la merma dejada de percibir como consecuencia de los hechos que convocan la presente acción de responsabilidad. Empero en el expediente no obran elementos demostrativos que permitan determinar efectivamente la causación de dichos perjuicios o que prueben si quiera sumariamente la existencia del daño por lucro cesante, máxime cuando ni siquiera el demandante las puede liquidar, por el contrario, lo que se evidencia es que el extremo actor fundamenta su petición en una mera aseveración y con ánimo de enriquecimiento injustificado. En tal sentido, no debe perder de vista que la carga de la prueba de acreditar los supuestos perjuicios reside única y exclusivamente en cabeza de la parte Demandante. Por lo tanto, si dicha parte no cumple con su carga, y en tal virtud, no acredita debida y suficientemente sus aparentes daños, es jurídicamente improcedente reconocer cualquier suma por dicho concepto.

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

Frente a la pretensión “segunda”: ME OPONGO a esta pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto no es posible declarar la responsabilidad por parte de las entidades demandadas, por el contrario, a lo largo de este escrito contestatario se ha puesto de presente que la atención brindada a la paciente señora Eliana Rentería Vallecilla fue adecuada y respondió conforme a los síntomas que iba demostrando la usuaria y su bebé. Vale indicar que el desprendimiento de placenta, causante del óbito fetal y la posterior histerectomía, fueron situaciones cuya causa no reside de modo alguno en la Institución o los prestadores de servicios en salud. Aunado a ello, la estimación realizada del supuesto **DAÑO MORAL** es excesiva y se aleja totalmente de los criterios jurisprudencial, pues es evidente el ánimo especulativo que de esta pretensión se desprende. En efecto, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte Demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada dado que 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 fijados por la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 23/05/2018, MP: Aroldo Wilson Quiroz, Rad: 11001-31-03-028-2003-00833-0, en donde se estableció que se reconocerá en caso de muerte de la víctima, una suma por concepto de daño moral a los familiares de primer grado de consanguinidad o afinidad, la suma máxima de \$ 60.000.000. En consecuencia, la suma solicitada de 100 SMLMV para ELIANA RENTERIA VALLECILLA es exorbitante y se encuentra por fuera de los lineamientos establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

Frente a la pretensión “tercera”: ME OPONGO a esta pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto no es posible declarar la responsabilidad por parte de las entidades demandadas. Aunado a ello, la estimación realizada del supuesto **DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN** es improcedente puesto que en ninguno de los hechos relatados en el escrito de la demanda ni de su reforma, la parte actora refiere, de manera puntual y concreta, de qué forma se materializó el perjuicio “daño a la vida de relación” del demandante en relación a los hechos ocurridos el 2 de junio de 2014. Es decir, no se explica de manera clara y razonada de qué forma y cuáles relaciones exteriores se vieron afectadas por el daño alegado. Sobre el particular, se recalca al despacho que el demandante quien tiene la carga probatoria de acreditar los elementos de la responsabilidad, conforme al artículo 167 del C.G.P, en ese caso, acreditar la prueba del daño, no se aportó pruebas por parte de la víctima directa para acreditar la pérdida o merma de actividades placentera, por lo tanto, este presunto perjuicio se encuentra abocado a su fracaso. En consecuencia, la suma solicitada de 100 SMLMV para ELIANA RENTERIA VALLECILLA es exorbitante y se encuentra por fuera de los lineamientos establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

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

Frente a la pretensión “cuarta”: ME OPONGO a esta pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto no es posible declarar la responsabilidad por parte de las entidades demandadas. Aunado a ello, la estimación realizada del supuesto **DAÑO A LA SALUD** es improcedente porque: i) se trata de una tipología de perjuicio que nunca ha sido reconocida por la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia (1922- 2021); ii) este perjuicio solo es reconocido por el Consejo de Estado, no obstante, el órgano de cierre en esta jurisdicción es la Corte Suprema de Justicia; y iii) la Corte Suprema de Justicia, reconoce es el daño a la vida en relación y no el daño a la salud, por lo cual al reconocer el mismo junto con el daño a la vida en relación (que ya fue solicitado) se estaría incurriendo en una doble indemnización. En consecuencia, la suma solicitada de 100 SMLMV para ELIANA RENTERIA VALLECILLA es totalmente infundada y se encuentra por fuera de los lineamientos establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

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

Frente a la pretensión “quinta”: ME OPONGO a esta pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto no es posible declarar la responsabilidad por parte de las entidades demandadas. Aunado a ello, la estimación realizada del supuesto **DAÑO MORAL** es excesiva y se aleja totalmente de los criterios jurisprudencial, pues es evidente el ánimo especulativo que de esta pretensión se desprende. En efecto, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte Demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada dado que 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 fijados por la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 23/05/2018, MP: Aroldo Wilson Quiroz, Rad: 11001-31-03-028-2003-00833-0, en donde se estableció que se reconocerá en caso de muerte de la víctima, una suma por concepto de daño moral a los familiares de primer grado de consanguinidad o afinidad, la suma máxima de \$60.000.000. En consecuencia, la suma solicitada de 100 SMLMV para JHON RENTERIA ANGULO es exorbitante y se encuentra por fuera de los lineamientos establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

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

Frente a la pretensión “sexta”: ME OPONGO a esta pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto no es posible declarar la responsabilidad por parte de las entidades demandadas. Aunado a ello,

la estimación realizada del supuesto **DAÑO MORAL** es excesiva y se aleja totalmente de los criterios jurisprudencial, pues es evidente el ánimo especulativo que de esta pretensión se desprende. En efecto, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte Demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada dado que 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 fijados por la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 23/05/2018, MP: Aroldo Wilson Quiroz, Rad: 11001-31-03-028-2003-00833-0, en donde se estableció que se reconocerá en caso de muerte de la víctima, una suma por concepto de daño moral a los familiares de primer grado de consanguinidad o afinidad, la suma máxima de \$60.000.000 y para los hermanos que cuentan con segundo grado de consanguinidad el correspondiente al 50% de dicha suma anteriormente referida. En consecuencia, la suma solicitada de 100 SMLMV para cada uno de los señores ALEXIS RENTERIA ANGULO, DELFIDA RENTERIA RENTERIA, DIEGO ARVEY RENTERIA ANGULO, EIDER RENTERIA ANGULO, y MARLON ANDRÉS RENTERIA ANGULO es exorbitante y se encuentra por fuera de los lineamientos establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

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

Frente a la pretensión “séptima”: **ME OPONGO** a esta pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto no es posible declarar la responsabilidad por parte de las entidades demandadas. Aunado a ello, la estimación realizada del supuesto **DAÑO MORAL** es excesiva y se aleja totalmente de los criterios jurisprudencial, pues es evidente el ánimo especulativo que de esta pretensión se desprende. En efecto, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte Demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada dado que 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 fijados por la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 23/05/2018, MP: Aroldo Wilson Quiroz, Rad: 11001-31-03-028-2003-00833-0, en donde se estableció que se reconocerá en caso de muerte de la víctima, una suma por concepto de daño moral a los familiares de primer grado de consanguinidad o afinidad, la suma máxima de \$60.000.000 y para los hermanos que cuentan con segundo grado de consanguinidad el correspondiente al 50% de dicha suma anteriormente referida. En consecuencia, la suma solicitada de 100 SMLMV para cada uno de los señores ISAURA VALLECILLA VALENCIA, FRANCISCO RENTERIA DARWING RENTERIA VALLECILLA, DERLING JHOANA RENTERIA VALLECILLA, MARICEL RENTERIA VALLECILLA, MARLING RENTERIA VALLECILLA, y YISERI RENTERIA VALLECILLA es exorbitante y se encuentra por fuera de los lineamientos establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

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

Frente a la pretensión “octava”: **ME OPONGO** a esta pretensión por resultar consecencial a los requerimientos previos. Se insiste en todo caso que, ante la insuficiencia de elementos de convicción que demuestren no solo la existencia de la responsabilidad civil que se depreca en la demanda, sino también de los perjuicios requeridos, imposible resultaría la prosperidad de esta pretensión. Por lo que solicito respetuosamente al Juzgador se sirva tenerla como no demostrada y consecuentemente niegue la misma.

Frente a la pretensión “novena”: **ME OPONGO** a la petición de condena por “costas y agencias en derecho”, por resultar consecencial a los requerimientos previos. Se insiste en todo caso que, ante la insuficiencia de elementos de convicción que demuestren no solo la existencia de la responsabilidad civil que se depreca en la demanda, sino también de los perjuicios requeridos, imposible resultaría la prosperidad de esta pretensión. Por lo que solicito respetuosamente al Juzgador se sirva tenerla como no demostrada y consecuentemente niegue la misma.

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:

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

En este orden de ideas, es preciso reiterar que la parte Demandante tenía entre sus mandatos toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, cada uno de los daños por los cuales está exigiendo una indemnización deberán

estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. Esta teoría ha sido ampliamente desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, debido a que sobre este particular ha establecido lo siguiente:

*“(...) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel incumplimiento, **y que los mismos sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración,** como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada”¹ (Subrayado y negrita fuera de texto)*

Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación:

*“(...) Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que “(...) **la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso;** [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (...)”² (Subrayado fuera del texto original)*

De otro lado, la accionante también incumple con el quinto requisito puesto que, si bien expone las razones por las cuales presuntamente se le causaron unos perjuicios materiales a título daño lucro cesante, sus aseveraciones no fueron respaldadas con medios de prueba suficientes. En efecto, se solicitó una suma de dinero sin liquidar, que según aduce la accionante se derivan de los ingresos que dejó de percibir como resultado del mes de hospitalización desde el 02 de junio de 2014 hasta el 02 de julio del 2014 y al mes de incapacidad laboral posterior al 02 de julio de 2014. No obstante, no obra en el expediente prueba del detrimento patrimonial y que esta se encuentra en una condición de salud que no le permite ni le permitirá realizar actividades laborales en el futuro. Así como tampoco se allegó certificación laboral, contrato o ningún otro elemento documental que diera por cierto que la accionante se encontraba laborando para la fecha de los hechos

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. Mp. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299 .

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. Mp Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

y que por lo tanto dejó de percibir un ingreso como resultado de la cesaría.

Adicionalmente, es preciso advertir que la estimación de perjuicios realizada por el extremo actor adolece de serios defectos en su liquidación, comoquiera que ni siquiera se realiza la liquidación. el conocimiento, experticia e idoneidad para ello en franca desatención a los parámetros normativos contemplado a partir del Art. 142 mediante el cual se modificó el Art. 41 de la Ley 100 de 1993. Siendo en todo caso preciso advertir que la reforma de la demanda desconoce las fórmulas matemáticas empleadas por la H. Corte Suprema de Justicia para la estimación económica de estos perjuicios.

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 REFORMA A LA DEMANDA

1. COADYUVA LAS EXCEPCIONES PLANTEADAS POR LA EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S., Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA ANDI- COMFANDI QUIENES FORMULARON LLAMAMIENTO EN GARANTIA A ALLIANZ SEGUROS S.A.

Solicito al juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda, todas las planteadas por la EPS Servicio Occidental de Salud S.O.S., y La Caja De Compensación Familiar Del Valle Del Cauca Andi- Comfandi, 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 RESPONSABILIDAD Y DE OBLIGACIÓN INEMNIZACIÓN A CARGO DE LA CAJA DE LA EPS SERVICIO OCCIDETAL DE SALUD S.O.S., COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE – COMFANDI IPS, LA CLÍNICA SANTA SOFIA, Y EL DR. JESÚS ORDOÑEZ MOSQUERA EN RAZÓN A LAS ATENCIONES MEDICAS BRINDADAS DENTRO DE LA RED DE SERVICIO

La presente excepción se fundamenta en que, tanto que los demandados cumplieron cabalmente con sus obligaciones legales y administrativas brindando permanentemente el acceso al servicio médico a la señora Eliana Rentería, para la atención de su proceso de

gestación y parto, por lo tanto, ante la inexistencia de elementos materiales probatorios que indiquen una mala praxis del actuar médico, es improcedente cualquier declaración de condena a cargo de la parte pasiva.

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 médica (...)”³ (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 poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida (...)” (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

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

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

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

³ CORTE CONSTITUCIONAL, sentencia T-313 de 1996, M.P. Dr. Alejandro Martínez Caballero

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

*El criterio de normalidad está ínsito en la lex artis, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida. **En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre, en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia**, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico (…)”⁴ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

En los mismos términos, en reciente pronunciamiento de la H. Corte Suprema de Justicia reiteró la naturaleza de la prestación del servicio médico y la obligación recae en el demandante para acreditar la culpa:

“(…) Suficientemente es conocido, en el campo contractual, 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***

⁴ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sentencia SC3272-2020. M.P. Dr., Luis Armando Tolosa Villabona

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 (...)⁵

Paralelamente según 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).*

Aterrizando al caso en cuestión, se observa en el libelo genitor de la demanda una escueta imputación acerca del abordaje médico totalmente superflua y ligera, que no tiene en cuenta ni expone la totalidad de las atenciones brindadas, el orden cronológico de ocurrencia, las ordenes, tratamientos y recomendaciones indicadas durante los controles prenatales y la estancia de la paciente en la Clínica Santa Sofia, pues de ello se desprende la determinación de los procedimientos médicos a seguir.

En el relato de los hechos no hay una sola afirmación consistente y respaldada por hechos clínicos tales como resultados de valoraciones y exámenes practicados que den cuenta de la presunta responsabilidad medica que se endilga con ocasión a desprendimiento súbito de la placenta y posterior óbito fetal. Tampoco se encuentra documentadas las razones que conllevan a esgrimir responsabilidad por los demás tratamientos ginecológicos practicados, dentro de los que se incluye la histerectomía como practica necesaria para la preservación de la vida de la paciente. Simplemente son meras apreciaciones subjetivas y juicios de valor emitidos por la parte actora, carentes de sustento científico que las avale. Por otro lado, no existió en ningún momento la mala praxis que se pretende endilgar con ocasión de los presuntos perjuicios que presentan los demandantes.

De lo anterior da cuenta lo manifestado en la historia clínica, y en las cuales se puede observar el correcto desarrollo y atención del estado de la paciente durante los diferentes ingresos al servicio que prestaron en la Clínica Santa Sofia.

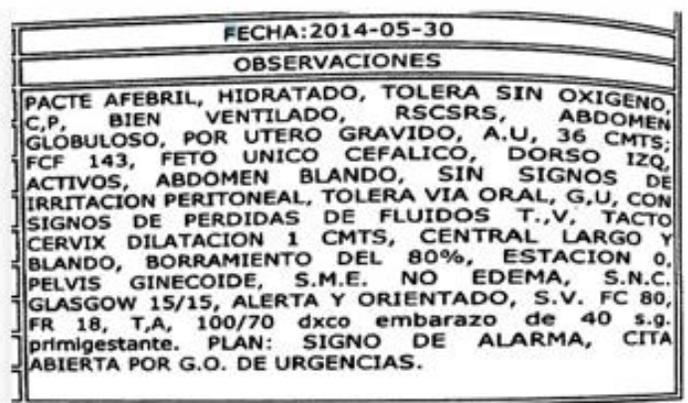
⁵ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sentencia SC7110—2017. M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona.

En relación con los documentos que obran en el expediente me permito afirmar que no es cierto lo dicho por la parte en cuanto a que se presentó responsabilidad por dar de salida a la madre gestante, debiéndose aclarar que de acuerdo con la historia clínica aportada por los demandantes, se encontraría demostrado que en efecto la señora Rentería ingreso al establecimiento de la Clínica Santa Sofia del Pacifico LTDA.-, el día 30 de mayo de 2014, donde fue atendida por concepto de "Embarazo prolongado", situación sobre la cual, diferimos conceptualmente, siendo que a la fecha se documentaba un embarazo de 39.4 semanas de gestación (S.G.), tiempo prudencial para que se produjese el trabajo de parto de natural. Incluso, deberá el señor Juez tener a consideración que la literatura tiene como embarazo en termino, cuando el parto se produce entre la semana 39 y hasta la numero 42, tiempo en el cual se debe esperar que el proceso de alumbramiento se dé naturalmente a efectos de salvaguardar la vida de la madre y su bebé gestante.

En igual sentido deberá el señor Juez, valorar que dentro de la historia clínica se consigna "sin actividad uterina", es decir que una vez fue estudiada la condición de la madre gestante, se concluyó que la señora Rentería no se encontraba en trabajo de parto para la fecha de la valoración y, por tanto, era procedente en los términos en que se expone por la parte activa, el egreso de la usuaria bajo recomendaciones por síntomas o signos del alumbramiento o riesgo.

Sin embargo, teniendo a consideración que se ha procedido por la parte demandante con la entrega de la historia clínica, refiero que en dicho documento se consigna que para el día 02 de junio de 2014, la paciente ingresa a la institución en razón al siguiente cuadro identificado por parte del cuerpo médico, el cual podemos observar a partir de dos notas iniciales descritas en los siguientes términos:

"(...) dolor bajito tipo cólico. Salida moco cervical, consciente orientada deambula por sus propios medios - abdomen -au (altura uterina) 33 cm - no actividad uterina - movimientos fetales presentes fetocardia positiva 140 min — tv (tacto vaginal) salida tapon mucoso - cuello central permeable un cm - feto flotante p (posición) cefálica — pelvis ggn adecuada (...)". (subraya de mi autoría).



Teniendo en cuenta las anotaciones brindadas por parte del médico tratante, se concluye que la paciente al momento de la valoración se encontraba en: “Trabajo de parto prematuro” la cual se documenta dentro de la literatura en los siguientes términos:

“(…) Trabajo de parto prematuro

Durante el trabajo de parto prematuro, el cuello uterino se dilata y se borra. Sentirás contracciones leves e irregulares. A medida que el cuello uterino comienza a abrirse, es posible que notes un flujo claro, rosado o ligeramente sanguinolento de la vagina. Esto es probablemente el tapón de moco que bloquea la abertura cervical durante el embarazo.

¿Cuánto tiempo dura? El trabajo de parto prematuro es impredecible. Para las madres primerizas, la duración promedio varía de horas a días. A menudo es más corto para los partos posteriores.”

Las recomendaciones cuando la madre en proceso de gestación, se encuentra en esta etapa del nacimiento de su bebé, se describen así dentro de la literatura:

¿Que puedes hacer? *Hasta que tus contracciones aumenten en frecuencia e intensidad, depende de ti. Para muchas mujeres, el trabajo de parto prematuro no es particularmente incomodo. Trata de mantenerte relajada.*

Para promover la comodidad durante el trabajo de parto prematuro: Ve a dar un paseo.

Toma una ducha o un baño. Escucha música relajante. Pruebas técnicas de respiración o relajación enseñadas en la clase de parto.

Cambia de posición.

Tu proveedor de atención medica te indicara cuando debes ir al hospital o al centro de partos. Si rompes bolsa o experimentas sangrado vaginal significativo, llama de inmediato a tu proveedor de atención médica (...)

Es decir que el manejo brindado a la paciente podría catalogarse como adecuado, en razón a los signos documentados en la siguiente forma: **“tv (tacto vaginal) salida tono mucoso - cuello central permeable un cm”**, justificándose en tales términos, la decisión del galeno, en lo que refiere al egreso de la paciente con recomendaciones y signos de alarma.

Además, cabe poner a consideración de esta instancia, que, conforme a la historia clínica, se encontraría demostrado que la señora Eliana Rentería Vallecilla, fue valorada por parte del Dr. José Alberto Ulloque de la Hoz tan pronto reingreso a la Institución, especialista en el área de ginecología, quien textualmente documento:

HALLAZGO SUBJETIVO:
 paciente quien refiere contracciones uterinas dolorosas frecuentes, dolor abdominal persistente. se le realizo nst en am el cual fue reactivo.
 regresa en horas de la tarde y es valorada por medico de turno el cual no encuentra fetocardia. se realizo rastreo ecografico que reporta obito fetal.

La anterior anotación en contraste con la del primer ingreso, demostraría que la paciente, súbita e intempestivamente fue víctima de un óbito fetal, el cual no fue susceptible de ser diagnosticado dentro de los estudios preliminares o valoraciones previas, siendo que se trata de una situación impredecible, cuya causa es multifactorial.

Resalto que, en razón a las circunstancias, la institución procedió con la práctica de una cesárea post óbito fetal, procedimiento bajo el cual se pudo concluir que la muerte del bebé en este caso se dio en razón al: *“desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación”*. Elio se puede observar en la historia clínica de la siguiente forma:

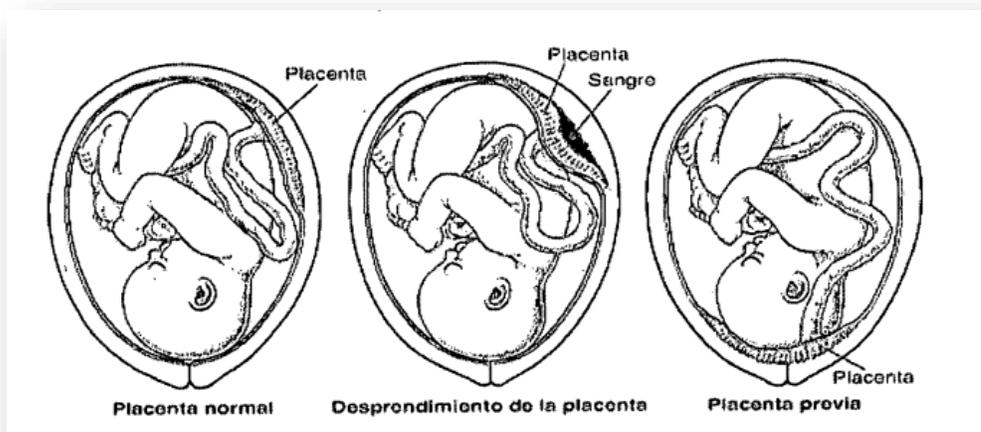
DIAGNOSTICOS			
POST QX	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA, SIN OTRA ESPECIFICACION	TIPO	CN
COMPLICACION	MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	TIPO	ID
MATERIAL ENVIADO A PATOLOGIA: SI			
CLASE DE MATERIAL ENVIADO: MORTINATO Y PLACENTA			

La cita aquí traída, nos permite dar un alcance correcto al diagnóstico de desprendimiento placentario, el cual refiere:

“(…) Problemas con la placenta

Normalmente, la placenta se encuentra en la parte superior del útero y se mantiene adherida firmemente a la pared uterina hasta después del parto. La placenta transporta oxígeno y nutrientes de la madre al feto. En el **desprendimiento de la placenta** (abruptio placenta), esta se desprende de la pared uterina de forma prematura y provoca una hemorragia uterina que reduce el suministro de sangre y de nutrientes al feto. La mujer que presenta este trastorno debe ser hospitalizada, y el bebé puede nacer prematuramente.

En la **placenta previa**, la placenta se localiza sobre o cerca del cuello uterino, en la parte inferior del útero. La placenta previa puede causar una hemorragia indolora que comienza bruscamente al final del embarazo. La hemorragia que puede llegar a ser bastante intensa. El parto suele ser por cesárea (...)"



El diagnóstico de esta condición, se reconoce por ser de tipo clínico y en algunos casos con apoyo ecográfico, lo cual permitiría afirmar que las valoraciones dadas a la paciente, eran suficientes, no obstante, por lo súbito e intempestivo que se dio en este caso, no fue posible prever por parte del cuerpo médico el resultado del tratamiento obtenido.

Nuestra afirmación tiene asidero a partir que la misma literatura científica plantea, como síntoma preliminar de la abrupción placentaria, la cantidad de sangre perdida de la paciente, y con posterioridad, hace alusión a otras señales que tornan la posibilidad de diagnóstico un tanto gris y complejo. Esto por cuanto se dispone en la literatura.

"(...) Los síntomas de abrupción placentaria (desprendimiento placentario) dependen del grade de desprendimiento y de la cantidad de sangre perdida (que puede ser muy importante). Los síntomas pueden incluir dolor abdominal repentino, constante o en forma de calambres o cólicos, sensibilidad al palpar

el abdomen y una calda peligrosa de la presión arterial (choque o shock). Algunas mujeres no experimentan síntomas.

La hemorragia se produce en el lugar en que estaba adherida la placenta. La sangre puede pasar por el cuello uterino y salir por la vagina (hemorragia externa), o bien quedarse retenida detrás de la placenta (hemorragia oculta). Por ello, las mujeres pueden tener o no hemorragia vaginal. Si se produce sangrado, la sangre puede ser de color rojo brillante o rojo oscuro, y el sangrado puede ser continuo o irregular.

El desprendimiento prematuro de la placenta provoca en ocasiones una pérdida abundante de sangre con una coagulación diseminada en el interior de los vasos sanguíneos (coagulación intravascular diseminada), insuficiencia renal, y hemorragia en las paredes del útero, sobre todo en las mujeres embarazadas que también sufren preeclampsia (...)"

Por lo tanto, se concluye que no era previsible en este caso agotar por parte de la Clínica Santa Sofia, una conducta diferente para efectos de evitar el óbito fetal, tratándose de un desprendimiento de placenta súbito y espontaneo, el cual termino con la vida del feto en proceso de gestación.

Ahora bien, en lo que respecta al tratamiento post cesárea tenemos que en la historia clínica se documenta:

INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO:

23:23 Sindy Ruiz - SINDY RUIZ GIRON
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:
1. POP DE CESAREA
2. OBITO FETAL

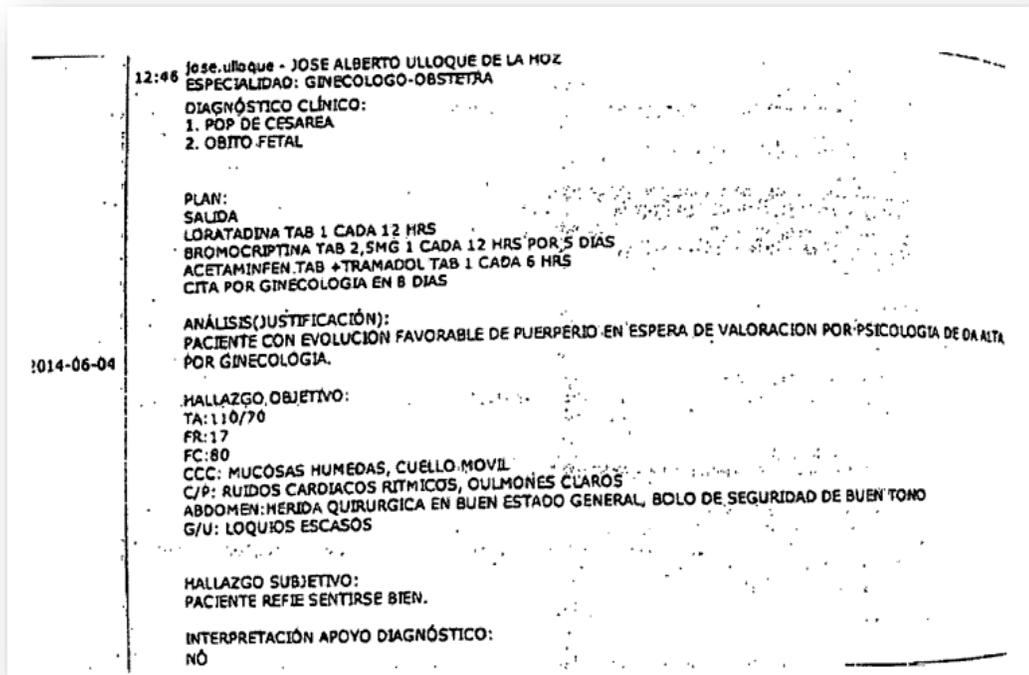
PLAN:
YA ANOTADOS.

ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN):
PACIENTE ESTABLE, HEMODINAMICAMENTE NORMAL, SE ESPERA VALORACION POR PSICOLOGIA, VIGILANCIA CLINICA.

HALLAZGO OBJETIVO:
PACIENTE EN CAMA, ALERTA, TRANQUILO, AFEBRIL Y SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
C/C: NORMAL, C/P: NORMAL.
ABDOMEN: UTERO INVOLUCIONADO A NIVEL DEL OMBLIGO, TONICO, BLANDO, DEPRESIBLE, CON LEVE DOLOR A LA PALPACION ABDOMINAL, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES: MOVILES, CON EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES GRADO 2.
SNC: SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE.

HALLAZGO SUBJETIVO:
PACIENTE REIFERE QUE TIENE LEVE DISTENSION ABDOMINAL, NO FIEBRE.

INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO:
LL



Llama la atención que, a diferencia de lo manifestado en el escrito de demanda, se describe en la historia clínica que la paciente manifestó al galeno tratante “sentirse bien” antes de que se diera su egreso, justificándose que se procediese con el egreso de la misma.

Finalmente, frente a las atenciones de la usuaria por sepsis, deberá tenerse en cuenta que efectivamente la paciente se vio en la necesidad de reingresar a la Clínica Santa Sofía, donde se pudo observar un proceso séptico post - cesárea, el cual se podría catalogar como un evento intrínseco a la intervención quirúrgica y las causas que conllevaron a la misma. Debe de tenerse que la infección o sepsis se encuentra documentada dentro de la literatura como posible riesgo del parto y del procedimiento quirúrgico practicado, el cual obviamente se califica como altamente invasivo, respecto de la usuaria.

En conclusión, el obrar de los profesionales de la salud y de las instituciones demandadas fue acorde con la *lex artis* y la sintomatología de la paciente señora ELIANA RENTERIA VALLECILLA, y a pesar de los extraordinarios esfuerzos, se produjo el óbito fetal, esto es la muerte del feto a raíz del desprendimiento de placenta que fue imprevisible para los profesionales, por cuanto el mismo ocurrió de manera súbita y espontánea, el cual desafortunadamente cobró la vida del feto en proceso de gestación y se tuvo que intervenir quirúrgicamente para salvaguardar la vida de la madre y evitando una tragedia mayor.

Teniendo en cuenta lo anterior, puede concluirse entonces que no se reúnen los presupuestos facticos y jurídicos, exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza

de la pasiva de este litigio, y, por lo tanto, tampoco nació la obligación indemnizatoria que pretende endilgársele en tanto la parte demandada actuó conforme la *lex artis* y la sintomatología de la paciente

Por esas razones, solicito respetuosamente se declare probada esta excepción.

3. LA ACTIVIDAD DESARROLLADA POR LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA COMPORTAN OBLIGACIONES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO

En el presente caso no hay lugar a la declaratoria de responsabilidad de la parte pasiva por cuanto la actividad desarrollada por los profesionales de la medicina comporta obligaciones de medios y no de resultado, conforme los lineamientos jurisprudenciales y doctrinales al respecto y toda vez que en el presente caso los médicos e instituciones de salud, como LA EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. y los demás demandados, actuaron en forma diligente, atendiendo los protocolos y no se ha obrado con culpa para tratar el óbito fetal y posterior cesaría no hay fundamento jurídico para endilgar responsabilidad médica.

En efecto, a pesar del esfuerzo que pueda desarrollar el profesional de la medicina para atender a un paciente, este no puede garantizar el resultado del tratamiento realizado, pues resultado no es evidente, pese a que este si podrá prever hipotéticamente el resultado del mismo, no podrá asegurarlo.

Sobre este tema, el tratadista Javier Tamayo Jaramillo, en su obra “Sobre la Prueba de la Culpa Medica”, refiere un evento que puede darse en responsabilidad médica y que permite concluir que efectivamente no es viable la presunción de culpa en esta materia ni la aplicación indiscriminada del desarrollo que se le ha dado a la teoría carga llamada de la prueba:

“(…) En el derecho comparado, únicamente se acepta que la responsabilidad del médico, por defectuosa prestación del servicio, solo se compromete cuando el demandante prueba la culpa del galeno”

“Ahora, el Código Civil Colombiano carece de normas expresas que regulen el contrato de prestación de servicios médicos y concretamente la responsabilidad civil de los médicos por defectuosa prestación del servicio. Algunos autores colombianos y chilenos, acudiendo al art. 1604 del C. C., argumentan que, al igual que en todos los demás contratos, la culpa del médico se presume y a este le corresponde demostrar diligencia y cuidado. En ese mismo sentido se orienta el primer fallo del Consejo de Estado que

hablo de la presunción falla del servicio médico. Sin embargo, nosotros pensamos que no es esa la solución correcta, ya que nuestro Código Civil contiene normas que permiten resolver el problema de manera más clara".

"En efecto, en nuestra obra sobre la culpa contractual creemos haber demostrado que el art. 1604 del Código Civil no establece un principio general de culpa presunta, pues pese a las apariencias, la norma se refiere básicamente a la pérdida de la cosa que se debe, y no a la prestación de servicio. Con todo, suponiendo que el art. 1604 del C. C. consagre efectivamente un principio general de presunción de culpa contractual no podemos perder de vista que la misma norma, en uso de sus incisos finales, establece que las partes o normas especiales pueden modificarlo establecido en ella"

"Y justamente encontramos dos normas que nos permiten afirmar que la prueba de la culpa en caso de responsabilidad contractual de los médicos por servicios defectuosos incumbe al demandante". *"En efecto, el art. 2144 del C. C. expresa que: "Los servicios de las profesiones que suponen largos estudios, o a que está unida la facultad de representar y obligar a otra persona, con respecto de terceros, se sujetan a las reglas del mandato". "Y de su lado, el art. 2184 del mismo Código, al consagrar las obligaciones del demandante frente al mandatario, establece que: "No podrá el mandante disculparse de cumplir estas obligaciones, alegando que el negocio encomendado al mandatario no ha tenido buen éxito o que pudo desempeñarse a menos costos; salvo que le pruebe culpa", (negrilla fuera del texto).*

"Esta norma parte de la presunción de que le mandatario obro con diligencia y cuidado, aunque los resultados materiales del mandato no hayan tenido éxito, el mandante. Por lo tanto, aunque se produzca ese fracaso, el mandante no podrá alegar el incumplimiento culposo del mandatario, a menos que le demuestre su culpa". "Ahora, es la remisión que hace el art. 2044 del C. C. cuando ordena que las normas del mandato se apliquen a los servicios prestados por quienes realicen largos estudios, se están incluyendo desde luego los servicios médicos, según lo tienen entendido la doctrina y la jurisprudencia.

En ese orden de ideas, el paciente adquiere los derechos y obligaciones del mandante, y el medico asume los derechos y obligaciones del mandatario. De

donde se deduce que si la intervención del médico no es exitosa, el paciente no podrá alegar el incumplimiento del médico, a menos que le demuestre su culpa (...)”.

Colindando con lo expuesto, resulta ser claro que la obligación probatoria de demostrar de manera cierta la responsabilidad del galeno, dentro de su actuar profesional le corresponde única y exclusivamente a la parte demandante.

En conclusión, la medicina al ser una actividad que comporta riesgos y obligaciones de medios y no de resultado, no hay lugar a declaración de responsabilidad a la parte pasiva que integra el presente proceso toda vez que conforme se advirtió en líneas previas, su actuar fue diligente, prudente idóneo conforme la *lex artis* y los protocolos, dado que conforme se consigna en la historia clínica, el día 30 de mayo de 2014, la señora Eliana Rentería se encontraba en trabajo de parto y que de acuerdo a la literatura médica se tiene como embarazo en término cuando el parto se produce entre la semana 39 y hasta la número 42, tiempo en el cual se debe esperar que el proceso de alumbramiento se dé naturalmente a efectos de salvaguardar la vida de la madre y del bebé gestante, Adicionalmente, el médico tratante ordenó el egreso con recomendaciones médicas una vez realizó “tv(tacto vaginal) salida tapón mucoso- cuello central permeable un cm” y es menester reiterar que el diagnóstico de óbito fetal (muerte de un feto después de las 20 semanas de gestación) es una situación impredecible por cuanto sus causas son multifactoriales como lo fue el desprendimiento prematuro de la placenta y el mismo ocurrió en situaciones súbitas e intempestiva para los profesionales de la salud.

Solicito al Despacho declarar probada esta excepción.

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, una mala práctica médica, negligente o imprudente, por el contrario, todos los medios apuntan

indiscutiblemente a que la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – S.O.S. y las demás demandadas, a través de todo su red y el servicio médico de expertos, realizó todos los procedimientos médicos que las necesidades médicas de la paciente demandaban, sin que sea posible **alegar que se le hizo o dejó de hacer alguna cirugía de la que se haya probado su necesidad médica**. Es tal la falta de prueba para sostener las pretensiones que, pues no hay lugar a duda de que para el momento de la atención de la señora Eliana Rentería, aquella contaba con signos de alarma respecto del fallecimiento del nasciturus y de las demás actuaciones médicas que se desplegaron en torno a su estado de salud, por lo cual era necesario e indispensable realizarle la histerectomía, misma que fue favorable en procura de mejorar las condiciones de salud del paciente.

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. (...)”⁶

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:

⁶ 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.

*“(...) la calidad del diagnóstico, la pericia evidenciada en los resultados de la operación, el tratamiento y los cuidados posteriores estuvieron acordes con las 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.** (...)”⁷ (resaltado propio)*

Aterrizando lo antes expuesto al caso en concreto, resulta necesario reiterar que el estado médico de la señora Eliana Rentería, fue identificado tras una larga valoración médica, tanto desde sus controles prenatales, como hasta la fecha destinada para el alumbramiento, sin embargo resulta claro exponer que no se acredita dentro de la demanda la presunta responsabilidad médica que se pretende endilgar a la pasiva con ocasión al desprendimiento súbito de la placenta y posterior óbito fetal, y mucho menos un detrimento por los demás procedimientos ginecológicos prácticos, resaltando que la realización de la histerectomía era una práctica necesaria para la preservación de la vida de la señora Rentería. Así las cosas, es evidente que no existió ninguna mala práctica médica, negligente o imprudente 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 la Clínica Santa Sofía, y todos el personal médico, fue diligente y acorde con el estado médico y valoración integral realizado a la señora Eliana Rentería, los cuales siempre fueron encaminados en salvaguarda su propio bienestar como paciente, y por lo tanto no había lugar a exponer que hubo una mala práctica médica, negligente o imprudente, cuando el actuar médico siempre fue conforme a la *lex artis*.

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

5. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA ABSOLUTA DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA ANDI - COMFANDI

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC3272-2020, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona

De manera preliminar y con el ánimo que el señor Juez estudie la posibilidad de incluso dictar una sentencia anticipada por falta de legitimación en la causa por pasiva absoluta, presento la excepción de mérito por falta de legitimación en la causa por pasiva absoluta de La Caja De Compensación Familiar Del Valle Del Cauca Andi- Comfandi, en el entendido que no se expone situación, reclamo o reparo alguno frente a las atenciones brindadas en dicha institución, concluyéndose que la atención prodigada y demás relacionadas en el escrito de demanda, así como de la reforma, tuvieron ocasión en una Institución totalmente ajena a la aquí vinculada y llamante en garantía de mi procurada. Particularmente, resalto que ante la insuficiencia de reproches o reparos concretos respecto de la atención brindada en los establecimientos de La Caja De Compensación Familiar Del Valle Del Cauca Andi- Comfandi, se genera en cuanto a esta la imposibilidad de ejercer una defensa técnica siendo que dicha Institución desconocería cuáles son las causas que han conllevado a su vinculación, impidiéndose que se emita condena alguna en su contra.

La legitimación en la causa ha sido definida ampliamente por la jurisprudencia, como aquella titularidad de los derechos de acción y contradicción. El Consejo de Estado, Sección Tercera, dentro del expediente 19753, con M.P., el Dr. Mauricio Fajardo Gómez, ha señalado sobre esta categoría jurídica lo siguiente:

“(…) La legitimación en la causa por pasiva hace referencia a la relación sustancial que debe existir entre las partes del proceso y el interés sustancial del litigio, de tal manera que aquella persona que ostenta la titularidad de la relación jurídica material es a quien habilita la ley para actuar procesalmente.

Según lo ha dicho la jurisprudencia de esta Corporación, **la falta de legitimación** en la causa no constituye una excepción que pueda enervar las pretensiones de la demanda, sino que **configura un presupuesto anterior y necesario para que se pueda proferir sentencia, en el entendido de que, si no se encuentra demostrada tal legitimación**, el juez no podrá acceder a las pretensiones de la demanda. Si bien la falta de legitimación en la causa se constituye en un presupuesto necesario para proferir sentencia, ello no es óbice para que esa circunstancia alegada a manera de excepción pueda ser resuelta en esta oportunidad procesal, toda vez que, según los dictados del numeral 6 del artículo 180 del CPACA., en el curso de la audiencia inicial, el juez debe resolver acerca de las excepciones previas y sobre las de falta de legitimación en la causa, cosa juzgada, transacción, conciliación y prescripción extintiva”.

(Subrayado y negrilla fuera de texto).(…)”.

Colindando con lo expuesto, es claro como la falta de legitimación, en este caso particular por “pasiva”, constituye un presupuesto para que el juzgador de conocimiento profiera sentencia, comoquiera que no existe relación sustancial entre las partes, sobre las que se pueda solicitar el cumplimiento de las pretensiones.

En ese sentido, la Corte Suprema de Justicia ha indicado con claridad que tanto los hechos como de las pretensiones debe versar la relación jurídica de la parte pasiva y como en el presente caso, no se advierte reproche por parte de La Caja De Compensación Familiar Del Valle Del Cauca Andi- Comfandi, ni tampoco fue la institución que brindó la atención médica a la parte demandante por ende debe ser desvinculada y desde ya se solicita al juez la declaratoria de falta de legitimación en la causa por pasiva.

En efecto, en la demanda no se expone situación, reclamo o reparo alguno frente a las atenciones brindadas en dicha institución, concluyéndose que la atención prodigada y demás relacionadas en el escrito de demanda, así como de la reforma, tuvieron ocasión en una Institución totalmente ajena a la aquí vinculada y llamante en garantía de mi procurada. Particularmente, resalto que ante la insuficiencia de reproches o reparos concretos respecto de la atención brindada en los establecimientos de La Caja De Compensación Familiar Del Valle Del Cauca Andi- Comfandi, se genera en cuanto a esta la imposibilidad de ejercer una defensa técnica siendo que dicha Institución desconocería cuáles son las causas que han conllevado a su vinculación, impidiéndose que se emita condena alguna en su contra.

Por lo anterior, solicito respetuosamente al Despacho declarar probada esta excepción.

6. 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 a los lineamientos jurisprudenciales de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, pues en la demanda se solicitan 50 SMLMV y 100 SMLMV para los

demandantes, sin que se argumente y/o sustente lo allí pretendido.

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 (...)*”⁸. 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 (...)*”⁹, 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 justicia¹⁰.

Inicialmente, se debe advertir al despacho que existe una desmesurada solicitud de perjuicios morales equivalentes a 50 SMLMV para unos demandantes y 100 SMLMV para otros demandantes, lo cual es a todas luces es 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.

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 SC21828 del 19 de diciembre del 2017, la Sala Civil de la Corte analizó el caso de una víctima que se le extrajo el ojo izquierdo, y que, con ocasión a la determinación de la responsabilidad médica, la Corte ordeno reconocer la suma de \$40.000.000 por concepto de daño moral.

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.

En conclusión, es claro que la parte demandante, con la solicitud de reconocimiento de este

⁸ Sentencia de casación civil del 13 de mayo de 2008, Exp.1997-09327-01.

⁹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 6 de mayo de 2016. Rad: 2004-032 (M.P: Luis Armando Tolosa Villabona)

¹⁰ Ídem.

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, lo que pretende probar la parte demandante y los lineamientos que al respecto ha emitido la Sala Civil de la Corte.

Por todo lo anterior, solicito declarar probada esta excepción.

7. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL SUPUESTO DAÑO A LA SALUD, FISIOLÓGICOS O DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN, ASÍ COMO SU CUANTIFICACIÓN INDEBIDA E INJUSTIFICADA QUE PRETENDEN LOS DEMANDANTES

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, el reconocimiento del daño a la vida en relación, se da única y exclusivamente a la víctima directa de una lesión en razón al daño**, por lo cual, resulta totalmente improcedente el reconocimiento a cualquier otro reclamante y que no tenga su génesis en la producción de lesiones.

Lo anterior, pues los daños inmateriales se dan en tres aspectos de forma restrictiva, tal como se refiere la Corte Suprema de Justicia:

“(...) De ahí que el daño no patrimonial se puede presentar de varias maneras, a saber: i) mediante la lesión a un sentimiento interior y, por ende, subjetivo (daño moral); ii) como privación objetiva de la facultad de realizar actividades cotidianas tales como practicar deportes, escuchar música, asistir a espectáculos, viajar, leer, departir con los amigos o la familia, disfrutar el paisaje, tener relaciones íntimas, etc., (daño a la vida de relación); o, iii) como vulneración a los derechos humanos fundamentales como el buen nombre, la propia imagen, la libertad, la privacidad y la dignidad, que gozan de especial protección constitucional (...)”¹¹

¹¹ Corte Suprema de Justicia, SC10297-2014. Radicación: 11001-31-03-003-2003-00660-01.

Así pues, que el reconocimiento de un daño adicional a los reconocidos por la Corte, constituiría a todas luces un enriquecimiento injusto a favor de la parte demandante. Sin perjuicio de lo anterior, se pone de presente que en el evento en el que se considere que los perjuicios solicitados corresponden al daño a la vida en relación de cualquier manera deberá tenerse en cuenta que la tasación propuesta por la parte Demandante es absolutamente exorbitante en tanto supera los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Suprema de Justicia:

*“(...) Por lo tanto resulta acorde **justipreciar el daño a la vida de relación** padecido por tal demandante **en cincuenta salarios mínimos mensuales legales vigentes (50 SMMLV)** por cuanto, ha sentado la doctrina de esta Corte, dada su estirpe extrapatrimonial es propia del prudente arbitrio del juez (arbitrium iudicis), acorde con las circunstancias particulares de cada evento (...)”.*¹² (Subrayado y negrita fuera del texto original).

Es por ello que se evidencia una desmesurada solicitud perjuicios por concepto de daño a la vida en relación por el valor pretendido por los demandantes. En efecto, es evidente el ánimo especulativo y la errónea tasación del daño a la vida en relación, en tanto el mismo resulta exorbitante.

En conclusión, es inviable el reconocimiento del daño a la salud i) se trata de una tipología de perjuicio que nunca ha sido reconocida por la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia (1922- 2021); ii) este perjuicio solo es reconocido por el Consejo de Estado, no obstante, el órgano de cierre en esta jurisdicción es la Corte Suprema de Justicia; y iii) la Corte Suprema de Justicia, reconoce es el daño a la vida en relación y no el daño a la salud, por lo cual al reconocer el mismo junto con el daño a la vida en relación (que ya fue solicitado) se estaría incurriendo en una doble indemnización. En consecuencia, la suma solicitada de 100 SMLMV para ELIANA RENTERIA VALLECILLA es totalmente infundada y se encuentra por fuera de los lineamientos establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente al Juzgador declarar probada esta excepción.

8. IMPROCEDENCIA, FALTA DE MEDIO DE PRUEBA E INDEBIDA CUANTIFICACIÓN DEL SUPUESTO LUCRO CESANTE QUE PRETENDE LA SEÑORA ELIANA

¹² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, MP. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo. Radicado 2009-00114. Sentencia del 12 de noviembre de 2019.

RENTERÍA VALLECILLA

Mediante la presente excepción se demostrará al despacho que no se le pueden reconocer ninguno de los conceptos indemnizatorios materiales que solicita en la demanda. Lo anterior, toda vez que: **(i)** No obra dentro del expediente ningún medio de prueba que corrobore, fehacientemente que la señora Eliana Rentería, para el mes de junio del 2014 se encontraba trabajando y como consecuencia de tal actividad laboral obtenida ingresos económicos; **(ii)** el cálculo matemático realizado por el apoderado de la demandante, frente al lucro cesante, no contine conceptos claro, y no se efectúa conforme a las fórmulas matemáticas determinadas por la Corte Suprema de Justicia; **(iii)** Finalmente dentro del sistema RUAF, se evidencia que la señora Eliana Rentería únicamente tiene registro al sistema de salud como beneficiaria, a partir del año 2021, situación que nos evidencia que la misma para la época de los hechos (mayo 204) no contaba con ningún tipo de relación laboral, y que los mismo no afectaron ningún vínculo laboral que hubiere tenido.

En ese orden de ideas, resulta indispensables exponer que, 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 (...)*¹³. (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

*“(...) **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 (...)*¹⁴ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En este orden de ideas, es claro que en ningún caso procede el reconocimiento solicitado

¹³ Corte Suprema de Justicia. Sentencia Rad. 2000-01141 del 24 de junio de 2008.

¹⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC4966-2019. Expediente 2011-00298. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

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.** En tal virtud, ante la ausencia de prueba del lucro, claramente deberá denegarse totalmente esta pretensión incluida en la demanda.

Se advierte que, de conformidad con las pretensiones de la demanda, se solicitan las siguientes sumas de dinero: (i) Por lucro cesante \$ 1.376.000. Sumas que no es posible reconocer por lo siguiente:

A. No hay prueba de la actividad laboral o económica de la señora Eliana Renteria.

Es importante exponer que, dentro de la presente acción, no se probó y acreditó algún vínculo laboral, e ingresos económicos percibidos por parte de la demandante, para el momento de los hechos, junio de 2014. En ese orden de ideas, no se puede a mera liberalidad del apoderado de la activa, establecer que el hoy fallecido.

B. Equivocada inclusión de conceptos para liquidar el lucro cesante. El valor con el que se liquida este concepto indemnizatorio es errado, pues inexplicablemente el apoderado de la parte activa hace una inclusión de conceptos que no efectivamente no se han probado, adicionando que la liquidación por concepto de lucro cesante NO ha sido realizada tan siquiera con las fórmulas matemáticas establecidas por la Corte Suprema de Justicia, para estos casos.

En conclusión, no es procedente el reconocimiento del concepto indemnizatorio por lucro cesante consolidado ni futuro, por cuanto **(i)** No obra dentro del expediente ningún medio de prueba que corrobore, fehacientemente que la señora Eliana Rentería, para el mes de junio del 2014 se encontraba trabajando y como consecuencia de tal actividad laboral obtenida ingresos económicos; **(ii)** el cálculo matemático realizado por el apoderado de la demandante, frente al lucro cesante, no contine conceptos claro, y no se efectúa conforme a las fórmulas matemáticas determinadas por la Corte Suprema de Justicia; y **(iii)** Finalmente, dentro del sistema RUAF, se evidencia que la señora Eliana Rentería únicamente tiene registro al sistema de salud como beneficiaria, a partir del año 2021, situación que nos evidencia que la misma para la época de los hechos (mayo 2014) no contaba con ningún tipo de relación laboral, y que los mismo no afectaron ningún vínculo laboral que hubiere tenido.

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

9. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley en virtud de lo reglado en el artículo 282¹⁵ del Código General del Proceso.

CAPÍTULO II

CONTESTACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTIA FORMULADO POR CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR ANDI - COMFANDI A ALLIANZ SEGUROS S.A

Sin perjuicio de que el auto interlocutorio No. 092 de fecha 11 de abril del 2024, el cual fue notificado en estados el día 12 de abril del 2024, se evidencia que el despacho únicamente admitió el llamamiento en garantía formulado por EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – S.O.S. contra mi representada, empero, sin perjuicio de ello, se da lugar a integral la presente contestación pronunciándonos frente al llamamiento en garantía formulado por LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR ANDI – COMFANDI, contra la compañía Allianz Seguros S.A., mismo que ya había sido admitido con anterioridad por su despacho en el marco de la demanda inicial.

En ese orden de ideas, procedo a pronunciarme frente a los hechos del llamamiento en garantía formulado por LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR ANDI – COMFANDI, de conformidad con su escrito del llamamiento, así:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

¹⁵ **Artículo 282. Resolución sobre excepciones** En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda.

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

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

Cuando se proponga la excepción de nulidad o la de simulación del acto o contrato del cual se pretende derivar la relación debatida en el proceso, el juez se pronunciará expresamente en la sentencia sobre tales figuras, siempre que en el proceso sean parte quienes lo fueron en dicho acto o contrato; en caso contrario se limitará a declarar si es o no fundada la excepción.

Frente al hecho “1”: Es cierto que representada emitido la póliza de seguro Responsabilidad Civil Profesional Clínicas Y Hospitales documentado en la Póliza No. 022200987/0, dentro de la cual figura como tomador y asegurador la Caja de Compensación Familia – Camfandi, la cual efectivamente fue pactada para la modalidad “Claims Made”, la cual para su afectación debe cumplir con dos requisitos (i) Es que los hechos objeto de reproche hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o su periodo de retroactividad, y (ii) la reclamación se haya efectuado dentro de la misma vigencia de la póliza. Además de ello, debe observarse el total cumplimiento de las condiciones pactadas en el contrato de seguro a las cuales se circunscribe estrictamente, y en donde se establece su ámbito, extensión y alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles, las exclusiones de amparo, su vigencia, etc.

Finalmente cabe exponer, que la mera existencia del contrato de seguro no obliga a mi representada a generar ningún tipo de erogación económica por los hechos reprochados, comoquiera que hasta el momento no se ha probado fehacientemente la pretendida responsabilidad que buscan los demandantes, adicionando que únicamente se puede evidenciar una buena prácticamente y una buena prestación del servicio de salud a la señora Eliana Rentería.

Frente al hecho “2”: Es cierto de conformidad con los documentos que reposan en el expediente.

Frente al hecho “3”: Sea lo primero en exponer que el contrato de seguro Responsabilidad Civil Profesional Clínicas Y Hospitales documentado en la Póliza No. 022200987/0, fue pactada bajo la modalidad “Claims Made”, razón por la cual para su afectación se requiere que (i) los hechos objeto de reproche hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o su periodo de retroactividad, y (ii) la reclamación se haya efectuado dentro de la misma vigencia de la póliza. Además de ello, debe observarse el total cumplimiento de las condiciones pactadas en el contrato de seguro a las cuales se circunscribe estrictamente, y en donde se establece su ámbito, extensión y alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles, las exclusiones de amparo, su vigencia, etc.

Por cual, para que el contrato de seguro emitido por Allianz Seguros S.A., en primera medida se afectado debe probarse el cumplimiento de los requisitos de la modalidad “Claims Made”, y en segundo lugar que la responsabilidad del asegurado este plenamente probada, ya que (i) no se logró comprobar que efectivamente se hubiere realizado una conducta culposa o dolosa por parte del personal de CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA “COMFANDI”, pues no se logró evidenciar una falla

administrativa o medica realizada de manera culposa en omisión a los preceptos de la *lex artis*, y (ii) en tal sentido, no se logró determinar que el daño presuntamente ocasionado, aunque resultare infortunado, obedeció a la supuesta conducta negligente o tardía del personal adscrito a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA “COMFANDI”.

Frente al hecho “4”: Frente a las apreciaciones subjetivas de declaración de responsabilidad que le asiste a la parte pasiva de la presente acción no tienen asevero jurídico por parte de los demandantes.

Frente al hecho “5”: El presente apartado expone varias afirmaciones ante las que me pronuncio así:

1. Respecto de las condiciones de la ocurrencia de los hechos alegados por los demandantes es una situación que NO le consta a mi procurada y en todo caso los mismo serán objeto de debate.
2. Es cierto que los hechos reprochados por la activa ocurrieron dentro de la fecha de retroactividad, como quiera que la retroactividad pactada en el contrato de seguro cuanta, desde el 30 de septiembre del 2006, y los hechos contenidos en la demanda datan del 30 de mayo del 2014.
3. Respecto de la obligación de mi representada de indemnizar los hechos reprochados por los demandantes y sobre los cuales se encuentre condenada la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca - Comfandi, cabe exponer que mi procurada NO tiene ningún tipo de obligación en generar algún tipo de erogación por los hechos en litigio, comoquiera que hasta el presente momento no se ha demostrado fehacientemente que efectivamente se hubiere realizado una conducta culposa o dolosa por parte del personal de Caja De Compensación Familiar Del Valle Del Cauca “Comfandi”, pues no se logró evidenciar una falla administrativa o medica realizada de manera culposa en omisión a los preceptos de la *lex artis* y en tal sentido, no se logró determinar que el daño presuntamente ocasionado, aunque resultare infortunado, obedeció a la supuesta conducta negligente o tardía de “Comfandi”.

Frente al hecho “6”: Es cierto solo en cuanto a que Comfandi como asegurada puede formular llamamiento en garantía a Allianz Seguros S.A., en aplicación al artículo 64 del CGP, sin embargo, esto no significa que exista obligación indemnizatoria de mi representada si no se reúnen todos los requisitos pactados en el contrato de seguros como lo son extensión y alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas,

deducibles, las exclusiones de amparo y vigencia.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente a la pretensión “primera”: **ME OPONGO** a la prosperidad de la presente pretensión, comoquiera que el actor está solicitando que se declare y reconozca la existencia del contrato de seguro formalizado bajo la póliza No. 022200987/0, ya que no se desconocido la existe de dicho contrato por parte de mi representada, sin embargo si es pertinente aclarar que el mismo NO puede ser afectado en tanto no se acreditó la Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales en que incurrió Caja De Compensación Familiar Del Valle Del Cauca Comfamiliar Andi - "Comfandi" contenido en la Póliza No. 022200987/0, consecuentemente, no se probó el acaecimiento del riesgo asegurado. Lo anterior, comoquiera que no obran al interior del expediente elementos de juicio que den cuanta efectivamente se hubiere realizado una conducta culposa o dolosa por parte del personal de Caja De Compensación Familiar Del Valle Del Cauca “Comfandi”, pues no se logró evidenciar una falla administrativa o medica realizada de manera culposa en omisión a los preceptos de la *lex artis* y en tal sentido, no se logró determinar que el daño presuntamente ocasionado, aunque resultare infortunado, obedeció a la supuesta conducta negligente o tardía de “Comfandi”.

Adicionalmente, resulta importante exponer que el contrato de seguro No. 022200987/0 no ofrece cobertura en este asunto, toda vez que los hechos que nos convocan se presentaron el 2 de junio de 2014, y la modalidad de la póliza es mediante la figura de “Claims Made” esto es, cubre los hechos que hubieran ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o en su periodo de retroactividad y que además de ellos hayan sido reclamados dentro de dicha vigencia de la misma y en este caso deberá probarse que así ocurrió.

Frente a la pretensión “segunda”: **ME OPONGO** a la prosperidad de la presente pretensión, comoquiera que adolece de fundamento factico y jurídico, y el actor más allá de pretender algo, hace una apreciación subjetiva en torno a las estipulaciones del contrato de seguro por el cual fue vincula mi procurada, pasando por alto que el contrato de seguro Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 022200987/0 , NO puede ser afectado ya que al interior del expediente no existen elementos de juicio que den cuanta efectivamente, se hubiere realizado una conducta culposa o dolosa por parte del personal de Caja De Compensación Familiar Del Valle Del Cauca “Comfandi”, pues no se logró evidenciar una falla administrativa o medica realizada de manera culposa en omisión a los preceptos de la *lex artis* y en tal sentido, no se logró determinar que el daño presuntamente

ocasionado, aunque resultare infortunado, obedeció a la supuesta conducta negligente o tardía de “Comfandi”.

Adicionalmente, resulta importante exponer que el contrato de seguro No. 022200987/0 no ofrece cobertura en este asunto, toda vez que los hechos que nos convocan se presentaron el 2 de junio de 2014, y la modalidad de la póliza es mediante la figura de “Claims Made” esto es, cubre los hechos que hubieran ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o en su periodo de retroactividad y que además de ellos hayan sido reclamados dentro de dicha vigencia de la misma y en este caso deberá probarse que así ocurrió.

Frente a la pretensión “tercera”: Sin perjuicio de que el llamamiento en garantía ya fue admitido, **ME OPONGO** a la prosperidad de la presente pretensión, comoquiera que no le asiste obligación alguna a mi representada en generar algún tipo de erogación económica por los hechos reprochados, máxime cuando la activa no acredita probatoriamente la responsabilidad que pretende endilgar a la Caja De Compensación Familiar Del Valle Del Cauca “Comfandi”.

III. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE AL LLAMAMIENTO

1. AUSENCIA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES No. 022200987/0

Se formula esta excepción, debido a que en el hipotético y eventual caso de que prosperaran las pretensiones de los actores, no habría cobertura para los hechos que son materia del presente litigio, toda vez que, mi representada, respecto a la Póliza de Responsabilidad clínicas y hospitales documentado en la póliza No. 022200987/0, y toda vez que en el presente caso los hechos que nos convocan se presentaron el 2 de junio de 2014, y la modalidad de la póliza es mediante la figura de CLAIMS MADE, esto es, cubre los hechos que hubieran ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o en su periodo de retroactividad y que además de ellos hayan sido reclamados dentro de dicha vigencia de la misma y en este caso, mi representada no advierte reclamación del 15 de diciembre del 2017 hasta el 14 de diciembre del 2018 (fecha de vigencia de la póliza). Sobre lo cual únicamente se tendría preliminarmente la notificación por conducta concluyente efectuada por el Despacho el día 16 de octubre de 2019, es decir por fuera del margen de la vigencia.

Es importante señalar en primer lugar que, en el espectro de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la parte aseguradora puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que está expuesto el interés asegurado, con fundamento

en la facultad que se consagra en el Art. 1056 del C. Co. Es de esta forma como 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 acuerdo. De manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes. 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) (...)”¹⁶

Entre las condiciones que se pueden pactar por los contratantes, es posible encontrar la determinación de límites temporales, territoriales, sobre la cuantía y de la ocurrencia de circunstancias específicas. En esa categoría, la relación sustancial que rige las obligaciones de mi mandante, necesariamente se sujetará a las diversas condiciones de los contratos de seguro, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo. 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 las obligaciones de mi prohijada, al contenido de las condiciones de la correspondiente póliza.

¹⁶ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Magistrado Ponente: Dr. Fernando Giraldo Gutiérrez. SC4574-2015. Radicación No. 11001-31-03-023-2007-00600-0.

Consecuentemente, la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende estrictamente de las diversas estipulaciones contractuales, frente a los hechos que se prueben en el proceso, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según lo pactado y no a cualquier evento, ni a cualquier otro riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo. En materia de seguros, el asegurador, según indica el Art. 1058 del C. Co.: “(...) *podrá, a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado o la cosa asegurados (...)*”. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que amparo opera o es efectivo, las causales de exclusión o en general las de exoneración, además de las de origen legal, etc. Por tanto, son esos los parámetros a los que tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la póliza vinculada.

Para aclarar el argumento anterior, se precisa indicar que **ALLIANZ SEGUROS S.A.** expidió la Póliza No. 022200987/0 con ocasión del contrato de seguro suscrito entre el asegurado y aquella como Compañía Aseguradora, vigente desde el 15 de diciembre del 2017 hasta 14 de diciembre del 2018 no obstante, debe indicarse que dicho contrato de seguro, únicamente tiene el fin de cubrir los daños o perjuicios que ocasione el asegurado, que hayan sido reclamados dentro de la vigencia de la póliza, caso que advierte mi representada no se presentó.

Al respecto, se debe resaltar que los amparos otorgados por mi representada dentro de la mentada Póliza de Responsabilidad Civil Profesional fueron los siguientes:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de SEPTIEMBRE 30 DE 2006 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

De lo anterior, se concluye que los amparos otorgados por la compañía aseguradora que represento, plasmados en la carátula de la Póliza están encaminados a proteger los perjuicios que ocasione el asegurado a terceros, como consecuencia de la responsabilidad médica en la que incurra o se le impute en un hecho accidental, tal y como se estipuló en las condiciones particulares.

Por lo expuesto, a pesar de que en el asunto que nos ocupa no se han configurado los elementos de la responsabilidad clínicas y hospitales, en caso de evidenciarse los mismos, debo manifestar que no habría cobertura para los hechos que son materia del presente litigio, toda vez que, como se explicó anteriormente, mi representada, la modalidad de la póliza es mediante la figura de CLAIMS MADE, esto es, cubre los hechos que hubieran ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o en su periodo de retroactividad y que además de ellos hayan sido reclamados dentro de dicha vigencia de la misma y en este caso, mi representada no advierte reclamación 15 de diciembre del 2017 hasta el 14 de diciembre del 2018 (fecha de vigencia de la póliza). Sobre lo cual únicamente se tendría preliminarmente la notificación por conducta concluyente efectuada por el Despacho el día 16 de octubre de 2019, es decir por fuera del margen de la vigencia.

En virtud de lo anterior, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS A.S., POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO Y EL INCUMPLIMIENTO DE LAS CARGAS DEL ARTÍCULO 1077 DEL C. Co.

Es necesario aclarar que para que nazca a la vida jurídica la obligación condicional del asegurador, es requisito que el solicitante del amparo demuestre tanto la realización del riesgo asegurado, como también la cuantía de la pérdida. En tal virtud, si no se prueban estos dos elementos (la realización del riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida) la prestación condicional de la Aseguradora no nace a la vida jurídica y no podrá hacerse efectiva la póliza. De tal suerte, dado que en el presente caso no se demostró la realización del riesgo asegurado, esto es un actuar imprudente y/o negligente por parte de la parte pasiva, sino por el contrario dichas instituciones actuaron conforme los parámetros y la lex artis. brindándole la atención requerida a la señora ELIANA RENTERIA VALLECILLA y su bebé gestante, y pese a los extraordinarios esfuerzos se produjo la muerte fetal de manera súbita e intempestiva, se concluye que la parte accionante no demostró el acaecimiento del riesgo asegurado, y por consiguiente no nació obligación de indemnizar por parte de la Compañía de Seguros.

Es necesario aclarar que para que nazca a la vida jurídica la obligación condicional del asegurador, es requisito que el solicitante del amparo demuestre tanto la realización del riesgo asegurado, como también la cuantía de la pérdida. En tal virtud, si no se prueban estos dos elementos (la realización del riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida) la prestación condicional de la Aseguradora no nace a la vida jurídica y no podrá hacerse efectiva la póliza. Dado que en el presente caso no se demostró la realización del riesgo asegurado, por cuanto está suficientemente claro que el riesgo asegurado en la póliza es

la responsabilidad en la que incurra el asegurado proveniente de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados y comoquiera que en este caso no obra prueba que demuestre que efectivamente ocurrió una mala práctica, negligente e irresponsable por parte del asegurado, es evidente que no se ha realizado el riesgo asegurado y en consecuencia no surge la obligación condicional del asegurador.

El artículo 1077 del Código de Comercio, estableció:

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

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

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

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

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

*Pero hay más. Aunque dicha obligación es exigible desde el momento en que ocurrió el siniestro, **el asegurador, ello es medular, no está obligado a efectuar el pago hasta tanto el asegurado o beneficiario le demuestre que el riesgo se realizó y cuál fue la cuantía de su pérdida.** (...) Por eso el artículo 1080 del Código de Comercio establece que “el asegurador estará obligado a efectuar el pago...[cuando] el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el*

artículo 1077". Dicho en breve, el asegurador sabe que tiene un deber de prestación, pero también sabe que mientras el acreedor no cumpla con una carga, no tendrá que pagar (...)"

"(...) Se dirá que el asegurado puede acudir al proceso declarativo, y es cierto; pero aunque la obligación haya nacido y sea exigible, la pretensión fracasará si no se atiende la carga prevista en el artículo 1077 del Código de Comercio, porque sin el cumplimiento de ella el asegurador no debe "efectuar el pago" (C. de CO., Art. 1080) (...)"¹⁷ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

"(...) 2.1. La efectiva configuración del riesgo amparado, según las previsiones del artículo 1054 del Código de Comercio, "da origen a la obligación del asegurador".

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

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

2.4 Esos deberes acentúan su importancia en los seguros de daños, como el que es base de la acción, toda vez que ellos, "[r]especto del asegurado", son

¹⁷ ÁLVAREZ GÓMEZ Marco Antonio. "Ensayos sobre el Código General del Proceso. Volumen I. Hipoteca, Fiducia mercantil, Prescripción, Seguros, Filiación, Partición de bienes en vida y otras cuestiones sobre obligaciones y contratos". Segunda Edición. Editorial Temis, Bogotá, 2018. Pág. 121-125.

“contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento” (Art. 1088, ib.), de modo que “la indemnización no excederá, en ningún caso, el valor real del interés asegurado en el momento de siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario” (Art. 1089, ib.) (...)”¹⁸.

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

“(…) Se lee en las peticiones de la demanda que la parte actora impetra el que se determine en el proceso el monto del siniestro. Así mismo, no cuantifica una pérdida. De ello se colige con claridad meridiana que la demandante no ha cumplido con la carga de demostrar la ocurrencia del siniestro y su cuantía que le imponen los artículos 1053 y 1077 del C. de Comercio. En consecuencia y en el hipotético evento en que el siniestro encontrare cobertura bajo los términos del contrato de seguros, la demandante carece de derecho a demandar el pago de los intereses moratorios (...)”¹⁹ (Negrilla y subrayado fuera del texto original)

De lo anterior, se infiere que, en todo tipo de seguros, cuando el asegurado quiera hacer efectiva la garantía deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y de ser necesario, también deberá demostrar la cuantía de la pérdida. Para el caso en estudio, debe señalarse como primera medida que la parte Demandante no cumplió con la carga de la prueba consistente en demostrar la realización del riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida, de conformidad con lo dispuesto en el Art. 1077 del C. Co. Según las pruebas documentales obrantes en el plenario, no se han probado estos factores, por lo que, en ese sentido, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional del Asegurador.

A efectos de aclararle al Despacho las razones por las que no se encuentran cumplidas las cargas del artículo 1077, divido la excepción en dos subcapítulos, que permitirán un mejor entendimiento del argumento.

(i) La no realización del Riesgo Asegurado.

De conformidad con lo estipulado en las condiciones específicas de la póliza No.

¹⁸ Sentencia SC2482-2019 de 9 de julio de 2019, Radicación n.º 11001-31-03-008-2001-00877-01. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. MP: ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO

¹⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil M.P. Dr. Pedro Octavio Munar Cadena. Exp. 1100131030241998417501

022200987/0 podemos concluir que el riesgo asegurado no se realizó. Mediante la póliza en virtud de la cual se vinculó a mi procurada al presente litigio, la Aseguradora cubre la Responsabilidad clínica y hospitales atribuible al Asegurado nombrado en la carátula de la póliza cuando este deba asumir un daño derivado de una reclamación basada en una responsabilidad de carácter médica y de la cual se pretenda obtener una indemnización. Sin embargo, en este caso encontramos que tal responsabilidad no se estructuró, pues no obra prueba idónea alguna dentro del plenario que permita atribuir responsabilidad de la parte pasiva.

En relación con los documentos que obran en el expediente me permito afirmar que no es cierto lo dicho por la parte demandante en cuanto a que se presentó responsabilidad por dar de salida a la madre gestante, debiéndose aclarar que de acuerdo con la historia clínica aportada por los demandantes, se encontraría demostrado que en efecto la señora Rentería ingresó al establecimiento de la Clínica Santa Sofia del Pacífico LTDA., el día 30 de mayo de 2014, donde fue atendida por concepto de “Embarazo prolongado”, situación sobre la cual, diferimos conceptualmente, siendo que a la fecha se documentaba un embarazo de 39.4 semanas de gestación (S.G.), tiempo prudencial para que se produjese el trabajo de parto de natural. Incluso, deberá el señor Juez tener a consideración que la literatura tiene como embarazo en término, cuando el parto se produce entre la semana 39 y hasta la numero 42, tiempo en el cual se debe esperar que el proceso de alumbramiento se dé naturalmente a efectos de salvaguardar la vida de la madre y su bebé gestante.

En igual sentido deberá el señor Juez, valorar que dentro de la historia clínica se consigna “*sin actividad uterina*”, es decir que una vez fue estudiada la condición de la madre gestante, se concluyó que la señora Rentería no se encontraba en trabajo de parto para la fecha de la valoración y, por tanto, era procedente en los términos en que se expone por la parte activa, el egreso de la usuaria bajo recomendaciones por síntomas o signos del alumbramiento o riesgo.

Sin embargo, teniendo a consideración que se ha procedido por la parte demandante con la entrega de la historia clínica, refiero que en dicho documento se consigna que para el día 30 de mayo de 2014, la paciente ingresa a la institución en razón al siguiente cuadro identificado por parte del cuerpo médico, el cual podemos observar a partir de dos notas iniciales descritas en los siguientes términos:

“(…) dolor bajito tipo cólico. Salida moco cervical, consciente orientada deambula por sus propios medios - abdomen -au (altura uterina) 33 cm - no actividad uterina - movimientos fetales presentes fetocardia positiva 140 min — tv (tacto vaginal) salida tapon mucoso - cuello central permeable un cm -

feto flotante p (posición) cefálica — pelvis ggn adecuada”. (subraya de mi autoría).

FECHA: 2014-05-30
OBSERVACIONES
PACTE AFEBRIL, HIDRATADO, TOLERA SIN OXIGENO, C.P, BIEN VENTILADO, RSCRS, ABDOMEN GLOBULOSO, POR UTERO GRAVIDO, A.U, 36 CMTS; FCF 143, FETO UNICO CEFALICO, DORSO IZQ, ACTIVOS, ABDOMEN BLANDO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, TOLERA VIA ORAL, G,U, CON SIGNOS DE PERDIDAS DE FLUIDOS T,V, TACTO CERVIX DILATAION 1 CMTS, CENTRAL LARGO Y BLANDO, BORRAMIENTO DEL 80%, ESTACION 0, PELVIS GINECOIDE, S.M.E. NO EDEMA, S.N.C. GLASGOW 15/15, ALERTA Y ORIENTADO, S.V. FC 80, FR 18, T,A, 100/70 dxco embarazo de 40 s.g. primigestante. PLAN: SIGNO DE ALARMA, CITA ABIERTA POR G.O. DE URGENCIAS.

Teniendo en cuenta las anotaciones brindadas por parte del médico tratante, se concluye que la paciente al momento de la valoración se encontraba en: “Trabajo de parto prematuro” la cual se documenta dentro de la literatura en los siguientes términos:

“(…) Trabajo de parto prematuro

Durante el trabajo de parto prematuro, el cuello uterino se dilata y se borra. Sentirás contracciones leves e irregulares. A medida que el cuello uterino comienza a abrirse, es posible que notes un flujo claro, rosado o ligeramente sanguinolento de la vagina. Esto es probablemente el tapón de moco que bloquea la abertura cervical durante el embarazo.

¿Cuánto tiempo dura? El trabajo de parto prematuro es impredecible. Para las madres primerizas, la duración promedio varia de horas a días. A menudo es más corto para los partos posteriores.”

Las recomendaciones cuando la madre en proceso de gestación, se encuentra en esta etapa del nacimiento de su bebé, se describen así dentro de la literatura:

¿Que puedes hacer? *Hasta que tus contracciones aumenten en frecuencia e intensidad, depende de ti. Para muchas mujeres, el trabajo de parto prematuro no es particularmente incomodo. Trata de mantenerte relajada.*

Para promover la comodidad durante el trabajo de parto prematuro:

Ve a dar un paseo.

Toma una ducha o un baño. Escucha música relajante. Pruebas técnicas de respiración o relajación enseñadas en la clase de parto.

Cambia de posición.

Tu proveedor de atención médica te indicara cuando debes ir al hospital o al centro de partos. Si rompes bolsa o experimentas sangrado vaginal significativo, llama de inmediato a tu proveedor de atención médica (...)

Es decir que el manejo brindado a la paciente podría catalogarse como adecuado, en razón a los signos documentados en la siguiente forma: **“tv (tacto vaginal) salida tono mucoso - cuello central permeable un cm”**, justificándose en tales términos, la decisión del galeno, en lo que refiere al egreso de la paciente con recomendaciones y signos de alarma.

Además, cabe poner a consideración de esta instancia, que, conforme a la historia clínica, se encontraría demostrado que la señora Eliana Rentería Vallecilla, fue valorada por parte del Dr. José Alberto Ulloque de la Hoz tan pronto reingreso a la Institución, especialista en el área de ginecología, quien textualmente documento:

HALLAZGO SUBJETIVO:
paciente quien refiere contracciones uterinas dolorosas frecuentes, dolor abdominal persistente. se le realizo nst en am el cual fue reactivo.
regresa en horas de la tarde y es valorada por medico de turno el cual no encuentra fetocardia. se realizo rastreo ecografico que reporta obito fetal.

La anterior anotación en contraste con la del primer ingreso, demostraría que la paciente, súbita e intempestivamente fue víctima de un óbito fetal, el cual no fue susceptible de ser diagnosticado dentro de los estudios preliminares o valoraciones previas, siendo que se trata de una situación impredecible, cuya causa es multifactorial.

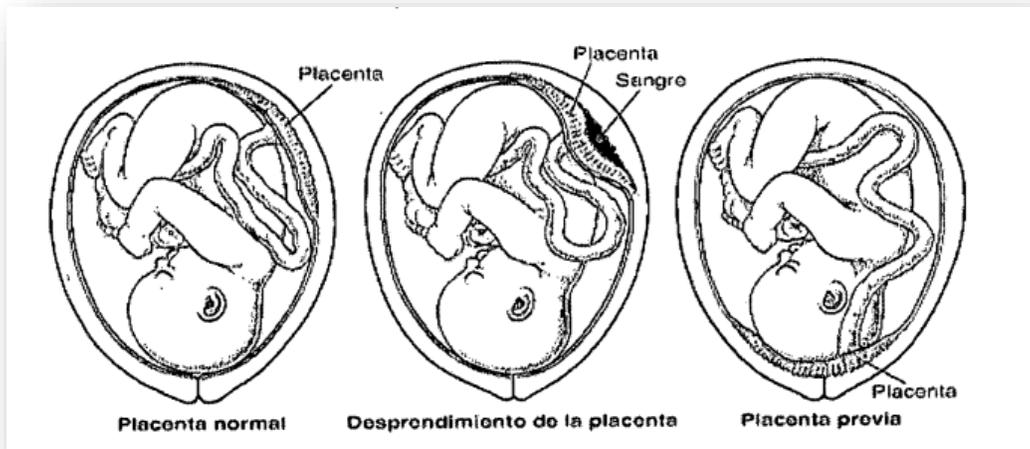
Resalto que, en razón a las circunstancias, la institución procedió con la práctica de una cesárea post óbito fetal, procedimiento bajo el cual se pudo concluir que la muerte del bebé en este caso se dio en razón al: “desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación”. Elio se puede observar en la historia clínica de la siguiente forma:

DIAGNOSTICOS			
POST QX	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA, SIN OTRA ESPECIFICACION	TIPO	CN
COMPLICACION	MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	TIPO	ID
MATERIAL ENVIADO A PATOLOGIA: SI			
CLASE DE MATERIAL ENVIADO: MORTINATO Y PLACENTA			

La cita aquí traída, nos permite dar un alcance correcto al diagnóstico de desprendimiento placentario, el cual refiere:

“(...) Problemas con la placenta Normalmente, la placenta se encuentra en la parte superior del útero y se mantiene adherida firmemente a la pared uterina hasta después del parto. La placenta transporta oxígeno y nutrientes de la madre al feto. En el desprendimiento de la placenta (abruptio placenta), esta se desprende de la pared uterina de forma prematura y provoca una hemorragia uterina que reduce el suministro de sangre y de nutrientes al feto. La mujer que presenta este trastorno debe ser hospitalizada, y el bebé puede nacer prematuramente.

*En la **placenta previa**, la placenta se localiza sobre o cerca del cuello uterino, en la parte inferior del útero. La placenta previa puede causar una hemorragia indolora que comienza bruscamente al final del embarazo. La hemorragia que puede llegar a ser bastante intensa. El parto suele ser por cesárea (...)*”



El diagnóstico de esta condición, se reconoce por ser de tipo clínico y en algunos casos con apoyo ecográfico, lo cual permitiría afirmar que las valoraciones dadas a la paciente, eran suficientes, no obstante, por lo súbito e intempestivo que se dio en este caso, no fue posible prever por parte del cuerpo médico el resultado del tratamiento obtenido.

Nuestra afirmación tiene asidero a partir que la misma literatura científica plantea, como síntoma preliminar de la abrupción placentaria, la cantidad de sangre perdida de la paciente, y con posterioridad, hace alusión a otras señales que tornan la posibilidad de diagnóstico un tanto gris y complejo. Esto por cuanto se dispone en la literatura.

“(...) Los síntomas de abrupción placentaria (desprendimiento placentario)

dependen del grado de desprendimiento y de la cantidad de sangre perdida (que puede ser muy importante). Los síntomas pueden incluir dolor abdominal repentino, constante o en forma de calambres o cólicos, sensibilidad al palpar el abdomen y una calda peligrosa de la presión arterial (choque o shock). Algunas mujeres no experimentan síntomas.

La hemorragia se produce en el lugar en que estaba adherida la placenta. La sangre puede pasar por el cuello uterino y salir por la vagina (hemorragia externa), o bien quedarse retenida detrás de la placenta (hemorragia oculta). Por ello, las mujeres pueden tener o no hemorragia vaginal. Si se produce sangrado, la sangre puede ser de color rojo brillante o rojo oscuro, y el sangrado puede ser continuo o irregular.

El desprendimiento prematuro de la placenta provoca en ocasiones una pérdida abundante de sangre con una coagulación diseminada en el interior de los vasos sanguíneos (coagulación intravascular diseminada). insuficiencia renal, y hemorragia en las parades del útero, sobre todo en las mujeres embarazadas que también sufren preeclampsia (...)"

Por lo tanto, se concluye que no era previsible en este caso agotar por parte de la Clínica Santa Sofia, una conducta diferente para efectos de evitar el óbito fetal, tratándose de un desprendimiento de placenta súbito y espontaneo, el cual termino con la vida del feto en proceso de gestación.

Ahora bien, en lo que respecta al tratamiento post cesárea tenemos que en la historia clínica se documenta:

INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO:
..

23:23 **Sindy Ruiz - SINDY RUIZ GIRON**
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:
1. POP DE CESAREA
2. OBITO FETAL

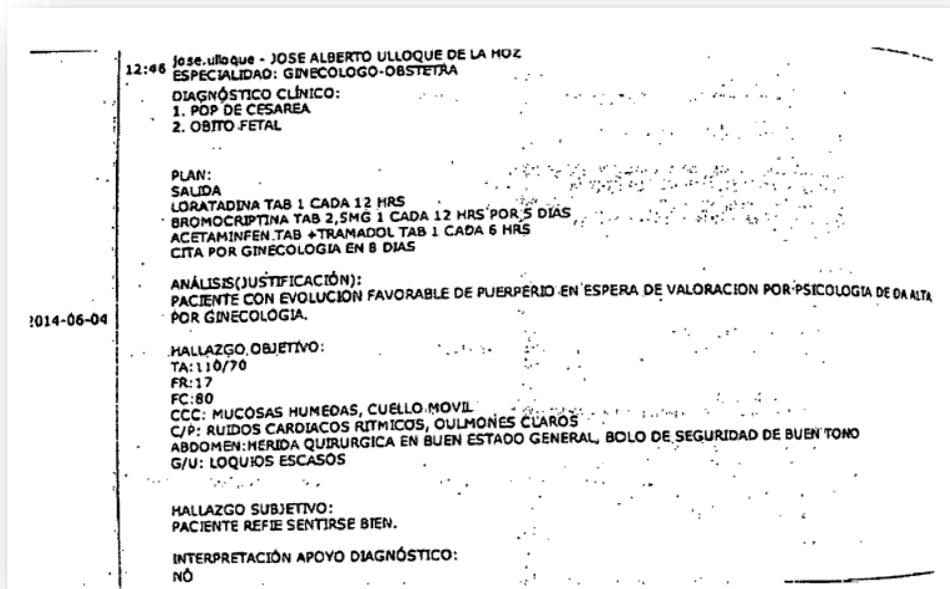
PLAN:
YA ANOTADOS.

ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN):
PACIENTE ESTABLE, HEMODINAMICAMENTE NORMAL, SE ESPERA VALORACION POR PSICOLOGIA, VIGILANCIA CLINICA.

HALLAZGO OBJETIVO:
PACIENTE EN CAMA, ALERTA, TRANQUILO, AFEBRIL Y SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
C/C: NORMAL, C/P: NORMAL.
ABDOMEN: UTERO INVOLUCIONADO A NIVEL DEL OMBLIGO, TONICO, BLANDO, DEPRESIBLE, CON LEVE DOLOR A LA PALPACION ABDOMINAL, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES: MOVILES, CON EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES GRADO 2.
SNC: SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE.

HALLAZGO SUBJETIVO:
PACIENTE REIFERE QUE TIENE LEVE DISTENSION ABDOMINAL, NO FIEBRE.

INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO:
LL



Llama la atención que, a diferencia de lo manifestado en el escrito de demanda, se describe en la historia clínica que la paciente manifestó al galeno tratante “sentirse bien” antes de que se diera su egreso, justificándose que se procediese con el egreso de la misma.

Finalmente, frente a las atenciones de la usuaria por sepsis, deberá tenerse en cuenta que efectivamente la paciente se vio en la necesidad de reingresar a la Clínica Santa Sofía, donde se pudo observar un proceso séptico post - cesárea, el cual se podría catalogar como un evento intrínseco a la intervención quirúrgica y las causas que conllevaron a la misma. Debe de tenerse que la infección o sepsis se encuentra documentada dentro de la literatura como posible riesgo del parto y del procedimiento quirúrgico practicado, el cual obviamente se califica como altamente invasivo, respecto de la usuaria.

Dicho lo anterior, en el presente caso al no existir ningún tipo de obligación en cabeza de los demandados, ya que, de un lado, en la esfera de la responsabilidad civil implorada no se constituyen los elementos necesarios para que la misma sea predicada y, de otro, porque no se acredita de forma cierta la materialización de los perjuicios cuya indemnización se solicita, resulta claro que no habría disminución del patrimonio del asegurado, condición necesaria para pueda operar cualquier amparo en la póliza, lo cual, implica que no se realizó el riesgo asegurado, y por ende, no se cumplió la condición que es esencial para que surja la obligación contractual de resarcir a cargo de la aseguradora.

En virtud de la clara inexistencia de responsabilidad del asegurado, la aseguradora deberá ser absuelta de cualquier responsabilidad indemnizatoria, pues al tenor del amparo contratado, se estipuló que mi representada cubre la responsabilidad en que incurra el asegurado. Sin embargo, el demandante no logró estructurar los elementos constitutivos

para que se predique la responsabilidad a cargo del asegurado y con eso se torna imposible acceder a reconocimientos económicos que deba asumir la aseguradora, pues el riesgo amparado no se configuró.

Dicho lo anterior, es claro que en el presente caso no se ha realizado el riesgo asegurado, toda vez que nos encontramos ante una situación en la que no tuvo ninguna injerencia las conductas del personal médicos asegurado en la ocurrencia de los hechos reprochados por los accionantes, ni se ha demostrado que los perjuicios ocurrieron como consecuencia de un actuar negligente, imprudente e irresponsable. Como consecuencia, no hay obligación condicional por parte de la Aseguradora.

(ii) Acreditación de la cuantía de la pérdida.

Es claro que en el presente caso no procede el reconocimiento de indemnización alguna por perjuicios patrimoniales o extrapatrimoniales, toda vez que no se encuentran debidamente acreditados dentro del proceso. Puesto que los demandantes solicita el reconocimiento de lucro cesante, sin embargo, no se acredita por ningún medio de prueba fehaciente, conducente y pertinente los ingresos percibidos por la señora Eliana Rentería, ni mucho menos una relación laboral, que permita establecer verdaderamente el ingreso de algún valor económicos, en el mismo orden, no son claros los conceptos sobre los cuales el apoderado de la activa efectuó la liquidación del lucro cesante, comoquiera que no se avizora que haya utilizado las fórmulas matemáticas determinadas por la Corte Suprema de Justicia, para dichos cálculos. Así mismo, es importante destacar que la demanda se caracteriza por la ausencia de pruebas que permitan establecer de manera verdadera los daños morales y daño a la vida en relación de los demandantes, resaltando que dichos perjuicios solo son reconocidos si se acredita de manera cierta y verdadera su ocurrencia. En ese sentido, no podrían reconocerse con cargo a la póliza de seguro.

Adicionalmente, el demandante solicitó el reconocimiento de indemnización por perjuicios morales y daño a la vida de relación. Sin embargo, tal reconocimiento resulta inviable en la suma pretendida por éste, 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 H. Corte Suprema de Justicia.

En conclusión, para el caso en estudio debe señalarse en primera medida que la parte actora no demostró la realización del riesgo asegurado, pues no se ha presentado un evento en el cual haya sido declarada la responsabilidad médica del asegurado. Aunado que no existe pruebas que endilguen responsabilidad en cabeza de este, por ende, está llamada a su absolución mi representada. Por otro lado, respecto a la acreditación de la cuantía de la

supuesta pérdida, comoquiera que el lucro cesante es improcedente. Así también, quedó claro a lo largo de este escrito de contestación que la tasación de perjuicios morales y daño a la vida en relación no se puede reconocer por resultar exorbitante y desconocido de los parámetros y baremos de la Sala de Casación Civil de la Corte. De igual forma, el daño a la salud, tampoco es procedente, por cuanto no es un rubro reconocido por la Jurisdicción civil y su doble reconocimiento, de daño a la vida en relación y por concepto de daño a la salud, sería improcedente al ser un enriquecimiento sin justa causa, como se incumplieron las cargas de que trata el artículo 1077 del C. Co, es claro que no ha nacido la obligación condicional del Asegurado.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción

3. EL SEGURO CONTENIDO EN LA PÓLIZA NO. 022200987/0 EMITIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A. ES DE CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO

Esta excepción se plantea en gracia de discusión y se soporta en el hecho de que los demandantes pretermiten el contenido de normas de orden público que consagran el carácter meramente indemnizatorio del seguro que sirvió de soporte a la presente demanda. Lo anterior, como se consagra en el artículo 1088 del Código de Comercio, establece que jamás el seguro podrá constituir fuente de enriquecimiento. Asimismo, el artículo 1127 ibídem, sólo obliga al asegurador a indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con ocasión de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley, siempre que no esté expresamente excluido en el contrato de seguro. Por lo tanto, con esa condición suprema, la responsabilidad del asegurador que se enmarca dentro del límite máximo asegurado, consistente en la obligación de pagar la indemnización, alcanzará solo hasta el monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado, como lo ordena el artículo 1089 ibídem, también infringida por la parte activa de esta acción.

Respecto al carácter indemnizatorio del contrato de seguro, la Honorable Corte Suprema de Justicia, en sentencia de 22 de julio de 1999, se ha referido de la siguiente manera:

“(...) 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 (...)*²⁰ (Negrita por fuera de texto).

Es importante mencionar que la materia propia del seguro que sirvió de fundamento a la presente acción, de acuerdo con la naturaleza del riesgo que se protege, es de contenido puramente indemnizatorio conforme a lo preceptuado en el artículo 1088 del Código de Comercio y sólo podrá ser afectado según lo reza el artículo 1127 ibídem. En efecto, según lo normado en el referido precepto, este tipo de seguros es meramente indemnizatorio y jamás podrá constituir una fuente de enriquecimiento, por lo cual, la indemnización únicamente debe ceñirse a los perjuicios que efectivamente se logren acreditar por parte de quien los alega. Sumado al hecho del deber de acreditación, como es apenas, lógico del acaecimiento de alguno de los eventos asegurados en el contrato.

Concretamente debe observarse en este caso que el contrato de seguro no presta cobertura por cuanto no existió reclamación dentro de la vigencia de la póliza ni de los hechos ocurridos dentro de la misma, (ii) No es procedente el reconocimiento de perjuicios morales ni de daño a la vida de relación, por cuanto es claro que no hay responsabilidad alguna de los accionados. Adicionalmente, la solicitud sobrepasa los topes indemnizatorios establecidos por la H. Corte suprema de Justicia, sin que haya prueba de la pérdida de capacidad de la víctima directa. (iii) No es procedente el reconocimiento por lucro cesante, comoquiera que no se advierte que la demandante estuviese laborando para la fecha de los hechos y que hubiese dejado de percibir dineros por los hechos descritos en el libelo de la demanda y reforma. Adicionalmente, en el improbable caso de considerar la existencia de una lesión, deberá tenerse en cuenta que no se probó cómo es que la misma causó una afectación emocional, sumado a que los perjuicios se encuentran tasados de manera exorbitante según los criterios jurisprudenciales 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.

²⁰ Corte Suprema De Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065.

En conclusión, de acuerdo a las voces de los artículos 1088 y 1127 del Código de Comercio sobre el carácter indemnizatorio del seguro y la responsabilidad del asegurador frente a la obligación indemnizatoria, en el caso particular se observa que, de acuerdo a los pedimentos injustificados, equivocadamente tasados y exorbitantes que hace en conjunto la parte demandante sobre los conceptos de daño al proyecto de vida, de daño moral, daño a la vida de relación, lucro cesante consolidado y futuro, es evidente la pretensión indebida de enriquecimiento con base en el contrato de seguro, vulnerando el carácter indemnizatorio que reviste al contrato de seguros.

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

4. EN TODO CASO NO SE PODRÁ SOBREPASAR EL LÍMITE ASEGURADO DE LA PÓLIZA CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022200987/0 EMITIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A.

Se plantea esta excepción con el fin de demostrar en el presente proceso que, dentro de las condiciones generales del contrato de seguro No. 022200987/0 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 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 (...)”²¹

Téngase en cuenta que expresamente en el certificado de la póliza de seguros Clínicas y Hospitales No.022200987/0 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. 022200987/0, se indicaron los límites para los diversos amparos pactados, de la siguiente manera:

²¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

Coberturas contratadas		
Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	3.000.000.000,00	3.000.000.000,00
10.RC. Profesional	3.000.000.000,00	3.000.000.000,00
22.Gastos Médicos	50.000.000,00	100.000.000,00

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado, y que el Contrato de Seguro no presta cobertura por las razones previamente anotadas, en todo caso, la póliza No. No. 022200987/0 contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el operador jurídico en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

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

5. LA PÓLIZA No. 022200987/0 OPERA EN EXCESO DE \$25.000.000 CUANDO EL MEDICO Y/O ENTIDADES QUE PRESTAN SUS SERVICIOS A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA ANDI – COMFANDI, NO TENGAN PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O LAS MISMAS TENGAN UN LIMITE ASEGURADO MENOR DE \$25.000.000

Sin perjuicio de las excepciones antes formuladas frente a la demanda, se plantea la presente excepción por medio de la cual se explica que la póliza No. 022200987/0 expedida por mi representada, opera en exceso de \$25.000.000 cuando el medico y/o las entidades que prestan sus servicios a la Caja De Compensación Familiar Del Valle Del Cauca Andi – Comfandi, no tengan póliza de responsabilidad civil profesional o las mismas tengan un límite asegurado menor de \$25.000.000. Es decir, que se aplicará como sublímite cuando **NO** hay pólizas el valor de \$25.000.000; y, por otro lado, se aplica el sublímite cuando **SI** existan pólizas con un amparo menor de \$25.00.000, a la suma que resulte entre dicho amparo y los \$25.000.000 que otorga la póliza No. 022200987/0 para los eventos de responsabilidad civil profesional.

Tal y como se desprende en las condiciones particulares, contenidas dentro del título de deducible de la póliza No. 022200987/0, aclarando que esta solo opera en exceso de las pólizas primarias que tengan los médicos y/o entidades que presten sus servicios a la Caja De Compensación Familiar Del Valle Del Cauca Andi – Comfandi, como se observa a continuación:

DEDUCIBLES

Responsabilidad Civil Profesional:

* Cuando el médico y/o entidades que prestan sus servicios al Asegurado tengan póliza de RCP con un límite asegurado mínimo de \$25.000.000, el deducible a aplicar será de 10% sobre el valor de la pérdida

* Cuando el médico y/o entidades que prestan sus servicios al Asegurado NO tengan póliza de RCP o las mismas tengan un límite asegurado menor de \$25.000.000 la cobertura aplicara en exceso de \$25.000.000 con un deducible adicional del 10% sobre el valor de la pérdida.

Como se puede observar del apartado anterior, la póliza No. 022200987/0, expedida por Allianz Seguros S.A., cuando el medico y/o las entidades que prestan sus servicios a la Caja De Compensación Familiar Del Valle Del Cauca Andi – Comfandi, **no** tengan póliza de responsabilidad civil profesional o cuando aquellas **si** tengan pólizas, pero el valor asegurado sea menor de \$25.000.000.

Lo anterior, reiterándose que, la obligación a cargo de mi procurada sólo surge cuando se comprueba de manera fehaciente, en primer lugar, que se estructuró la responsabilidad civil que se pretende atribuir a los demandados, en segundo lugar, que los hechos y la reclamación hubieran ocurrido dentro de la cobertura temporal pactada en la póliza No. 022200987/0, ya que la misma fue patada bajo la modalidad “Cleims Made”, y en tercer lugar, que no se configure ninguna causal de inoperancia del contrato de seguros. Sólo de llegarse a cumplir cada uno de los requisitos expuesto, se pondría predicar la realización del riesgo asegurado.

Solicito señor Juez declarar probada esta excepción.

6. EN CUALQUIER CASO, SE DEBRÁ TENER PRESENTE EL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA No. 022200987/0 EMITIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A.

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos

expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el siguiente deducible pactado en el contrato de seguro así:

1. Cuando el medico y/o las entidades que prestan sus servicios a la Caja de Compensación Familia del Valle del Cauca Andii -Comfandi, **tengan póliza de Responsabilidad Civil Profesional con un límite asegurado mínimo de \$25.000.000**, el deducible que se aplicará será del **10% sobre el valor total de la pérdida**.
2. Cuando la póliza No. 022200987/0 opere en exceso de las pólizas que tenga el medico y/o entidades que prestan sus servicios la Caja de Compensación Familia del Valle del Cauca Andi -Comfandi, o cuando NO tengan póliza de Responsabilidad Civil Profesional se aplicará un deducible **adicional del 10% sobre el valor de la pérdida**
3. En los eventos diferentes a los antes explicados, el deducible que se aplicará será del 10% o mínimo \$2.000.000 frente al valor total de la pérdida.

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

“(...) Una de tales modalidades, la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado. En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes (...).”

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuenta del importe de la indemnización, la suma pactada como deducible que como se explicó anteriormente, se debe tener presente la situación para la correcta aplicación del deducible, que deberá ser asumida por el asegurado, en favor de la parte demandante, en una eventual condena.

Lo anterior, como consta en la respectiva póliza de seguro:

DEDUCIBLES

Responsabilidad Civil Profesional:

* Cuando el médico y/o entidades que prestan sus servicios al Asegurado tengan póliza de RCP con un límite asegurado mínimo de \$25.000.000, el deducible a aplicar será de 10% sobre el valor de la pérdida

* Cuando el médico y/o entidades que prestan sus servicios al Asegurado NO tengan póliza de RCP o las mismas tengan un límite asegurado menor de \$25.000.000 la cobertura aplicara en exceso de \$25.000.000 con un deducible adicional del 10% sobre el valor de la pérdida.

Demás Eventos:
10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$2.000.000

Gastos de Defensa:
10% sobre el valor de los gastos incurridos

Gastos Médicos:
Opera sin deducible

Por lo tanto, en el improbable y remoto caso de una condena en contra de mi representada, el asegurado deberá asumir mínimo el valor de los deducibles anteriormente expuesto, según sea el caso.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

7. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA No. 022200987/0 EMITIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A.

Por medio de la presente, se solicita al despacho que, en caso de que en el curso del proceso se configure alguna exclusión contemplada en las condiciones particulares o

generales del contrato de seguro No. 022200987/0, la declare probada, por cuanto hizo parte del negocio contractual que celebraron las partes.

En materia de seguros, el asegurador según el artículo 1056 del Código de Comercio podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (artículos 1056 y 1127 del Código de Comercio), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del derecho de daños. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la póliza de seguro No. 022200987/0 en sus condiciones generales señalan una serie de exclusiones, y de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohijada.

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

Particularmente solicito al Despacho tener en cuenta las siguientes:

EXCLUSIONES ADICIONALES:

Allianz no será responsable por lo eventos descritos como exclusiones en el condicionado ALLIANZ y en el anexo de Responsabilidad Civil para Clínicas y Hospitales citados, además de las siguientes exclusiones particulares:

1. Queda excluida cualquier reclamación de la EPS SOS, así como cualquier tipo de operación de la participación accionaria correspondiente a la actividad de la EPS
2. Cualquier práctica médica desarrollada en sitios diferentes a las instalaciones del asegurado.
3. Cualquier práctica médica desarrollada por médicos diferentes a los contratados laboralmente por el asegurador, relacionados en el formulario único de cotización.
4. Cualquier reclamación en la cual el asegurado haya sido llamado solidariamente a responder por servicios prestados por sus entidades de salud subcontratadas.
5. La presente póliza excluye del amparo de Gastos Médicos cualquier reclamación derivada de eventos relacionados con la practica médica

En consecuencia, de hallarse configurada, según la prueba recaudada, cualquier exclusión consignada en las condiciones generales o particulares de la póliza, no habría lugar a indemnización de ningún tipo por parte de mi representada por el concepto que se encuentre ahí determinado.

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

8. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE ALLIANZ SEGUROS S.A. Y LOS DEMANDADOS

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, siendo la entidad CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA – COMFANDI.

La H. Corte Suprema de Justicia²² 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,

²² Sentencia SC780-2020. M.P. Ariel Salazar Ramírez

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 Corte²³ 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.

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. DISPONIBILIDAD DE LA SUMA ASEGURADA

Conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la Aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor

²³ Ibídem.

derecho y respecto a los mismos hechos dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que para la fecha de la sentencia se ha agotado totalmente el valor asegurado no habrá lugar a cobertura alguna.

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

10. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley en virtud de lo reglado en el artículo 282²⁴ del Código General del Proceso.

CAPÍTULO III

CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR SERVICIOS OCCIDENTAL DE SALUD EPS - S.O.S. S.A.

Sea lo primero en manifestar que, se da lugar a contestar el llamamiento en garantía formulado por Servicio Occidental de Salud EPS S.O.S. S.A., en virtud del auto interlocutorio No. 092 de fecha de elaboración 11 de abril del 2024 y notificado en estados el día 12 de abril del 2024, dentro del cual el Despacho resolvió admitir el llamamiento en garantía formulado por la demandada Servicio Occidental de Salud EPS S.O.S. S.A., contra Allianz Seguros S.A.

En ese orden de ideas, procedo a pronunciarme frente a los hechos del llamamiento en garantía formulado por Servicio Occidental de Salud EPS S.O.S. S.A., de conformidad con

²⁴ **Artículo 282. Resolución sobre excepciones** En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda.

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

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

Cuando se proponga la excepción de nulidad o la de simulación del acto o contrato del cual se pretende derivar la relación debatida en el proceso, el juez se pronunciará expresamente en la sentencia sobre tales figuras, siempre que en el proceso sean parte quienes lo fueron en dicho acto o contrato; en caso contrario se limitará a declarar si es o no fundada la excepción.

su escrito del llamamiento, así:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO

Frente al hecho “1”: Es cierto, conforme al auto admisorio de la demanda y a los hechos facticos manifestados por la activa dentro de su escrito genitor.

Frente al hecho “2”: Es cierto que Servicio Occidental de Salud EPS SOS S.A., tomó la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínica y Hospitales documentada en la póliza No. 022249789/0. Sin embargo, resulta importante exponer que el contrato de seguro antes relacionado, fue adquirido bajo la modalidad “Claims Made”, la cual para su afectación debe cumplir con dos requisitos (i) Es que los hechos objeto de reproche hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o su periodo de retroactividad, y (ii) la reclamación se haya efectuado dentro de la misma vigencia de la póliza. Para todos los efectos se ha determinado que la vigencia del seguro No. 022249789/0, fue del 31 de marzo de 2018 hasta el 30 de marzo de 2019. Además de ello, debe observarse el total cumplimiento de las condiciones pactadas en el contrato de seguro a las cuales se circunscribe estrictamente, y en donde se establece su ámbito, extensión y alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles, las exclusiones de amparo, su vigencia, etc.

Finalmente cabe exponer, que la mera existencia del contrato de seguro no obliga a mi representada a generar ningún tipo de erogación económica por los hechos reprochados, comoquiera que hasta el momento no se ha probado fehacientemente la pretendida responsabilidad que buscan los demandantes, adicionando que únicamente se puede evidenciar una buena práctica y una buena prestación del servicio de salud a la señora Eliana Rentería.

Frente al hecho “3”: Es cierto, pues como se expuso en el anterior apartado, Servicio Occidental de Salud EPS SOS S.A., tomó la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínica y Hospitales documentada en la póliza No. 022249789/0, el contrato de seguro antes relacionado, fue adquirido bajo la modalidad “Claims Made”, con una vigencia del 31 de marzo de 2018 hasta el 30 de marzo de 2019, y una retroactividad desde el 12 de febrero del 2009. Finalmente cabe exponer, que la mera existencia del contrato de seguro no obliga a mi representada a generar ningún tipo de erogación económica por los hechos reprochados, comoquiera que hasta el momento no se ha probado fehacientemente la pretendida responsabilidad que buscan los demandantes, adicionando que se únicamente se puede evidenciar una buena práctica y una buena prestación del servicio de salud a la señora Eliana Rentería.

Frente al hecho “4”: Es cierto de conformidad con las condiciones del contrato de seguro, las cuales se encuentran en el clausulado general que se adjunta al presente escrito.

Frente al hecho “5”: De conformidad con las condiciones del contrato de seguro, se evidencia que existe un sublímite para perjuicios patrimoniales, extrapatrimoniales y de defensa por la suma de \$500.000.000 por evento, tal cual se evidencia en el clausulado general que se aporta al proceso.

Frente al hecho “6”: El presente apartado expone varias afirmaciones ante las cuales me pronuncio así:

- Es cierto que los hechos reprochados por los demandantes ocurrieron en la fecha de retroactividad de la póliza No. 022249789/0, reiterando que los hechos reclamados ocurrieron presuntamente el 30 de mayo del 2014, y la fecha de retroactividad es desde el 12 de febrero del 2009.
- Respecto de la reclamación efectuada por los demandantes a la entidad Servicio Occidental de Salud EPS SOS S.A., es una circunstancia que no le consta a mi procurada, comoquiera que en el expediente no reposa prueba alguna de tal reclamación.
- Respecto de la obligación de mi representada de indemnizar los hechos reprochados por los demandantes y sobre los cuales se encuentre condenada la entidad Servicio Occidental de Salud EPS SOS S.A., cabe exponer que mi procurada NO tiene ningún tipo de obligación en generar algún tipo de erogación por los hechos en litigio, comoquiera que hasta el presente momento no se ha demostrado fehacientemente la responsabilidad de la EPS, resaltando que únicamente se aprecia que la señora Eliana Rentería recibió una buena atención en el servicio de salud, por parte de todas las entidades demandadas las cuales actuaron conforme a la *lex artis*, y siempre en procura de salvaguardar y mejorar las condiciones de salud de los pacientes.

Frente al hecho “7”: Este no es un hecho en estricto sentido, sino que se trata de la enunciación de una situación que deberá el Despacho valorar para efectos de determinar las facultades legales sobre las cuales se encuentra revestida la apoderada.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

PRETENSIÓN PRINCIPAL

Frente a la pretensión “1”: Sin perjuicio de que el llamamiento en garantía ya fue admitido, **ME OPONGO** a la prosperidad de la presente pretensión, comoquiera que no le asiste obligación alguna a mi representada en generar algún tipo de erogación económica por los hechos reprochados, máxime cuando la activa no acredita probatoriamente la responsabilidad que pretende endilgar a la entidad Servicio Occidental de Salud EPS SOS S.A.

Frente a la pretensión “2”: **ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión, comoquiera que la misma carece de argumentos facticos y jurídicos, comoquiera que el llamante en garantía está solicitando la afectación de un contrato de seguro que de ninguna manera puede ser afectado en tanto no se acreditó la responsabilidad civil Clínicas y Hospitales en que incurrió EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A SOS contenido en la Póliza No. 022249789 / 0. Consecuentemente, no se probó el acaecimiento del riesgo asegurado. Lo anterior, comoquiera que no obran al interior del expediente elementos probatorios idóneos, conducentes y útiles, que dieran cuenta de un actuar negligente y/o imprudente por parte de las instituciones prestadoras de salud, por el contrario, la atención prestada se brindó de manera diligente, oportuna y perita tras sus requerimientos del servicio, brindando para tal fin todos y cada uno de los procedimientos solicitados, asegurando de esta manera que la atención medica que recibió la señora ELIANA RENTERIA VALLECILLA en todo momento procuraron por su bienestar; ello claro está, enmarcado dentro de las obligaciones de medio que tienen los galenos y la misma Institución en el tratamiento de sus pacientes.

En todo caso, reitero que, la Póliza No. 022249789 / 0 no ofrece cobertura en este asunto, toda vez que los hechos que nos convocan se presentaron el 2 de junio de 2014, y la modalidad de la póliza es mediante la figura de “Claims Made”, esto es, cubre los hechos que hubieran ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o en su periodo de retroactividad y que además de ellos hayan sido reclamados dentro de dicha vigencia de la misma y en este caso, mi representada no advierte reclamación del 31 de marzo de 2018 y hasta el 30 de marzo de 2019 (fecha de vigencia de la póliza). Sobre lo cual únicamente se tendría preliminarmente la notificación por conducta concluyente efectuada por el Despacho el día 16 de octubre de 2019, es decir por fuera del margen de la vigencia

PRETENSIÓN SUBSIDIARIA

Frente a la pretensión “1”: **ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión por carecer de fundamentos facticos y jurídicos. El actor está solicitando la afectación de un contrato

de seguro que de ninguna manera puede ser afectado en tanto no se acreditó la responsabilidad civil Clínicas y Hospitales en que incurrió EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A SOS contenido en la Póliza No. 022249789 / 0 Consecuentemente, no se probó el acaecimiento del riesgo asegurado.

Lo anterior, comoquiera que no obran al interior del expediente elementos probatorios idóneos, conducentes y útiles, que dieran cuenta de un actuar negligente y/o imprudente por parte de las instituciones prestadoras de salud, por el contrario, la atención prestada se brindó de manera diligente, oportuna y perita tras sus requerimientos del servicio, brindando para tal fin todos y cada uno de los procedimientos solicitados, asegurando de esta manera que la atención médica que recibió la señora ELIANA RENTERIA VALLECILLA en todo momento procuraron por su bienestar; ello claro está, enmarcado dentro de las obligaciones de medio que tienen los galenos y la misma Institución en el tratamiento de sus pacientes.

En todo caso, reitero que, aunque no se desconoce la existencia de las pólizas vinculadas, la Póliza No. 022249789 / 0 no ofrece cobertura en este asunto, toda vez que los hechos que nos convocan se presentaron el 2 de junio de 2014, y la modalidad de la póliza es mediante la figura de CLAIMS MADE, esto es, cubre los hechos que hubieran ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o en su periodo de retroactividad y que además de ellos hayan sido reclamados dentro de dicha vigencia de la misma y en este caso, mi representada no advierte reclamación del 31 de marzo de 2018 y hasta el 30 de marzo de 2019 (fecha de vigencia de la póliza). Sobre lo cual únicamente se tendría preliminarmente la notificación por conducta concluyente efectuada por el Despacho el día 16 de octubre de 2019, es decir por fuera del margen de la vigencia.

III. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. AUSENCIA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES No. 022249789/0

Se formula esta excepción, debido a que en el hipotético y eventual caso de que prosperaran las pretensiones de los actores, no habría cobertura para los hechos que son materia del presente litigio, toda vez que, mi representada, respecto a la Póliza de Responsabilidad clínicas y hospitales documentado en la póliza No. **022249789/0**, y toda vez que en el presente caso los hechos que nos convocan se presentaron el 2 de junio de 2014, y la modalidad de la póliza es mediante la figura de CLAIMS MADE, esto es, cubre los hechos que hubieran ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o en su periodo de retroactividad y que además de ellos hayan sido reclamados dentro de dicha vigencia de la

misma y en este caso, mi representada no advierte reclamación del 31 de marzo de 2018 y hasta el 30 de marzo de 2019 (fecha de vigencia de la póliza). Sobre lo cual únicamente se tendría preliminarmente la notificación por conducta concluyente efectuada por el Despacho el día 16 de octubre de 2019, es decir por fuera del margen de la vigencia.

Es importante señalar en primer lugar que, en el espectro de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la parte aseguradora puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que está expuesto el interés asegurado, con fundamento en la facultad que se consagra en el Art. 1056 del C. Co. Es de esta forma como 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 acuerdo. De manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes. 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) (...)”²⁵

Entre las condiciones que se pueden pactar por los contratantes, es posible encontrar la

²⁵ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Magistrado Ponente: Dr. Fernando Giraldo Gutiérrez. SC4574-2015. Radicación No. 11001-31-03-023-2007-00600-0.

determinación de límites temporales, territoriales, sobre la cuantía y de la ocurrencia de circunstancias específicas. En esa categoría, la relación sustancial que rige las obligaciones de mi mandante, necesariamente se sujetará a las diversas condiciones de los contratos de seguro, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo. 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 las obligaciones de mi prohijada, al contenido de las condiciones de la correspondiente póliza.

Consecuentemente, la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende estrictamente de las diversas estipulaciones contractuales, frente a los hechos que se prueben en el proceso, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según lo pactado y no a cualquier evento, ni a cualquier otro riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo. En materia de seguros, el asegurador, según indica el Art. 1058 del C. Co.: “(...) *podrá, a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado o la cosa asegurados (...)*”. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que amparo opera o es efectivo, las causales de exclusión o en general las de exoneración, además de las de origen legal, etc. Por tanto, son esos los parámetros a los que tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la póliza vinculada.

Para aclarar el argumento anterior, se precisa indicar que **ALLIANZ SEGUROS S.A.** expidió la Póliza No. 022249789/0 con ocasión del contrato de seguro suscrito entre el asegurado y aquella como Compañía Aseguradora, vigente desde el 31 de marzo de 2018 y hasta el 30 de marzo de 2019, no obstante, debe indicarse que dicho contrato de seguro, únicamente tiene el fin de cubrir los daños o perjuicios que ocasione el asegurado, que hayan sido reclamados dentro de la vigencia de la póliza, caso que advierte mi representada no se presentó.

Al respecto, se debe resaltar que los amparos otorgados por mi representada dentro de la mentada Póliza de Responsabilidad Civil Profesional fueron los siguientes:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de FEBRERO 12 DE 2009 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,

Centro Empresarial Chipchape

+57 315 577 6200 - 602-6594075

De lo anterior, se concluye que los amparos otorgados por la compañía aseguradora que represento, plasmados en la carátula de la Póliza están encaminados a proteger los perjuicios que ocasione el asegurado a terceros, como consecuencia de la responsabilidad médica en la que incurra o se le impute en un hecho accidental, tal y como se estipuló en las condiciones particulares.

Por lo expuesto, a pesar de que en el asunto que nos ocupa no se han configurado los elementos de la responsabilidad clínicas y hospitales, en caso de evidenciarse los mismos, debo manifestar que no habría cobertura para los hechos que son materia del presente litigio, toda vez que, como se explicó anteriormente, mi representada, la modalidad de la póliza es mediante la figura de CLAIMS MADE, esto es, cubre los hechos que hubieran ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o en su periodo de retroactividad y que además de ellos hayan sido reclamados dentro de dicha vigencia de la misma y en este caso, mi representada no advierte reclamación 31 de marzo de 2018 y hasta el 30 de marzo de 2019 (fecha de vigencia de la póliza). Sobre lo cual únicamente se tendría preliminarmente la notificación por conducta concluyente efectuada por el Despacho el día 16 de octubre de 2019, es decir por fuera del margen de la vigencia.

En virtud de lo anterior, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS S.A., DEBIDO A QUE NO SE HA CUMPLIDO CON LA ACREDITACIÓN DE LOS PRESUPUESTOS DEL ART. 1077 DEL C. Co.

Es necesario aclarar que para que nazca a la vida jurídica la obligación condicional del asegurador, es requisito que el solicitante del amparo demuestre tanto la realización del riesgo asegurado, como también la cuantía de la pérdida. En tal virtud, si no se prueban estos dos elementos (la realización del riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida) la prestación condicional de la Aseguradora no nace a la vida jurídica y no podrá hacerse efectiva la póliza. De tal suerte, dado que en el presente caso no se demostró la realización del riesgo asegurado, esto es un actuar imprudente y/o negligente por parte de la parte pasiva, sino por el contrario dichas instituciones actuaron conforme los parámetros y la lex artis. brindándole la atención requerida a la señora ELIANA RENTERIA VALLECILLA y su bebé gestante, y pese a los extraordinarios esfuerzos se produjo la muerte fetal de manera súbita e intempestiva, se concluye que la parte accionante no demostró el acaecimiento del riesgo asegurado, y por consiguiente no nació obligación de indemnizar por parte de la Compañía de Seguros.

Es necesario aclarar que para que nazca a la vida jurídica la obligación condicional del asegurador, es requisito que el solicitante del amparo demuestre tanto la realización del riesgo asegurado, como también la cuantía de la pérdida. En tal virtud, si no se prueban estos dos elementos (la realización del riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida) la prestación condicional de la Aseguradora no nace a la vida jurídica y no podrá hacerse efectiva la póliza. Dado que en el presente caso no se demostró la realización del riesgo asegurado, por cuanto está suficientemente claro que el riesgo asegurado en la póliza es la responsabilidad en la que incurra el asegurado proveniente de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados y comoquiera que en este caso no obra prueba que demuestre que efectivamente ocurrió una mala prácticamente, negligente e irresponsable por parte del asegurado, es evidente que no se ha realizado el riesgo asegurado y en consecuencia no surge la obligación condicional del asegurador.

El artículo 1077 del Código de Comercio, estableció:

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

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

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

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

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

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

“(...) Se dirá que el asegurado puede acudir al proceso declarativo, y es cierto; pero aunque la obligación haya nacido y sea exigible, la pretensión fracasará si no se atiende la carga prevista en el artículo 1077 del Código de Comercio, porque sin el cumplimiento de ella el asegurador no debe “efectuar el pago” (C. de CO., Art. 1080) (...)”²⁶ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

²⁶ ÁLVAREZ GÓMEZ Marco Antonio. “Ensayos sobre el Código General del Proceso. Volumen I. Hipoteca, Fiducia mercantil, Prescripción, Seguros, Filiación, Partición de bienes en vida y otras cuestiones sobre obligaciones y contratos”. Segunda Edición. Editorial Temis, Bogotá, 2018. Pág. 121-125.

contrato de seguro).

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

2.4 Esos deberes acentúan su importancia en los seguros de daños, como el que es base de la acción, toda vez que ellos, “[r]especto del asegurado”, son “contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento” (Art. 1088, ib.), de modo que “la indemnización no excederá, en ningún caso, el valor real del interés asegurado en el momento de siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario” (Art. 1089, ib.) (...)²⁷.

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

“(…) Se lee en las peticiones de la demanda que la parte actora impetra el que se determine en el proceso el monto del siniestro. Así mismo, no cuantifica una pérdida. De ello se colige con claridad meridiana que la demandante no ha cumplido con la carga de demostrar la ocurrencia del siniestro y su cuantía que le imponen los artículos 1053 y 1077 del C. de Comercio. En consecuencia y en el hipotético evento en que el siniestro encontrare cobertura bajo los términos del contrato de seguros, la demandante carece de derecho a demandar el pago de los intereses moratorios (...)²⁸ (Negrilla y subrayado fuera del texto original)

De lo anterior, se infiere que, en todo tipo de seguros, cuando el asegurado quiera hacer efectiva la garantía deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y de ser necesario, también deberá demostrar la cuantía de la pérdida. Para el caso en estudio, debe señalarse como primera medida que la parte Demandante no cumplió con la carga de la prueba consistente en demostrar la realización del riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida, de conformidad con lo dispuesto en el Art. 1077 del C. Co. Según las pruebas documentales obrantes en el plenario, no se han probado estos factores, por lo que, en ese sentido, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional del Asegurador.

²⁷ Sentencia SC2482-2019 de 9 de julio de 2019, Radicación n.º 11001-31-03-008-2001-00877-01. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. MP: ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO

²⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil M.P. Dr. Pedro Octavio Munar Cadena. Exp. 1100131030241998417501

A efectos de aclararle al Despacho las razones por las que no se encuentran cumplidas las cargas del artículo 1077, divido la excepción en dos subcapítulos, que permitirán un mejor entendimiento del argumento.

(iii) La no realización del Riesgo Asegurado.

De conformidad con lo estipulado en las condiciones específicas de la póliza No. 022249789/0 podemos concluir que el riesgo asegurado no se realizó. Mediante la póliza en virtud de la cual se vinculó a mi procurada al presente litigio, la Aseguradora cubre la Responsabilidad clínica y hospitales atribuible al Asegurado nombrado en la carátula de la póliza cuando este deba asumir un daño derivado de una reclamación basada en una responsabilidad de carácter médica y de la cual se pretenda obtener una indemnización. Sin embargo, en este caso encontramos que tal responsabilidad no se estructuró, pues no obra prueba idónea alguna dentro del plenario que permita atribuir responsabilidad de la parte pasiva.

En relación con los documentos que obran en el expediente me permito afirmar que no es cierto lo dicho por la parte demandante en cuanto a que se presentó responsabilidad por dar de salida a la madre gestante, debiéndose aclarar que de acuerdo con la historia clínica aportada por los demandantes, se encontraría demostrado que en efecto la señora Rentería ingresó al establecimiento de la Clínica Santa Sofía del Pacífico LTDA., el día 30 de mayo de 20146, donde fue atendida por concepto de “Embarazo prolongado”, situación sobre la cual, diferimos conceptualmente, siendo que a la fecha se documentaba un embarazo de 39.4 semanas de gestación (S.G.), tiempo prudencial para que se produjese el trabajo de parto de natural. Incluso, deberá el señor Juez tener a consideración que la literatura tiene como embarazo en término, cuando el parto se produce entre la semana 39 y hasta la numero 42, tiempo en el cual se debe esperar que el proceso de alumbramiento se dé naturalmente a efectos de salvaguardar la vida de la madre y su bebé gestante.

En igual sentido deberá el señor Juez, valorar que dentro de la historia clínica se consigna “*sin actividad uterina*”, es decir que una vez fue estudiada la condición de la madre gestante, se concluyó que la señora Rentería no se encontraba en trabajo de parto para la fecha de la valoración y, por tanto, era procedente en los términos en que se expone por la parte activa, el egreso de la usuaria bajo recomendaciones por síntomas o signos del alumbramiento o riesgo.

Sin embargo, teniendo a consideración que se ha procedido por la parte demandante con la entrega de la historia clínica, refiero que en dicho documento se consigna que para el día

30 de mayo de 2014, la paciente ingresa a la institución en razón al siguiente cuadro identificado por parte del cuerpo médico, el cual podemos observar a partir de dos notas iniciales descritas en los siguientes términos:

“(...) dolor bajito tipo cólico. Salida moco cervical, consciente orientada deambula por sus propios medios - abdomen -au (altura uterina) 33 cm - no actividad uterina - movimientos fetales presentes fetocardia positiva 140 min — tv (tacto vaginal) salida tapon mucoso - cuello central permeable un cm - feto flotante p (posición) cefálica — pelvis ggn adecuada”. (subraya de mi autoría).

FECHA:2014-05-30
OBSERVACIONES
PACTE AFEBRIL, HIDRATADO, TOLERA SIN OXIGENO, C.P, BIEN VENTILADO, RSCRS, ABDOMEN GLOBULOSO, POR UTERO GRAVIDO, A.U, 36 CMTS; FCF 143, FETO UNICO CEFALICO, DORSO IZQ, ACTIVOS, ABDOMEN BLANDO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, TOLERA VIA ORAL, G,U, CON SIGNOS DE PERDIDAS DE FLUIDOS T.,V, TACTO CERVIX DILATAION 1 CMTS, CENTRAL LARGO Y BLANDO, BORRAMIENTO DEL 80%, ESTACION 0, PELVIS GINECOIDE, S.M.E. NO EDEMA, S.N.C. GLASGOW 15/15, ALERTA Y ORIENTADO, S.V. FC 80, FR 18, T,A, 100/70 dxco embarazo de 40 s.g. primigestante. PLAN: SIGNO DE ALARMA, CITA ABIERTA POR G.O. DE URGENCIAS.

Teniendo en cuenta las anotaciones brindadas por parte del médico tratante, se concluye que la paciente al momento de la valoración se encontraba en: “Trabajo de parto prematuro” la cual se documenta dentro de la literatura⁷ en los siguientes términos:

“(...) Trabajo de parto prematuro

Durante el trabajo de parto prematuro, el cuello uterino se dilata y se borra. Sentirás contracciones leves e irregulares. A medida que el cuello uterino comienza a abrirse, es posible que notes un flujo claro, rosado o ligeramente sanguinolento de la vagina. Esto es probablemente el tapón de moco que bloquea la abertura cervical durante el embarazo.

¿Cuánto tiempo dura? El trabajo de parto prematuro es impredecible. Para las madres primerizas, la duración promedio varia de horas a días. A menudo es más corto para los partos posteriores.”

Las recomendaciones cuando la madre en proceso de gestación, se encuentra en esta etapa del nacimiento de su bebé, se describen así dentro de la literatura:

¿Que puedes hacer? Hasta que tus contracciones aumenten en frecuencia e intensidad, depende de ti. Para muchas mujeres, el trabajo de parto prematuro no es particularmente incomodo. Trata de mantenerte relajada.

Para promover la comodidad durante el trabajo de parto prematuro:

Ve a dar un paseo.

Toma una ducha o un baño. Escucha música relajante. Pruebas técnicas de respiración o relajación enseñadas en la clase de parto.

Cambia de posición.

Tu proveedor de atención medica te indicara cuando debes ir al hospital o al centro de partos. Si rompes bolsa o experimentas sangrado vaginal significativo, llama de inmediato a tu proveedor de atención médica (...)"

Es decir que el manejo brindado a la paciente podría catalogarse como adecuado, en razón a los signos documentados en la siguiente forma: **“tv (tacto vaginal) salida tono mucoso - cuello central permeable un cm”**, justificándose en tales términos, la decisión del galeno, en lo que refiere al egreso de la paciente con recomendaciones y signos de alarma.

Además, cabe poner a consideración de esta instancia, que, conforme a la historia clínica, se encontraría demostrado que la señora Eliana Rentería Vallecilla, fue valorada por parte del Dr. José Alberto Ulloque de la Hoz tan pronto reingreso a la Institución, especialista en el área de ginecología, quien textualmente documento:

HALLAZGO SUBJETIVO:

paciente quien refiere contracciones uterinas dolorosas frecuentes, dolor abdominal persistente. se le realizo nst en am el cual fue reactivo.

regresa en horas de la tarde y es valorada por medico de turno el cual no encuentra fetocardia. se realizo rastreo ecografico que reporta obito fetal.

La anterior anotación en contraste con la del primer ingreso, demostraría que la paciente, súbita e intempestivamente fue víctima de un óbito fetal, el cual no fue susceptible de ser diagnosticado dentro de los estudios preliminares o valoraciones previas, siendo que se trata de una situación impredecible, cuya causa es multifactorial.

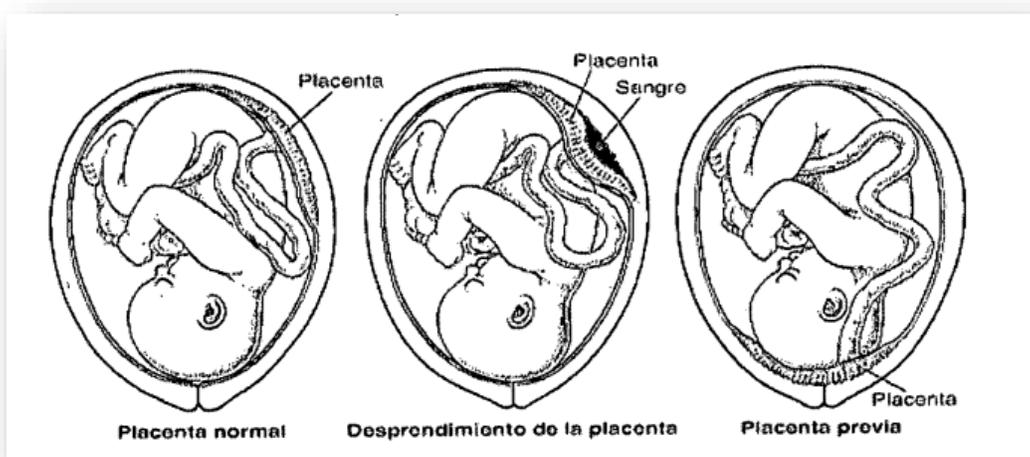
Resalto que, en razón a las circunstancias, la institución procedió con la práctica de una cesárea post óbito fetal, procedimiento bajo el cual se pudo concluir que la muerte del bebé en este caso se dio en razón al: “desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación”. Elio se puede observar en la historia clínica de la siguiente forma:

DIAGNOSTICOS			
POST QX	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA, SIN OTRA ESPECIFICACION	TIPO	CN
COMPLICACION	MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	TIPO	ID
MATERIAL ENVIADO A PATOLOGIA: SI			
CLASE DE MATERIAL ENVIADO: MORTINATO Y PLACENTA			

La cita aquí traída, nos permite dar un alcance correcto al diagnóstico de desprendimiento placentario, el cual refiere:

“(...) Problemas con la placenta Normalmente, la placenta se encuentra en la parte superior del útero y se mantiene adherida firmemente a la pared uterina hasta después del parto. La placenta transporta oxígeno y nutrientes de la madre al feto. En el desprendimiento de la placenta (abruptio placenta), esta se desprende de la pared uterina de forma prematura y provoca una hemorragia uterina que reduce el suministro de sangre y de nutrientes al feto. La mujer que presenta este trastorno debe ser hospitalizada, y el bebé puede nacer prematuramente.

*En la **placenta previa**, la placenta se localiza sobre o cerca del cuello uterino, en la parte inferior del útero. La placenta previa puede causar una hemorragia indolora que comienza bruscamente al final del embarazo. La hemorragia que puede llegar a ser bastante intensa. El parto suele ser por cesárea (...)*”



El diagnóstico de esta condición, se reconoce por ser de tipo clínico y en algunos casos con

apoyo ecográfico, lo cual permitiría afirmar que las valoraciones dadas a la paciente, eran suficientes, no obstante, por lo súbito e intempestivo que se dio en este caso, no fue posible prever por parte del cuerpo médico el resultado del tratamiento obtenido.

Nuestra afirmación tiene asidero a partir que la misma literatura científica plantea, como síntoma preliminar de la abrupción placentaria, la cantidad de sangre perdida de la paciente, y con posterioridad, hace alusión a otras señales que tornan la posibilidad de diagnóstico un tanto gris y complejo. Esto por cuanto se dispone en la literatura.

“(...) Los síntomas de abrupción placentaria (desprendimiento placentario) dependen del grado de desprendimiento y de la cantidad de sangre perdida (que puede ser muy importante). Los síntomas pueden incluir dolor abdominal repentino, constante o en forma de calambres o cólicos, sensibilidad al palpar el abdomen y una calda peligrosa de la presión arterial (choque o shock). Algunas mujeres no experimentan síntomas.

La hemorragia se produce en el lugar en que estaba adherida la placenta. La sangre puede pasar por el cuello uterino y salir por la vagina (hemorragia externa), o bien quedarse retenida detrás de la placenta (hemorragia oculta). Por ello, las mujeres pueden tener o no hemorragia vaginal. Si se produce sangrado, la sangre puede ser de color rojo brillante o rojo oscuro, y el sangrado puede ser continuo o irregular.

El desprendimiento prematuro de la placenta provoca en ocasiones una pérdida abundante de sangre con una coagulación diseminada en el interior de los vasos sanguíneos (coagulación intravascular diseminada). insuficiencia renal, y hemorragia en las paredes del útero, sobre todo en las mujeres embarazadas que también sufren preeclampsia (...)”

Por lo tanto, se concluye que no era previsible en este caso agotar por parte de la Clínica Santa Sofia, una conducta diferente para efectos de evitar el óbito fetal, tratándose de un desprendimiento de placenta súbito y espontaneo, el cual termino con la vida del feto en proceso de gestación.

Ahora bien, en lo que respecta al tratamiento post cesárea tenemos que en la historia clínica se documenta:

INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO:

23:23 SINDY RUIZ - SINDY RUIZ GIRON
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:
1. POP DE CESAREA
2. OBITO FETAL

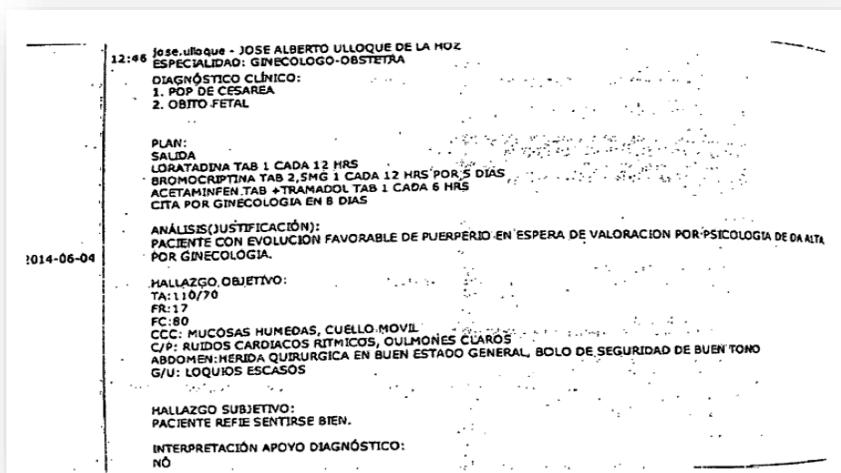
PLAN:
YA ANOTADOS.

ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN):
PACIENTE ESTABLE, HEMODINAMICAMENTE NORMAL, SE ESPERA VALORACION POR PSICOLOGIA, VIGILANCIA CLINICA.

HALLAZGO OBJETIVO:
PACIENTE EN CAMA, ALERTA, TRANQUILO, AFEBRIL Y SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
C/C: NORMAL, C/P: NORMAL.
ABDOMEN: ÚTERO INVOLUCIONADO A NIVEL DEL OMBLIGO, TONICO, BLANDO, DEPRESIBLE, CON LEVE DOLOR A LA PALPACION ABDOMINAL, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES: MOVILES, CON EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES GRADO 2.
SNC: SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE.

HALLAZGO SUBJETIVO:
PACIENTE REFIERE QUE TIENE LEVE DISTENSION ABDOMINAL, NO FIEBRE.

INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO:
L1



Llama la atención que, a diferencia de lo manifestado en el escrito de demanda, se describe en la historia clínica que la paciente manifestó al galeno tratante “sentirse bien” antes de que se diera su egreso, justificándose que se procediese con el egreso de la misma.

Finalmente, frente a las atenciones de la usuaria por sepsis, deberá tenerse en cuenta que efectivamente la paciente se vio en la necesidad de reingresar a la Clínica Santa Sofía, donde se pudo observar un proceso séptico post - cesárea, el cual se podría catalogar como un evento intrínseco a la intervención quirúrgica y las causas que conllevaron a la misma. Debe de tenerse que la infección o sepsis se encuentra documentada dentro de la literatura como posible riesgo del parto y del procedimiento quirúrgico practicado, el cual obviamente se califica como altamente invasivo, respecto de la usuaria.

Dicho lo anterior, en el presente caso al no existir ningún tipo de obligación en cabeza de los demandados, ya que, de un lado, en la esfera de la responsabilidad civil implorada no se constituyen los elementos necesarios para que la misma sea predicada y, de otro, porque no se acredita de forma cierta la materialización de los perjuicios cuya indemnización se solicita, resulta claro que no habría disminución del patrimonio del asegurado, condición necesaria para pueda operar cualquier amparo en la póliza, lo cual, implica que no se realizó

el riesgo asegurado, y por ende, no se cumplió la condición que es esencial para que surja la obligación contractual de resarcir a cargo de la aseguradora.

En virtud de la clara inexistencia de responsabilidad del asegurado, la aseguradora deberá ser absuelta de cualquier responsabilidad indemnizatoria, pues al tenor del amparo contratado, se estipuló que mi representada cubre la responsabilidad en que incurra el asegurado. Sin embargo, el demandante no logró estructurar los elementos constitutivos para que se predique la responsabilidad a cargo del asegurado y con eso se torna imposible acceder a reconocimientos económicos que deba asumir la aseguradora, pues el riesgo amparado no se configuró.

Dicho lo anterior, es claro que en el presente caso no se ha realizado el riesgo asegurado, toda vez que nos encontramos ante una situación en la que no tuvo ninguna injerencia las conductas del personal médicos asegurado en la ocurrencia de los hechos reprochados por los accionantes, ni se ha demostrado que los perjuicios ocurrieron como consecuencia de un actuar negligente, imprudente e irresponsable. Como consecuencia, no hay obligación condicional por parte de la Aseguradora.

(iv) Acreditación de la cuantía de la pérdida.

Es claro que en el presente caso no procede el reconocimiento de indemnización alguna por perjuicios patrimoniales o extrapatrimoniales, toda vez que no se encuentran debidamente acreditados dentro del proceso. Puesto que los demandantes solicita el reconocimiento de lucro cesante, sin embargo, no se acredita por ningún medio de prueba fehaciente, conducente y pertinente los ingresos percibidos por la señora Eliana Rentería, ni mucho menos una relación laboral, que permita establecer verdaderamente el ingreso de algún valor económicos, en el mismo orden, no son claros los conceptos sobre los cuales el apoderado de la activa efectuó la liquidación del lucro cesante, comoquiera que no se avizora que haya utilizado las fórmulas matemáticas determinadas por la Corte Suprema de Justicia, para dichos cálculos. Así mismo, es importante destacar que la demanda se caracteriza por la ausencia de pruebas que permitan establecer de manera verdadera los daños morales y daño a la vida en relación de los demandantes, resaltando que dichos perjuicios solo son reconocidos si se acredita de manera cierta y verdadera su ocurrencia. En ese sentido, no podrían reconocerse con cargo a la póliza de seguro.

Adicionalmente, el demandante solicitó el reconocimiento de indemnización por perjuicios morales y daño a la vida de relación. Sin embargo, tal reconocimiento resulta inviable en la suma pretendida por éste, 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 H. Corte Suprema de Justicia.

En conclusión, para el caso en estudio debe señalarse en primera medida que la parte actora no demostró la realización del riesgo asegurado, pues no se ha presentado un evento en el cual haya sido declarada la responsabilidad médica del asegurado. Aunado que no existe pruebas que endilguen responsabilidad en cabeza de este, por ende, está llamada a su absolución mi representada. Por otro lado, respecto a la acreditación de la cuantía de la supuesta pérdida, comoquiera que el lucro cesante es improcedente. Así también, quedó claro a lo largo de este escrito de contestación que la tasación de perjuicios morales y daño a la vida en relación no se puede reconocer por resultar exorbitante y desconocido de los parámetros y baremos de la Sala de Casación Civil de la Corte. De igual forma, el daño a la salud, tampoco es procedente, por cuanto no es un rubro reconocido por la Jurisdicción civil y su doble reconocimiento, de daño a la vida en relación y por concepto de daño a la salud, sería improcedente al ser un enriquecimiento sin justa causa, como se incumplieron las cargas de que trata el artículo 1077 del C. Co, es claro que no ha nacido la obligación condicional del Asegurado.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción

3. EL SEGURO CONTENIDO EN LA PÓLIZA No. 022249789/0 EMITIDA POR LA COMPAÑÍA ALLIANZ SEGUROS S.A., ES DE CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO

Esta excepción se plantea en gracia de discusión y se soporta en el hecho de que los demandantes pretermiten el contenido de normas de orden público que consagran el carácter meramente indemnizatorio del seguro que sirvió de soporte a la presente demanda. Lo anterior, como se consagra en el artículo 1088 del Código de Comercio, establece que jamás el seguro podrá constituir fuente de enriquecimiento. Asimismo, el artículo 1127 ibídem, sólo obliga al asegurador a indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con ocasión de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley, siempre que no esté expresamente excluido en el contrato de seguro. Por lo tanto, con esa condición suprema, la responsabilidad del asegurador que se enmarca dentro del límite máximo asegurado, consistente en la obligación de pagar la indemnización, alcanzará solo hasta el monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado, como lo ordena el artículo 1089 ibídem, también infringida por la parte activa de esta acción.

Respecto al carácter indemnizatorio del contrato de seguro, la Honorable Corte Suprema de Justicia, en sentencia de 22 de julio de 1999, se ha referido de la siguiente manera:

“(…) 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 (…)”²⁹ (Negrita por fuera de texto).

Es importante mencionar que la materia propia del seguro que sirvió de fundamento a la presente acción, de acuerdo con la naturaleza del riesgo que se protege, es de contenido puramente indemnizatorio conforme a lo preceptuado en el artículo 1088 del Código de Comercio y sólo podrá ser afectado según lo reza el artículo 1127 ibídem. En efecto, según lo normado en el referido precepto, este tipo de seguros es meramente indemnizatorio y jamás podrá constituir una fuente de enriquecimiento, por lo cual, la indemnización únicamente debe ceñirse a los perjuicios que efectivamente se logren acreditar por parte de quien los alega. Sumado al hecho del deber de acreditación, como es apenas, lógico del acaecimiento de alguno de los eventos asegurados en el contrato.

Concretamente debe observarse en este caso que el contrato de seguro no presta cobertura por cuanto no existió reclamación dentro de la vigencia de la póliza ni de los hechos ocurridos dentro de la misma, (ii) No es procedente el reconocimiento de perjuicios morales ni de daño a la vida de relación, por cuanto es claro que no hay responsabilidad alguna de los accionados. Adicionalmente, la solicitud sobrepasa los topes indemnizatorios establecidos por la H. Corte suprema de Justicia, sin que haya prueba de la pérdida de capacidad de la víctima directa. (iii) No es procedente el reconocimiento por lucro cesante, comoquiera que no se advierte que la demandante estuviese laborando para la fecha de los hechos y que hubiese dejado de percibir dineros por los hechos descritos en el libelo de la demanda y reforma. Adicionalmente, en el improbable caso de considerar la existencia de una lesión, deberá tenerse en cuenta que no se probó cómo es que la misma causó una afectación emocional, sumado a que los perjuicios se encuentran tasados de manera exorbitante según los criterios jurisprudenciales 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

²⁹ Corte Suprema De Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065.

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 a las voces de los artículos 1088 y 1127 del Código de Comercio sobre el carácter indemnizatorio del seguro y la responsabilidad del asegurador frente a la obligación indemnizatoria, en el caso particular se observa que, de acuerdo a los pedimentos injustificados, equivocadamente tasados y exorbitantes que hace en conjunto la parte demandante sobre los conceptos de daño al proyecto de vida, de daño moral, daño a la vida de relación, lucro cesante consolidado y futuro, es evidente la pretensión indebida de enriquecimiento con base en el contrato de seguro, vulnerando el carácter indemnizatorio que reviste al contrato de seguros.

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

4. EN TODO CASO NO SE PODRÁ SOBREPASAR EL LÍMITE ASEGURADO DE LA PÓLIZA CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022249789/0 EMITIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A.

Se plantea esta excepción con el fin de demostrar en el presente proceso que, dentro de las condiciones generales del contrato de seguro No. 022249789/0 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 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 (...)”³⁰

Téngase en cuenta que expresamente en el certificado de la póliza de seguros Clínicas y Hospitales No.022249789/0 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.

³⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

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. 022249789/0, se indicaron los límites para los diversos amparos pactados, de la siguiente manera:

Coberturas contratadas		
Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	1.000.000.000,00	1.000.000.000,00
10.RC. Profesional	1.000.000.000,00	1.000.000.000,00
22.Gastos Médicos	20.000.000,00	50.000.000,00

Adicionalmente, deberá tener en cuenta el Despacho la existencia del siguiente sublímite:

CONDICIONES PARTICULARES:

1. Para efectos de la presente póliza se deja constancia que se amparan las reclamaciones por las cuales EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS SOS S.A. sea solidariamente responsable por los daños generados a terceros ocasionados en los Centros Propios IPS Comfandi, Caja de compensación Familiar Risaralda, Caja de Compensación Familiar de Caldas y Caja de Compensación Familiar del Quindío.

2. Para efectos de la presente póliza se deja constancia que se amparan las reclamaciones por las cuales EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS SOS S.A. sea solidariamente responsable por los daños generados a terceros ocasionados en IPSs diferentes a los Centros Propios mencionados en el numeral uno, bajo las siguientes condiciones:

a. Esta cobertura operará en exceso de \$100.000.000 evento o del límite contratado en las pólizas de RC Profesional Medica de la IPS que genera el daño, si éste es mayor.

b. Sublímite para perjuicios patrimoniales, extrapatrimoniales y gastos de defensa de \$500.000.000 evento / Vigencia

En la causa que nos asiste, de acuerdo con los límites máximos establecidos en el contrato asegurativo, el monto máximo que hipotéticamente correspondería a mi procurada indemnizar, por los reprochados en el libelo genitor, es de \$ 1.000.000.000 para el amparo de R.C. Profesional, teniendo presente el sublímite de \$500.000.000 para perjuicios patrimoniales, extrapatrimoniales. 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 prohijada 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.

5. LA PÓLIZA No. 022249789/0 OPERA EN EXCESO DE \$100.000.000 EN EVENTO O DEL LÍMITE CONTRATADO EN LAS PÓLIZAS DE R.C. PROFESIONAL MÉDICA DE LA IPS QUE GENERA EL DAÑO, SI ESTE ES MAYOR

Sin perjuicio de las excepciones antes formuladas frente a la demanda, se plantea la presente excepción por medio de la cual se explica que la póliza No. 022249789/0 expedida por mi representada, opera en exceso de \$100.000.000 por evento o del límite contratado en las pólizas de Responsabilidad Civil profesional médica que tenga contratada la IPS que presuntamente haya generado el daño, si este es mayor. Es decir, que se aplicará como sublímite la suma que resulte mayor entre los \$100.000.000 pactados como exceso y la suma por la que la IPS respectiva se haya asegurado su respectiva cobertura de responsabilidad civil profesional.

Tal y como se desprende en las condiciones particulares, contenidas en el numeral a del 2, dicha póliza opera sólo en exceso de las pólizas primarias que tenga la IPS, de manera que aquella póliza únicamente se puede afectar cuando se hubiese agotado el valor de las pólizas primarias o la suma pactada, esto es \$100.000.000. Tal y como se evidencia en el condicionado particular de la misma:

Póliza de Responsabilidad Clínicas y Hospitales No. 022249789/0:

CONDICIONES PARTICULARES:

1. Para efectos de la presente póliza se deja constancia que se amparan las reclamaciones por las cuales EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS SOS S.A. sea solidariamente responsable por los daños generados a terceros ocasionados en los Centros Propios IPS Comfandi, Caja de compensación Familiar Risaralda, Caja de Compensación Familiar de Caldas y Caja de Compensación Familiar del Quindío.

2. Para efectos de la presente póliza se deja constancia que se amparan las reclamaciones por las cuales EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS SOS S.A. sea solidariamente responsable por los daños generados a terceros ocasionados en IPSs diferentes a los Centros Propios mencionados en el numeral uno, bajo las siguientes condiciones:

a. Esta cobertura operará en exceso de \$100.000.000 evento o del límite contratado en las pólizas de RC Profesional Medica de la IPS que genera el daño, si éste es mayor.

b. Sublímite para perjuicios patrimoniales, extrapatrimoniales y gastos de defensa de \$500.000.000 evento / Vigencia

Como se puede observar en el aparte resaltado, la póliza de Responsabilidad Clínicas y Hospitales No. 022249789/0, expedida por mi representada sólo opera cuando se agote el valor asegurado de las pólizas primarias tomadas por la IPS, o cuando en exceso de \$100.000.000 por evento o límite contratado, si este es mayor. Es decir, sólo en el eventual y remoto caso en que se agote dicho valor, se podrá afectar la póliza No. 022249789/0, expedida por mi representada.

Lo anterior, reiterándose que, la obligación a cargo de mi procurada sólo surge cuando se comprueba de manera fehaciente, en primer lugar, que se estructuró la responsabilidad civil que se pretende atribuir a los demandados, en segundo lugar, que los hechos y la reclamación hubieran ocurrido dentro de la cobertura temporal pactada en la póliza, en tercer lugar, que no se configure ninguna causal de inoperancia del contrato de seguros. Sólo de llegarse a cumplir cada uno de los requisitos expuesto, se pondría predicar la realización del riesgo asegurado.

Solicito señor Juez declarar probada esta excepción.

6. EN CUALQUIER CASO, SE DEBRÁ TENER PRESENTE EL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA No. 022249789/0 EMITIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A.

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el siguiente deducible pactado en el contrato de seguro: 10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$30.000.000.

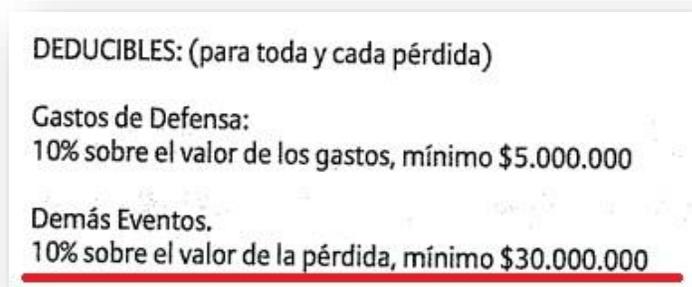
En este orden de ideas, resulta de suma importancia que el Honorable Juzgador tome en

consideración que, tanto la definición del deducible como su forma de aplicación, ha sido ampliamente desarrollada por la Superintendencia Financiera de Colombia en distintos conceptos, como el que se expone a continuación:

“(…) Una de tales modalidades, la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado. En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes (…)”.

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuenta del importe de la indemnización, la suma pactada como deducible que como se explicó, corresponde al 10% del valor de la pérdida, mínimo \$30.000.000, suma que estará obligado el asegurado a pagar a favor de la parte demandante en una eventual y remota condena.

Lo anterior, como consta en la respectiva póliza de seguro:



Por lo tanto, en el improbable y remoto caso de una condena en contra de mi representada, el asegurado deberá asumir mínimo el 10% sobre el valor de la pérdida mínimo \$30.000.000, conforme las condiciones pactadas en la póliza No. 022249789 / 0.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

7. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA No. 022249789/0 EMITIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A.

Por medio de la presente, se solicita al despacho que, en caso de que en el curso del proceso se configure alguna exclusión contemplada en las condiciones particulares o generales del contrato de seguro No. 022249789/0, la declare probada, por cuanto hizo parte del negocio contractual que celebraron las partes.

En materia de seguros, el asegurador según el artículo 1056 del Código de Comercio podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (artículos 1056 y 1127 del Código de Comercio), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causea (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del derecho de daños. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la póliza de seguro No. 022249789/0 en sus condiciones generales señalan una serie de exclusiones, y de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohijada.

En conclusión, de configurarse alguna de las exclusiones previamente mencionadas o las que constan en el clausulado general de la póliza, no podrá existir responsabilidad en cabeza del asegurador, por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la póliza de seguros Clínicas y Hospitales No. 022249789/0 pues las partes acordaron expresamente pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de

ellas, la póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

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

8. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE ALLIANZ SEGUROS S.A. Y LOS DEMANDADOS

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, siendo la entidad EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A S.O.S.

La H. Corte Suprema de Justicia³¹ 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 Corte³² 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*

³¹ Sentencia SC780-2020. M.P. Ariel Salazar Ramírez

³² Ibídem.

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.

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. DISPONIBILIDAD DE LA SUMA ASEGURADA

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

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

2. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley en virtud de lo reglado en el artículo 282³³ del Código General del

³³ **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.

Proceso.

IV. OPOSICIÓN FRENTE A LAS PRUEBAS APORTADAS POR LOS DEMANDANTES

FRENTE A LA PRUEBA DEL DICTAMEN PERICIAL SOLICITADA POR LOS DEMANDANTES

Mi representada se opone rotundamente a que se decrete la prueba pericial solicitada por la parte actora, consistente en el dictamen pericial a fin de que se evalué el procedimiento medico realizado a la señora ELIANA VALLECILLA RENTERIA, por cuanto, la parte demandante debió aportarlos al momento de presentar la demanda y con mayor sumo, en la reforma de la misma, conforme lo establecido en el Artículo 167 y 227 del Código General del Proceso.

En ese sentido, la parte actora desentendió su obligación de aportar los dictámenes en la oportunidad procesal adecuada y, por el contrario, pretende trasladar al Juez su deber al solicitarse el nombramiento de peritos.

En consecuencia, al ser manifiesto que corresponde a una solicitud contraria a los principios y preceptos del Código General del Proceso, solicito respetuosamente se proceda a negar la referida solicitud.

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

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

1. DOCUMENTALES.

- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales documentado en la

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

Cuando se proponga la excepción de nulidad o la de simulación del acto o contrato del cual se pretende derivar la relación debatida en el proceso, el juez se pronunciará expresamente en la sentencia sobre tales figuras, siempre que en el proceso sean parte quienes lo fueron en dicho acto o contrato; en caso contrario se limitará a declarar si es o no fundada la excepción.

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,

Centro Empresarial Chipichape

+57 315 577 6200 - 602-6594075

Póliza No. 022249789/0 y su respectivo condicionado particular y general, la cual ya reposa en el expediente.

- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales documentado en la Póliza No. 022200987/0 y su respectivo condicionado particular y general, la cual ya reposa en el expediente por haber sido allegada con la contestación a la demanda inicial y llamamientos en garantía formulados a mi mandante.

2. INTERROGATORIO DE PARTE.

- a. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a los demandantes y que sean mayores de edad, a los señores ELIANA RENTERIA VALLECILLA., JHON RENTERIA ANGULO., ALEXIS RENTERIA ANGULO., DELFIDA RENTERIA RENTERIA., DIEGO ARVEY RENTERIA ANGULO., EIDER RENTERIA ANGULO., JUAN ELIGIO RENTERIA., MARLON ANDRÉS RENTERIA ANGULO., DARWING RENTERIA VALLECILLA., DERLING JHOANA RENTERIA VALLECILLA., FRANCISCO RENTERIA., ISAURA VALLECILLA VALENCIA., MARICEL RENTERIA VALLECILLA., MARLING RENTERIA VALLECILLA., YISERI RENTERIA VALLECILLA., en su calidad de demandantes, a fin de que contesten el cuestionario que se les 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. Los demandantes podrán ser citados en la dirección de notificación relacionada en la demanda y en la reforma de la demanda.
- b. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a los Representantes Legales de EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A S.O. S., CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA, y CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA "COMFANDI" en su calidad de demandados, a fin de que conteste 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. El demandado podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en su contestación.
- c. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al Dr. JESUS ORDONEZ MOSQUERA, en su calidad de Demandado, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la reforma a la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La parte demandada podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la contestación de la demanda.

- d. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio al representante legal de LA PREVISORA S.A quien, en su calidad de llamada en garantía, conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la reforma a la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La parte demandada podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la contestación de la demanda.
- e. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio al Dr. CARLOS ALFONSO LEMOS, quien, en su calidad de llamada en garantía, conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la reforma a la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La parte demandada podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la contestación de la demanda.

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 **ALLIANZ SEGUROS S.A.** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y, especialmente, para exponer y aclarar los amparos, ausencias de cobertura, exclusiones, términos y condiciones de los contratos de seguros Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022200987/0 y No. 022249789/0

4. TESTIMONIALES.

- A JOSE ALBERTO ULLOQUE DE LA HOZ, Ginecobstetra de la Clínica Santa Sofia del Pacifico LTDA, para que se pronuncie sobre los hechos en que se sustentan las excepciones propuestas por mi mandante y puntualmente respecto de cada una de las atenciones brindadas por este a la paciente y al bebé en proceso de gestación. Quienes pueden ser localizados a través de la dirección médica de la Clínica Santa Sofia del Pacifico LIDA.
- A WILBER ALEJANDRO ESTUPIÑÁN, Ginecobstetra de la Clínica Santa Sofia del Pacifico LIDA, para que se pronuncie sobre los hechos en que se sustentan las excepciones propuestas por mi mandante y puntualmente respecto de cada una de las atenciones brindadas por este a la paciente y al bebé en proceso de gestación. Quienes pueden ser localizados a través de la dirección médica de la Clínica Santa Sofia del

Pacifico LTDA.

- A HENRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA, Ginecobstetra de la Clínica Santa Sofía del Pacifico LTDA, para que se pronuncie sobre los hechos en que se sustentan las excepciones propuestas por mi mandante y puntualmente respecto de cada una de las atenciones brindadas por este a la paciente y al bebé en proceso de gestación. Quienes pueden ser localizados a través de la dirección médica de la Clínica Santa Sofía del Pacifico LTDA.
- 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. **DARLYN MARCELA MUÑOZ NIEVES** quien tiene domicilio en la ciudad de Popayán y puede ser citada electrónicamente darlingmarcela1@gmail.com para que declare sobre las condiciones generales y particulares de las Pólizas vinculadas, los límites pactados, los deducibles concertados, las exclusiones, los amparos concertados, 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, y en general sobre lo referido en las excepciones propuestas en este escrito.

5. 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 por ALLIANZ SEGUROS S.A., al suscrito, que ya reposa en el expediente.
- Certificado de existencia y representación legal de ALLIANZ SEGUROS S.A. expedido por la Cámara de Comercio, el cual ya reposa en el expediente.

VII. NOTIFICACIONES

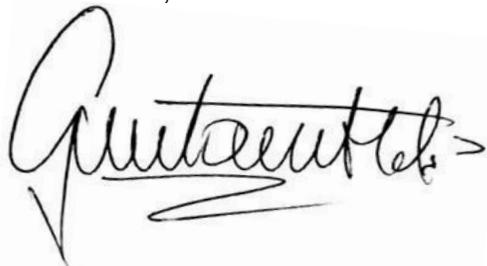
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,
Centro Empresarial Chipchape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

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

Por mi representada ALLIANZ SEGUROS S.A., se recibirán notificaciones en la Carrera 13A N° 29-24, Piso 9 de la ciudad de Bogotá D.C. Dirección electrónica: notificacionesjudiciales@allianz.co

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.