

Señores:

**JUZGADO SESENTA Y CINCO (65) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**[jadmin65bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:jadmin65bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

**MEDIO DE CONTROL:** REPARACIÓN DIRECTA  
**DEMANDANTES:** JESUS ORLANDO VELASQUEZ ESCOBAR Y OTROS  
**DEMANDADOS:** MINISTERIO DE SALUD Y OTROS  
**LLAMADOS EN GTIA:** LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.  
**RADICACIÓN:** 11001334306520220029600

**ASUNTO:** CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

**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, actuando en calidad de apoderado de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** tal y como se acredita en el poder anexo, sociedad cooperativa de seguros, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, de manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, manifiesto que comedidamente procedo, en primer lugar, a **CONTESTAR LA DEMANDA** formulada por JESUS ORLANDO VELASQUEZ ESCOBAR y en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por **E.P.S. SANITAS S.A.**, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación

## I. OPORTUNIDAD

Este escrito se presenta dentro del término procesal correspondiente, toda vez que el auto admisorio del llamamiento en garantía fue proferido el 30 de abril de 2025, y notificado por estado el 2 de mayo del mismo año. Posteriormente, dicho auto fue notificado personalmente por correo electrónico el 15 de mayo de 2025. En este sentido, conforme a lo dispuesto en los artículos 198 y 199 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011), modificados por el artículo 48 de la Ley 2080 de 2021, el término de quince (15) días para responder se inició el 20 de mayo de 2025 y vence el 10 de junio de 2025.

Outlook

---

**NOTIFICACIÓN PERSONAL AUTO ADMITE LLAMAMIENTO DEMANDA EXPEDIENTE No. 2022-00296**

---

**Desde** Juzgado 65 Administrativo Sección Tercera - Bogotá - Bogotá D.C. <jadmin65bta@notificacionesrj.gov.co>  
**Fecha** Jue 15/05/2025 15:42  
**Para** Lizeth Milena Figueredo Blanco <lfigueredo@procuraduria.gov.co>; notificaciones judiciales <notificacionesjudiciales@defensajuridica.gov.co>; Notificacionesjudicialeslaequidad <notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop>; maufjaramillo@keralty.com <maufjaramillo@keralty.com>; Notificaciones Judiciales <notificajudiciales@keralty.com>; jesusabuitrago@gmail.com <jesusabuitrago@gmail.com>; Alejandro Diagama <notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co>; Rocio Rocha Cantor <snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co>; mcmeja@supersalud.gov.co <mcmeja@supersalud.gov.co>; comfarda@comfamiliar.com <comfarda@comfamiliar.com>

3 archivos adjuntos (1 MB)  
2022-00296 admite llamamiento Sanitas VS Equidad (3).pdf; 001SolicitudLlamamientoGarantia.pdf; 5\_110013343065202200296001EXPEDIENTEDIGI20240214100137.pdf;

**JUZGADO SESENTA Y CINCO (65) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C. - SECCIÓN TERCERA  
Carrera 57 No. 43-91 Sede Judicial Can**

**NOTIFICA AUTO ADMITE DEMANDA LLAMAMIENTO**

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

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

- **Pronunciamiento Frente al Acápito de Hechos Señalados como Antecedentes de la Atención**

**AL HECHO PRIMERO:** a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho. El proceso de afiliación es un acto realizado exclusivamente entre el afiliado y la E.P.S. correspondiente. Por lo tanto, nos atenemos a lo que se acredite dentro del proceso.

**AL HECHO SEGUNDO:** a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de forma directa lo afirmado por los demandantes en el presente hecho. Lo anterior, considerando que se trata de una asignación de carácter exclusivamente administrativo entre las E.P.S. y las I.P.S., en la cual mi representada no tiene participación, influencia, relación ni conocimiento alguno. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el curso del proceso, con fundamento en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que sean allegados conforme a derecho.

**AL HECHO TERCERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de forma directa lo afirmado por los demandantes en el presente hecho. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre acreditar en el proceso, con base en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se alleguen conforme a derecho. No obstante lo anterior, de los documentos aportados con la demanda se advierte que la señora GIOVANNA INÉS MOTTA SÁNCHEZ falleció el 6 de octubre de 2020. Sin embargo, no puede afirmarse, como lo sostiene el demandante, que dicho fallecimiento haya sido consecuencia de una falla en el servicio médico-asistencial. Esta afirmación deberá ser acreditada dentro del plenario por quien la alega.

- **Pronunciamiento Frente al Acápito de Hechos Señalados como Centros de Imputación Específica.**

**AL HECHO CUARTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de forma directa lo afirmado por los demandantes en el presente caso. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre acreditar dentro del proceso, con base en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se alleguen conforme a derecho. Cabe precisar que lo planteado por la parte demandante no constituye un hecho concreto, sino apreciaciones del apoderado respecto del Ministerio de Salud, entidad que ostenta la titularidad del sistema de salud como servicio público.

**AL HECHO QUINTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de forma directa lo afirmado por los demandantes en el presente caso. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre acreditar dentro del proceso, con base en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se alleguen conforme a derecho. Cabe precisar que lo planteado por la parte demandante no constituye un hecho concreto, sino apreciaciones del apoderado respecto a las entidades que demanda.

**AL HECHO SEXTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo

afirmado por los demandantes, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación en las atenciones médicas brindadas al paciente, por tratarse de hechos ajenos a su ámbito de intervención. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el curso del proceso, con fundamento en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se alleguen conforme a derecho.

**AL HECHO SÉPTIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación en los hechos descritos por el accionante. En todo caso, corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles dentro del proceso. Es importante tener presente que las afirmaciones realizadas por el demandante deben ser objeto de prueba, y no pueden asumirse como ciertas con base únicamente en apreciaciones subjetivas o conjeturas carentes de respaldo probatorio.

**AL HECHO OCTAVO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de forma directa lo afirmado por los demandantes en el presente caso. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre acreditar dentro del proceso, con base en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se alleguen conforme a derecho. Cabe precisar que lo planteado por la parte demandante no constituye un hecho concreto, sino apreciaciones del apoderado respecto a las entidades que demanda.

- **Pronunciamiento Frente al Acápito de Hechos Señalados como De Los Daños y Perjuicios.**

**AL HECHO NOVENO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes respecto de los vínculos que mencionan. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los hechos descritos en la demanda. En todo caso, es preciso señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de forma adecuada, mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles dentro del proceso.

**AL HECHO DÉCIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento ni participación en las acciones que el accionante describe. En todo caso, corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el proceso.

**AL HECHO DÉCIMO PRIMERO** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento ni participación en las acciones que el accionante describe. En todo caso, corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el proceso.

**AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, por cuanto no tuvo conocimiento ni participación en las acciones descritas por el accionante. En todo caso, corresponde a la parte actora acreditar debidamente sus afirmaciones mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles dentro del proceso. Incluso, deberá demostrarse en el plenario que los valores reclamados en este hecho corresponden efectivamente a la realidad.

**AL HECHO DÉCIMO TERCERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera

directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento ni participación en las acciones que el accionante describe. En todo caso, corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el proceso.

**AL HECHO DÉCIMO CUARTO:** Es cierto, pero lo señalado no constituye un hecho propiamente dicho, sino un requisito pre-procesal exigido para acceder a la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

**AL HECHO DÉCIMO QUINTO:** Es cierto, pero lo señalado no constituye un hecho propiamente dicho, sino un requisito pre-procesal exigido para acceder a la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

**AL HECHO DÉCIMO SEXTO:** Lo señalado no constituye un hecho propiamente dicho, sino un requisito pre-procesal exigido para acceder a la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

**AL HECHO DÉCIMO SÉPTIMO:** Lo señalado no constituye un hecho propiamente dicho, sino un requisito pre-procesal exigido para acceder a la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

**AL HECHO DÉCIMO OCTAVO:** Lo señalado no constituye un hecho propiamente dicho, sino un requisito pre-procesal exigido para acceder a la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

## II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA REFORMA DE LA DEMANDA

**AL HECHO PRIMERO:** a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho. El proceso de afiliación es un acto realizado exclusivamente entre el afiliado y la E.P.S. correspondiente. Por lo tanto, nos atenemos a lo que se acredite dentro del proceso.

**AL HECHO SEGUNDO:** a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de forma directa lo afirmado por los demandantes en el presente hecho. Lo anterior, considerando que se trata de una asignación de carácter exclusivamente administrativo entre las E.P.S. y las I.P.S., en la cual mi representada no tiene participación, influencia, relación ni conocimiento alguno. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el curso del proceso, con fundamento en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que sean allegados conforme a derecho.

**AL HECHO TERCERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho. Por tanto, nos atenemos a lo que se logre demostrar dentro del proceso, con base en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se alleguen conforme a derecho. Sin perjuicio de lo anterior, de los documentos aportados con la demanda se observa que la señora **Giovanna Inés Motta Sánchez** ingresó a un centro médico asistencial donde recibió atención conforme a los protocolos establecidos para casos sospechosos de COVID-19, en atención a la sintomatología presentada y al contexto de emergencia sanitaria vigente en ese momento. Dichos documentos no permiten concluir, acreditar ni suponer la existencia de una mala praxis médica por parte del personal tratante.

**AL HECHO CUARTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo

afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar dentro del proceso, con base en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se alleguen conforme a derecho. Sin embargo, es importante advertir que las anotaciones contenidas en la historia clínica deben ser valoradas en su contexto integral, sin descontextualizarlas ni editar su contenido, pues solo así pueden ser interpretadas de manera adecuada y conforme a la realidad clínica del paciente.

**AL HECHO QUINTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar dentro del proceso, con base en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se alleguen conforme a derecho. Sin embargo, es importante advertir que las anotaciones contenidas en la historia clínica deben ser valoradas en su contexto integral, sin descontextualizarlas ni editar su contenido, pues solo así pueden ser interpretadas de manera adecuada y conforme a la realidad clínica del paciente.

**AL HECHO SEXTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar dentro del proceso, con base en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se alleguen conforme a derecho. Sin embargo, es importante advertir que las anotaciones contenidas en la historia clínica deben ser valoradas en su contexto integral, sin descontextualizarlas ni editar su contenido, pues solo así pueden ser interpretadas de manera adecuada y conforme a la realidad clínica del paciente.

**AL HECHO SÉPTIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar dentro del proceso, con base en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se alleguen conforme a derecho. Sin embargo, es importante advertir que las anotaciones contenidas en la historia clínica deben ser valoradas en su contexto integral, sin descontextualizarlas ni editar su contenido, pues solo así pueden ser interpretadas de manera adecuada y conforme a la realidad clínica del paciente.

**AL HECHO OCTAVO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar dentro del proceso, con base en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se alleguen conforme a derecho. Sin embargo, es importante advertir que las anotaciones contenidas en la historia clínica deben ser valoradas en su contexto integral, sin descontextualizarlas ni editar su contenido, pues solo así pueden ser interpretadas de manera adecuada y conforme a la realidad clínica del paciente.

**AL HECHO NOVENO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar dentro del proceso, con base en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se alleguen conforme a derecho. Sin embargo, es importante advertir que las anotaciones contenidas en la

historia clínica deben ser valoradas en su contexto integral, sin descontextualizarlas ni editar su contenido, pues solo así pueden ser interpretadas de manera adecuada y conforme a la realidad clínica del paciente.

**AL HECHO DÉCIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar dentro del proceso, con base en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se alleguen conforme a derecho. Sin embargo, es importante advertir que las anotaciones contenidas en la historia clínica deben ser valoradas en su contexto integral, sin descontextualizarlas ni editar su contenido, pues solo así pueden ser interpretadas de manera adecuada y conforme a la realidad clínica del paciente.

**AL HECHO UNDÉCIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

Adicionalmente, es preciso señalar que la redacción de este hecho contiene una apreciación subjetiva por parte de los demandantes, la cual debe ser objeto de plena acreditación en juicio. La carga de la prueba recae sobre quien afirma, por lo que corresponde a la parte actora demostrar la veracidad de sus afirmaciones y la existencia de un nexo causal entre los hechos relatados y el presunto daño alegado.

**AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

Adicionalmente, es preciso señalar que la redacción de este hecho contiene una apreciación subjetiva por parte de los demandantes, la cual debe ser objeto de plena acreditación en juicio. La carga de la prueba recae sobre quien afirma, por lo que corresponde a la parte actora demostrar la veracidad de sus afirmaciones y la existencia de un nexo causal entre los hechos relatados y el presunto daño alegado.

**AL HECHO DÉCIMO TERCERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de forma directa lo afirmado por los demandantes en el presente hecho. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre acreditar en el proceso, con base en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se alleguen conforme a derecho. No obstante lo anterior, de los documentos aportados con la demanda se advierte que la señora GIOVANNA INÉS MOTTA SÁNCHEZ falleció el 6 de octubre de 2020. Sin embargo, no puede afirmarse, como lo sostiene el demandante, que dicho fallecimiento haya sido consecuencia de una falla en el servicio médico-asistencial. Esta afirmación deberá ser acreditada dentro del plenario por quien la alega.

**AL HECHO DÉCIMO CUARTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de forma directa lo afirmado por los demandantes, este no es un hecho son apreciaciones que realiza el apoderado

de la demandante sobre una norma.

**AL HECHO DÉCIMO QUINTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de forma directa lo afirmado por los demandantes, este no es un hecho son apreciaciones que realiza el apoderado de la demandante sobre una norma. En síntesis, según el artículo 177 de la Ley 100 de 1993, las EPS tienen como función principal organizar y garantizar, de forma directa o indirecta, la prestación del Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, sin que esto implique la ejecución directa de los actos médicos.

**AL HECHO DÉCIMO SEXTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de forma directa lo afirmado por los demandantes, este no es un hecho son apreciaciones que realiza el apoderado de la demandante sobre una norma.

**AL HECHO DÉCIMO SÉPTIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de forma directa lo afirmado por los demandantes, este no es un hecho son apreciaciones que realiza el apoderado de la demandante.

**AL HECHO DÉCIMO OCTAVO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de forma directa lo afirmado por los demandantes, este no es un hecho son apreciaciones que realiza el apoderado de la demandante.

**AL HECHO DÉCIMO NOVENO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO VIGÉSIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO VIGÉSIMO PRIMERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO VIGÉSIMO SEGUNDO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO VIGÉSIMO TERCERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO VIGÉSIMO CUARTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Se debe tener en cuenta que este corresponde a apreciaciones que realiza el demandante y que no se encuentran acreditadas dentro del plenario.

**AL HECHO DÉCIMO VIGÉSIMO QUINTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Se debe tener en cuenta que este corresponde a apreciaciones que realiza el demandante y que no se encuentran acreditadas dentro del plenario.

**AL HECHO DÉCIMO VIGÉSIMO SEXTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Se debe tener en cuenta que este corresponde a apreciaciones que realiza el demandante y que no se encuentran acreditadas dentro del plenario.

**AL HECHO DÉCIMO VIGÉSIMO SÉPTIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Se debe tener en cuenta que este corresponde a apreciaciones que realiza el demandante y que no se encuentran acreditadas dentro del plenario.

**AL HECHO DÉCIMO VIGÉSIMO OCTAVO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Se debe tener en cuenta que este corresponde a apreciaciones que realiza el demandante y que no se encuentran acreditadas

dentro del plenario.

**AL HECHO DÉCIMO VIGÉSIMO NOVENO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Se debe tener en cuenta que este corresponde a apreciaciones que realiza el demandante y que no se encuentran acreditadas dentro del plenario.

**AL HECHO DÉCIMO TRIGÉSIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Se debe tener en cuenta que este corresponde a apreciaciones que realiza el demandante y que no se encuentran acreditadas dentro del plenario.

**AL HECHO DÉCIMO TRIGÉSIMO PRIMERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Se debe tener en cuenta que este corresponde a apreciaciones que realiza el demandante y que no se encuentran acreditadas dentro del plenario.

**AL HECHO DÉCIMO TRIGÉSIMO SEGUNDO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Se debe tener en cuenta que este corresponde a apreciaciones que realiza el demandante y que no se encuentran acreditadas dentro del plenario.

**AL HECHO DÉCIMO TRIGÉSIMO TERCERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Se debe tener en cuenta que este corresponde a apreciaciones que realiza el demandante y que no se encuentran acreditadas dentro del plenario.

**AL HECHO DÉCIMO TRIGÉSIMO CUARTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni

participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Se debe tener en cuenta que este corresponde a apreciaciones que realiza el demandante y que no se encuentran acreditadas dentro del plenario.

**AL HECHO DÉCIMO TRIGÉSIMO QUINTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Se debe tener en cuenta que este corresponde a apreciaciones que realiza el demandante y que no se encuentran acreditadas dentro del plenario.

**AL HECHO DÉCIMO TRIGÉSIMO SEXTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Se debe tener en cuenta que este corresponde a apreciaciones que realiza el demandante y que no se encuentran acreditadas dentro del plenario.

**AL HECHO DÉCIMO TRIGÉSIMO SÉPTIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. La imputación de la falla del servicio alegada debe estar plenamente acreditada por el demandante que es quien la afirma.

**AL HECHO DÉCIMO TRIGÉSIMO OCTAVO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO TRIGÉSIMO NOVENO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO CUADRAGÉSIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos

atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO CUADRAGÉSIMO PRIMERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Debe tenerse en cuenta que las historias clínicas deben ser analizadas de forma integral, considerando su contexto completo, y no de manera fragmentada ni con interpretaciones subjetivas que desvirtúen su contenido.

**AL HECHO DÉCIMO CUADRAGÉSIMO SEGUNDO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Debe tenerse en cuenta que las historias clínicas deben ser analizadas de forma integral, considerando su contexto completo, y no de manera fragmentada ni con interpretaciones subjetivas que desvirtúen su contenido.

**AL HECHO DÉCIMO CUADRAGÉSIMO TERCERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Debe tenerse en cuenta que las historias clínicas deben ser analizadas de forma integral, considerando su contexto completo, y no de manera fragmentada ni con interpretaciones subjetivas que desvirtúen su contenido.

**AL HECHO DÉCIMO CUADRAGÉSIMO CUARTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Debe tenerse en cuenta que las historias clínicas deben ser analizadas de forma integral, considerando su contexto completo, y no de manera fragmentada ni con interpretaciones subjetivas que desvirtúen su contenido.

**AL HECHO DÉCIMO CUADRAGÉSIMO QUINTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a

derecho. Debe tenerse en cuenta que las historias clínicas deben ser analizadas de forma integral, considerando su contexto completo, y no de manera fragmentada ni con interpretaciones subjetivas que desvirtúen su contenido.

**AL HECHO DÉCIMO CUADRAGÉSIMO SEXTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO CUADRAGÉSIMO SÉPTIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO CUADRAGÉSIMO SÉPTIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO CUADRAGÉSIMO OCTAVO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO CUADRAGÉSIMO NOVENO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO QUINCUAGÉSIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO QUINCUAGÉSIMO PRIMERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no

le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO QUINCUAGÉSIMO SEGUNDO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO QUINCUAGÉSIMO TERCERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO QUINCUAGÉSIMO CUARTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Debe tenerse en cuenta que las historias clínicas deben ser analizadas de forma integral, considerando su contexto completo, y no de manera fragmentada ni con interpretaciones subjetivas que desvirtúen su contenido.

**AL HECHO DÉCIMO QUINCUAGÉSIMO QUINTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO QUINCUAGÉSIMO SEXTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO QUINCUAGÉSIMO SÉPTIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO QUINCUGÉSIMO OCTAVO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO QUINCUGÉSIMO NOVENO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO SEXAGÉSIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Debe tenerse en cuenta que las historias clínicas deben ser analizadas de forma integral, considerando su contexto completo, y no de manera fragmentada ni con interpretaciones subjetivas que desvirtúen su contenido.

**AL HECHO DÉCIMO SEXAGÉSIMO PRIMERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO SEXAGÉSIMO SEGUNDO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Debe tenerse en cuenta que las historias clínicas deben ser analizadas de forma integral, considerando su contexto completo, y no de manera fragmentada ni con interpretaciones subjetivas que desvirtúen su contenido.

**AL HECHO DÉCIMO SEXAGÉSIMO TERCERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO SEXAGÉSIMO CUARTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le

consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Debe tenerse en cuenta que las historias clínicas deben ser analizadas de forma integral, considerando su contexto completo, y no de manera fragmentada ni con interpretaciones subjetivas que desvirtúen su contenido.

**AL HECHO DÉCIMO SEXAGÉSIMO QUINTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO SEXAGÉSIMO SEXTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Debe tenerse en cuenta que las historias clínicas deben ser analizadas de forma integral, considerando su contexto completo, y no de manera fragmentada ni con interpretaciones subjetivas que desvirtúen su contenido.

**AL HECHO DÉCIMO SEXAGÉSIMO SÉPTIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Debe tenerse en cuenta que las historias clínicas deben ser analizadas de forma integral, considerando su contexto completo, y no de manera fragmentada ni con interpretaciones subjetivas que desvirtúen su contenido.

**AL HECHO DÉCIMO SEXAGÉSIMO OCTAVO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO SEXAGÉSIMO NOVENO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a

derecho. Debe tenerse en cuenta que las historias clínicas deben ser analizadas de forma integral, considerando su contexto completo, y no de manera fragmentada ni con interpretaciones subjetivas que desvirtúen su contenido.

**AL HECHO DÉCIMO SEPTUAGÉSIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Debe tenerse en cuenta que las historias clínicas deben ser analizadas de forma integral, considerando su contexto completo, y no de manera fragmentada ni con interpretaciones subjetivas que desvirtúen su contenido.

**AL HECHO DÉCIMO SEPTUAGÉSIMO PRIMERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de forma directa lo afirmado por los demandantes en el presente hecho. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre acreditar en el proceso, con base en los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se alleguen conforme a derecho. No obstante lo anterior, de los documentos aportados con la demanda se advierte que la señora GIOVANNA INÉS MOTTA SÁNCHEZ falleció el 6 de octubre de 2020. Sin embargo, no puede afirmarse, como lo sostiene el demandante, que dicho fallecimiento haya sido consecuencia de una falla en el servicio médico-asistencial. Esta afirmación deberá ser acreditada dentro del plenario por quien la alega.

**AL HECHO DÉCIMO SEPTUAGÉSIMO SEGUNDO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, toda vez que no tuvo conocimiento ni participación alguna en las actuaciones médicas descritas por el accionante. En consecuencia, nos atenemos a lo que se logre demostrar en el transcurso del proceso, con base en los medios de prueba legalmente allegados, que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho. Debe tenerse en cuenta que las historias clínicas deben ser analizadas de forma integral, considerando su contexto completo, y no de manera fragmentada ni con interpretaciones subjetivas que desvirtúen su contenido.

**AL HECHO DÉCIMO SEPTUAGÉSIMO TERCERO:** Este no constituye un hecho propiamente dicho, sino la transcripción de un medio de prueba que, en esta etapa procesal, no ha sido decretado ni practicado, y tampoco ha sido controvertido por las partes. En consecuencia, su valoración deberá realizarse en la etapa procesal correspondiente, conforme a las reglas de apreciación probatoria.

**AL HECHO DÉCIMO SEPTUAGÉSIMO CUARTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, por cuanto se trata de apreciaciones subjetivas. En consecuencia, corresponderá a la parte actora demostrar lo afirmado en el curso del proceso, con base en los medios de prueba que sean legalmente allegados y que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO DÉCIMO SEPTUAGÉSIMO QUINTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho, por cuanto se trata de apreciaciones subjetivas. En consecuencia, corresponderá a la parte actora demostrar lo afirmado en el

curso del proceso, con base en los medios de prueba que sean legalmente allegados y que resulten pertinentes, conducentes y útiles conforme a derecho.

**AL HECHO SEPTUAGÉSIMO SEXTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes respecto de los vínculos que mencionan. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los hechos descritos en la demanda. En todo caso, es preciso señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de forma adecuada, mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles dentro del proceso.

**AL HECHO SEPTUAGÉSIMO SÉPTIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento ni participación en las acciones que el accionante describe. En todo caso, corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el proceso.

**AL HECHO SEPTUAGÉSIMO OCTAVO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento ni participación en las acciones que el accionante describe. En todo caso, corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el proceso.

**AL HECHO SEPTUAGÉSIMO NOVENO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, por cuanto no tuvo conocimiento ni participación en las acciones descritas por el accionante. En todo caso, corresponde a la parte actora acreditar debidamente sus afirmaciones mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles dentro del proceso. Incluso, deberá demostrarse en el plenario que los valores reclamados en este hecho corresponden efectivamente a la realidad.

**AL HECHO OCTOGÉSIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, toda vez que lo expuesto no corresponde a un hecho propiamente dicho, sino a apreciaciones subjetivas de la parte actora. En todo caso, será esta quien deberá acreditar sus afirmaciones con los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles dentro del proceso, conforme a derecho.

**AL HECHO OCTOGÉSIMO PRIMERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, toda vez que lo expuesto no corresponde a un hecho propiamente dicho, sino a apreciaciones subjetivas de la parte actora. En todo caso, será esta quien deberá acreditar sus afirmaciones con los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles dentro del proceso, conforme a derecho.

**AL HECHO OCTOGÉSIMO SEGUNDO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, toda vez que lo expuesto no corresponde a un hecho propiamente dicho, sino a apreciaciones subjetivas de la parte actora. En todo caso, será esta quien deberá acreditar sus afirmaciones con los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles dentro del proceso, conforme a derecho.

**AL HECHO OCTOGÉSIMO TERCERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de

manera directa lo señalado por los demandantes, toda vez que lo expuesto no corresponde a un hecho propiamente dicho, sino a apreciaciones subjetivas de la parte actora. En todo caso, será esta quien deberá acreditar sus afirmaciones con los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles dentro del proceso, conforme a derecho.

**AL HECHO OCTOGÉSIMO CUARTO:** Es cierto, pero lo señalado no constituye un hecho propiamente dicho, sino un requisito pre-procesal exigido para acceder a la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

**AL HECHO OCTOGÉSIMO QUINTO:** Es cierto, pero lo señalado no constituye un hecho propiamente dicho, sino un requisito pre-procesal exigido para acceder a la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

**AL HECHO OCTOGÉSIMO SEXTO:** Lo señalado no constituye un hecho propiamente dicho, sino un requisito pre-procesal exigido para acceder a la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

**AL HECHO OCTOGÉSIMO SÉPTIMO:** Lo señalado no constituye un hecho propiamente dicho, sino un requisito pre-procesal exigido para acceder a la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

**AL HECHO OCTOGÉSIMO OCTAVO:** Lo señalado no constituye un hecho propiamente dicho, sino un requisito pre-procesal exigido para acceder a la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

**AL HECHO OCTOGÉSIMO NOVENO:** Lo señalado no constituye un hecho propiamente dicho, sino un requisito pre-procesal exigido para acceder a la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

### III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

**FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA. Me opongo** a la prosperidad de esta pretensión, toda vez que se pretende declarar administrativa y solidariamente responsable a EPS SANITAS, por los supuestos *“malos tratos y posterior muerte de la señora Giovanna Inés Motta Sánchez (e.s.m.) y los consecuentes daños causados a los demandantes.”* Tal imputación carece de fundamento fáctico y probatorio, toda vez que EPS SANITAS no incurrió en conducta alguna que pueda ser calificada como generadora de daño antijurídico, ni se evidencia falla en la prestación del servicio médico que pueda atribuírsele. No existe en el expediente prueba que acredite una omisión o actuación dolosa o culposa por parte de la entidad que dé lugar a la configuración de responsabilidad administrativa ni solidaria.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA. Me opongo** a la prosperidad de esta pretensión bajo el supuesto de responsabilidad solidaria de todas las demandadas, por cuanto no se ha demostrado que EPS SANITAS, haya incurrido en conducta alguna generadora de daño antijurídico que amerite la imposición de una obligación de reparación. Tampoco se ha acreditado, dentro del expediente, nexo causal alguno entre la actuación de la EPS y el supuesto daño alegado por los demandantes. En consecuencia, resulta improcedente cualquier condena solidaria o individual en contra de EPS SANITAS, pues no existen fundamentos fácticos ni jurídicos que sustenten dicha responsabilidad.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA. Me opongo** a la pretensión indemnizatoria formulada por los demandantes, en la que se solicita declarar que las demandadas deben indemnizar integralmente los

supuestos daños ocasionados a las víctimas por los alegados malos tratos a los que, según los actores, fue sometida la señora Giovanna Inés Motta Sánchez antes de su fallecimiento. Esta solicitud carece de sustento fáctico y probatorio, toda vez que no se ha demostrado la existencia de un daño antijurídico atribuible a EPS SANITAS ni se ha acreditado nexo causal alguno entre la conducta de dicha entidad y el presunto perjuicio moral reclamado. La sola enunciación de la tabla de cuantías no constituye prueba suficiente de la ocurrencia ni de la extensión del daño alegado. Corresponde a los demandantes la carga de acreditar, de manera clara y suficiente, tanto la existencia del hecho generador del daño como su vínculo directo con la conducta atribuida, conforme a las reglas de la carga probatoria.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA. Me opongo** a la prosperidad de esta pretensión, dado que los demandantes solicitan declarar administrativa y solidariamente responsables a las demandadas, incluida EPS SANITAS, por la presunta mala atención médica que habría causado la muerte de la señora Giovanna Inés Motta Sánchez, así como por los daños derivados de ello. Esta imputación carece de sustento fáctico y probatorio, ya que no existe en el expediente evidencia que demuestre una conducta dolosa, culposa u omisiva atribuible a las demandadas, ni que la atención médica haya sido inadecuada o que exista nexo causal con el fallecimiento. **Cabe destacar que EPS SANITAS actúa como garante del acceso a los servicios de salud a través de su red de prestadores, sin ejecutar directamente los actos médicos, por lo que no puede ser responsabilizada solidariamente por hechos que no controla ni realiza.** En consecuencia, la pretensión debe ser desestimada por no cumplir con los requisitos legales para declarar responsabilidad patrimonial.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA. Me opongo** a la prosperidad de esta pretensión, mediante la cual se solicita que se declare la obligación de indemnizar integralmente los daños causados a los accionantes, incluyendo lucro cesante, daño moral y daño a la vida de relación, por la presunta mala atención médica que habría ocasionado la muerte de la señora Giovanna Inés Motta Sánchez. En primer lugar, esta pretensión carece de sustento legal y probatorio, ya que no se ha demostrado en el proceso la existencia de un daño atribuible a EPS SANITAS ni a las demás demandadas, ni el nexo causal entre la actuación de estas y los daños reclamados. Por otro lado, los daños reclamados relativos al daño a la vida de relación son improcedentes en cuanto se pretenden reconocer a personas que no son la víctima directa, pues la jurisprudencia establece que dicho daño solo puede ser reconocido en favor de la persona afectada directamente y no a terceros, salvo excepciones muy específicas y debidamente acreditadas. Por último, EPS SANITAS actúa únicamente como aseguradora y garante del acceso a los servicios médicos, sin intervención directa en la prestación de los actos médicos. Por tanto, no puede ser responsabilizada ni condenada al pago de indemnizaciones por conceptos que no le son atribuibles. Por estas razones, la pretensión quinta debe ser rechazada en su totalidad.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA. Me opongo.** en tanto el demandante solicita que se ordene la publicidad de la parte considerativa de la sentencia en las dependencias de las entidades demandadas y en facultades académicas específicas. Esta solicitud resulta improcedente, dado que no se ha demostrado que EPS SANITAS incurriera en la falla en el servicio que se le imputa. Por lo tanto, imponer una medida de publicidad en estas condiciones afectaría injustificadamente el buen nombre de la entidad y vulneraría principios fundamentales como la presunción de inocencia y el debido proceso.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SÉPTIMA. Me opongo.** en tanto el demandante solicita que se ordene un

ofrecimiento de disculpas. Esta solicitud resulta improcedente, dado que la EPS SANITAS no incurrió en la falla en el servicio que se le imputa. Por lo tanto, imponer una medida de publicidad en estas condiciones afectaría injustificadamente el buen nombre de la entidad y vulneraría principios fundamentales como la presunción de inocencia y el debido proceso.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN OCTAVA. Me opongo** a esta pretensión, en cuanto el demandante solicita que se ordene un ofrecimiento público de disculpas. Tal solicitud resulta improcedente, toda vez que no se ha demostrado que EPS SANITAS haya incurrido en una falla en el servicio que justifique dicha medida. Además, la imposición de una obligación de este tipo no puede derivarse únicamente de una pretensión subjetiva del demandante, ya que implica decisiones de carácter administrativo y comunicacional que corresponden a la autonomía de las entidades involucradas. En consecuencia, esta petición no debe ser acogida por el despacho.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN NOVENA. Me opongo** a la prosperidad de esta pretensión, en la cual se solicita que las sumas reconocidas se actualicen desde la ocurrencia del presunto daño antijurídico hasta la fecha de ejecutoria del fallo, aplicando intereses moratorios desde dicha ejecutoria. Esta solicitud parte del supuesto de que existe un daño antijurídico atribuible a la EPS SANITAS, no se acredita que mi asegurada haya incurrido en falla alguna del servicio que justifique una condena indemnizatoria. En consecuencia, al no existir responsabilidad administrativa, no hay lugar a actualizar suma alguna ni a aplicar intereses de ningún tipo.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN DÉCIMA. Me opongo** a la prosperidad de las pretensiones accesorias relacionadas con intereses comerciales moratorios, cumplimiento del fallo conforme al artículo 192 del CPACA, imputación de pagos y expedición de copias auténticas para ejecución, por cuanto todas ellas dependen de la existencia de una condena que, en este caso, no debe imponerse. No se ha acreditado daño antijurídico imputable a EPS SANITAS que justifique la declaratoria de responsabilidad. En ausencia de dicha responsabilidad, no es procedente imponer obligaciones accesorias como el pago de intereses, el cumplimiento forzado del fallo, la imputación de pagos o la expedición de copias ejecutorias, pues todas estas medidas carecen de fundamento sin una sentencia condenatoria debidamente sustentada.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN UNDÉCIMA. Me opongo** a esta pretensión en cuanto a la aplicación del principio *iura novit curia*, por cuanto implicaría desbordar los límites de la actuación del Honorable Despacho, al pretender que se impongan condenas no solicitadas expresamente por las partes, y en contravía del principio de congruencia procesal. Adicionalmente, no existe fundamento fáctico ni probatorio que permita atribuir responsabilidad alguna a la EPS SANITAS, pues no ha incurrido en conducta alguna que haya generado un daño imputable a la señora Giovanna Inés Motta Sánchez. En este sentido, debe resaltarse que EPS SANITAS ha sido indebidamente vinculada al presente proceso, razón por la cual corresponde reconocerle el reembolso de los gastos y costas en los que ha debido incurrir al atender una demanda carente de sustento.

#### IV. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

##### A. INEXISTENCIA DE LA FALLA EN EL SERVICIO ALEGADA EN LA DEMANDA.

En la demanda se atribuye responsabilidad a EPS SANITAS S.A. y a las demás entidades demandadas por el fallecimiento de la señora Giovanna Inés Motta Sánchez, ocurrido por un choque hemorrágico severo derivado de un hematoma retroperitoneal gigante que, según los demandantes, no fue diagnosticado ni tratado oportunamente, lo que provocó pérdida masiva de sangre, disfunción multiorgánica y la muerte. Además, se alega demora en la identificación y manejo adecuado, junto con falta de aplicación de protocolos y soporte especializado. Sin embargo, estas afirmaciones no están debidamente comprobadas, ya que la paciente recibió atención oportuna por parte de las entidades demandadas. En particular, EPS SANITAS no fue responsable directa de la atención médica, sino únicamente de autorizar los servicios requeridos, función que cumplió dentro de los plazos establecidos.

En el desarrollo concreto del caso, EPS SANITAS fue diligente en el cumplimiento de sus obligaciones administrativas, otorgando las autorizaciones requeridas para la atención médica de la señora Giovanna Inés Motta dentro de los plazos establecidos por la normatividad aplicable. No existe en el expediente ni en las pruebas aportadas indicio alguno que evidencie demoras injustificadas, negativas o faltas en la gestión de dichas autorizaciones que pudieran haber afectado la oportunidad o continuidad del tratamiento. La ausencia de demoras en la autorización de los procedimientos médicos significa que EPS SANITAS facilitó el acceso de la paciente a los servicios solicitados, cumpliendo con su rol de intermediaria entre el afiliado y las IPS. Por lo tanto, cualquier eventual retraso o falla en la atención clínica que haya podido existir no puede ser atribuida a la EPS, sino a las entidades y profesionales encargados directamente del cuidado médico.

En todo caso, no se debe perder de vista que la obligación que se predica de los galenos es de medio, y no de resultado, tal como ha sido reiterado en múltiples providencias de las altas Cortes. En este sentido, estas han señalado en numerosas ocasiones que, al tratarse de obligaciones de medio, la demostración de la debida diligencia en la prestación de los servicios de salud exime a los médicos de cualquier responsabilidad indemnizatoria. Un claro ejemplo de ello es la sentencia T-313/96, proferida por la Corte Constitucional, con ponencia del Dr. Alejandro Martínez Caballero, en la cual se expone este principio de manera precisa, así:

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 hacersele saber cuál es la responsabilidad médica”<sup>1</sup> (Subrayado y negrillas fuera del texto original).

Otro pronunciamiento del más alto tribunal constitucional se pronunció en igual sentido, al señalar lo siguiente:

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<sup>2</sup>. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De igual manera, el Consejo de Estado, en su sentencia del 13 de noviembre de 2014, se pronunció en los siguientes términos:

<sup>1</sup> Corte Constitucional. Sentencia de tutela. T 313 de 1996, M.P. Dr. Alejandro Martínez Caballero, 17 de julio de 1996, Expediente T-96723.

<sup>2</sup> Corte Constitucional. Sentencia de tutela. T 398862 de 2001, MP. Dr. Rodrigo Escobar Gil, 05 de abril de 2021, expediente T-398862.

(...) En este primer momento, se exigía al demandante aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, pues, **al comportar la actividad médica una obligación de medio**, de la sola existencia del daño no había lugar a presumir la falla del servicio.”<sup>16</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, al resumir la jurisprudencia previamente expuesta, queda claro que tanto el más alto tribunal constitucional como el máximo órgano de la Jurisdicción Contencioso Administrativa coinciden de manera unánime en afirmar que la regla general es que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. A partir de esta premisa, resulta relevante destacar cómo las altas cortes de Colombia han señalado que una declaratoria de responsabilidad médica puede ser desvirtuada mediante la prueba de la debida diligencia por parte del demandado. En este sentido, el Consejo de Estado ha sido enfático al establecer lo siguiente:

(...) En otras palabras, demostrado como está en el sub júdece **que el servicio se desarrolló diligentemente**; o, lo que es lo mismo, evidenciada la ausencia de falla en el servicio, **la entidad demandada queda exonerada de responsabilidad**, toda vez, como ha tenido oportunidad de reiterarlo la Sala, la obligación que a ella le incumbe en este tipo de servicios no es obligación de resultado sino de medios, en la cual la falla del servicio es lo que convierte en antijurídico el daño (...)”<sup>3</sup>

(...) se limita a **demostrar que su conducta fue diligente** y que el daño sufrido por la víctima no fue producto de inatención o de atención inadecuada; ello implica, finalmente, deducir que el riesgo propio de la intervención médica, que no permiten que sobre ella se configure una obligación de resultado, se presentaron y fueron los causantes del daño. Por tal razón, se ha dicho que la prueba de la ausencia de culpa no puede ser nunca en realidad una prueba perfecta, en la medida en que lo que se evidencia, mediante la demostración de la diligencia y el adecuado cumplimiento de las obligaciones en la entidad médica, **es simplemente que el daño no ha tenido origen en su falla**, sin que tenga que demostrarse exactamente cuál fue la causa del daño recibido por el paciente, pues si se exigiera esta última demostración, se estaría pidiendo la demostración de una causa extraña, que es la causal de exoneración propia de los regímenes objetivos de responsabilidad.<sup>4</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Previo al análisis respecto a la diligencia desplegada por la E.P.S. SANITAS S.A., es necesario precisar el contenido obligacional que rige a los médicos y el régimen jurídico que de ello se deriva. En efecto, los actos médicos están sujetos a una obligación de medios, y el régimen de responsabilidad aplicable es de carácter subjetivo. Este principio se encuentra fundamentado en el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, que establece la obligación de medios de los profesionales de la salud, así:

**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)

En efecto, resulta importante aclarar que la falla del servicio es definida como aquella violación al contenido obligacional exigible a una entidad pública en una situación concreta. Sin embargo, es connatural a este título de imputación el principio de relatividad de este. Al respecto, el Consejo de Estado se ha pronunciado en los siguientes términos:

<sup>3</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera, C.P Dr. Carlos Betancur Jaramillo, Expediente 9467. Abril 3 de 1997.

<sup>4</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera, C.P Dr. Carlos Betancur Jaramillo, Expediente 9467. Abril 3 de 1997

La Sala de tiempo atrás ha dicho que la falla del servicio ha sido, en nuestro derecho, y continúa siendo, el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado; en efecto, si al Juez Administrativo le compete - por principio - una labor de control de la acción administrativa del Estado y si la falla del servicio tiene el contenido final del incumplimiento de una obligación a su cargo, no hay duda que es ella el mecanismo más idóneo para asentar la responsabilidad patrimonial de naturaleza extracontractual<sup>5</sup>

También ha sostenido que el mandato que impone la Carta Política en el artículo 2° inciso 2°, de que las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en sus vidas, honra, bien, creencias y demás derechos y libertades... "debe entenderse dentro de lo que normalmente se le puede exigir a la administración en el cumplimiento de sus obligaciones o dentro de lo que razonablemente se espera que hubiese sido su actuación o intervención acorde con las circunstancias tales como disposición del personal, medios a su alcance, capacidad de maniobra, etc., para atender eficazmente la prestación del servicio que en un momento dado se requiera."<sup>6</sup>

**Es que las obligaciones que son de cargo del Estado – y por lo tanto la falla del servicio que constituye su transgresión- han de mirarse en concreto frente al caso particular que se juzga, tomando en cuenta las circunstancias que rodearon la producción del daño que se reclama, su mayor o menor previsibilidad y los medios de que disponían las autoridades para contrarrestarlo.**

Se le exige al Estado la utilización adecuada de todos los medios de que está provisto, en orden a cumplir el cometido constitucional en el caso concreto; si el daño se produce por su incuria en el empleo de dichos medios, surgirá su obligación resarcitoria; si el daño ocurre, pese a su diligencia, no podrá quedar comprometida su responsabilidad<sup>7</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así mismo, frente al análisis obligatorio de este principio cuando se impute la falla del servicio, ha indicado el Consejo de Estado, que:

7.4. En casos como el sub lite, el fallador de instancia debe analizar de manera integral las pruebas, a efectos de establecer las circunstancias y el contexto que rodeó los hechos, con el fin de poder concluir si efectivamente se incurrió en una falla en el servicio atribuible a la entidad demandada, lo anterior atendiendo a los parámetros establecidos por la doctrina y la jurisprudencia cuando han desarrollado la "teoría de la relatividad de la falla en el servicio".

Sobre la particular resulta pertinente citar al profesor Rivero quien afirmó lo siguiente:

El juez para decidir, en cada caso, si hay o no falla del servicio, se pregunta aquello que podríamos, en cada caso, esperar del servicio, teniendo en cuenta la dificultad más o menos grande la misión, las circunstancias de tiempo (períodos de paz o momentos de crisis), de lugar, de recursos sobre los cuales disponía el servicio público en personal y material, etc. De lo anterior resulta que la noción de falla del servicio tiene un carácter relativo, pudiendo el mismo techo, según las circunstancias, ser reputado de culposo o no culposo<sup>8</sup>

Lo anterior ha sido denominado por la jurisprudencia del Consejo de Estado como "el principio de la relatividad de la falta en el servicio"<sup>9</sup> Principio este, que evita que la responsabilidad de la administración, cimentada en el título de imputación subjetivo o común – denominado "falla en el servicio" – tome las obligaciones del Estado, ya seas las derivadas de manera explícita de una norma constitucional, legal, o reglamentaria, o del principio establecido en el artículo 2° de la Constitución Política, en obligaciones de resultado (...)"

En otro precedente, se dijo:

**"Desconocer tales circunstancias implicaría dejar de lado de la relatividad de la falla del**

<sup>5</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera, sentencia del 13 de julio de 1993, expediente No. 8163.

<sup>6</sup> Sentencia del 8 de abril de 1998, expediente No. 11837.

<sup>7</sup> Sentencia del 3 de febrero de 2000. Radicado No. 252859. Sección Tercera del Consejo de Estado. C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez.

<sup>8</sup> Jean Rivero, Droit Administratif, Précis Dalloz, Paris, décima edición, 1983, p. 286 (Tomado de: "La noción de falla del servicio como violación de un contenido obligacional a cargo de una persona pública en el derecho colombiano y el derecho francés", HENAO Juan Carlos.

<sup>9</sup> Sección Tercera, 3 de febrero de 2000, ponente: Hernández Enríquez, expediente 14787.

**servicio<sup>10</sup>, es decir no tener en cuenta la conducta de la administración, en atención a las circunstancias de tiempo, modo, lugar, medios, personal e infraestructura del servicio”<sup>11</sup>**

(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

La falla en el servicio es un título de imputación en materia de responsabilidad extracontractual del Estado, el cual debe ser probado dentro del proceso. **En efecto, no es presumible por parte del despacho, ya que al juez le está vedado presumir situaciones o responsabilidades simplemente con la mera afirmación de la parte demandante. Dicha afirmación debe tener elementos de prueba sólidos, o de lo contrario, no puede concluirse que existe la falla del servicio.** Es precisamente en ese sentido en que se presenta este medio exceptivo, pues al no estar probada la falla en el servicio en cabeza la E.P.S. SANITAS S.A., ni tener elementos de prueba que puedan si quiera dar un indicio de la existencia de ella, deberá declararse su ausencia.

Así las cosas, el cumplimiento en la autorización oportuna es un elemento esencial para desvirtuar la responsabilidad de EPS SANITAS, pues demuestra que la entidad actuó conforme a sus funciones y en respeto a los derechos de la paciente, asegurando el acceso a la atención sin que mediaran omisiones o negligencias administrativas de su parte. Así las cosas, los hechos y afirmaciones contenidos en la demanda no se encuentran debidamente acreditados, pues la paciente recibió la atención médica oportuna por parte de las entidades demandadas. En particular, no es posible atribuir a EPS SANITAS la falla en el servicio que se alega, dado que esta entidad no era responsable directa de la atención médica de la paciente, sino únicamente de la autorización de los servicios requeridos, funciones que cumplió dentro de los términos y plazos establecidos para la atención de la paciente.

## **V. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR LA E.P.S. SANITAS S.A. ENTIDAD QUE LLAMÓ EN GARANTÍA A MÍ REPRESENTADA.**

Coadyuvo las excepciones propuestas por la E.P.S. SANITAS S.A., solo en cuanto las mismas no perjudiquen los intereses de mi representada y bajo ese mismo tenor, formulo las siguientes:

### **A. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA DE LA E.P.S. SANITAS S.A. AL NO INCURRIR EN UN INCUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FRENTE A LA SEÑORA GIOVANNA INÉS MOTTA SÁNCHEZ.**

Esta excepción debe prosperar por cuanto la E.P.S. SANITAS S.A. no puede ser considerada responsable por los hechos objeto de este proceso, en tanto no intervino de manera directa en la atención médica brindada a la señora Giovanna Inés Motta Sánchez. Conforme al marco legal vigente, la función principal de las Entidades Promotoras de Salud consiste en organizar y garantizar la prestación del Plan de Beneficios en Salud (PBS) a sus afiliados, para lo cual suscriben contratos con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y profesionales médicos, quienes son los encargados de realizar el manejo clínico de los pacientes con plena autonomía técnica, científica y financiera.

En cumplimiento de esta obligación, EPS SANITAS autorizó oportunamente los servicios, medicamentos, insumos y procedimientos que le fueron requeridos en relación con la atención de la paciente, sin que haya

<sup>10</sup> El concepto fue esbozado y desarrollado por el profesor Jean Rivero en los siguientes términos: “El juez, para apreciarla [se alude a la falla del servicio], no se refiere a una norma abstracta; para decidir, en cada especie, si hay falta o no, él se pregunta, lo que en ese caso debía esperarse del servicio, teniendo en cuenta de la dificultad más o menos grande de su misión, de las circunstancias de tiempo (períodos de paz, o momentos de crisis), de lugar, de los recursos de que disponía el servicio en personal y en material, etc.

<sup>11</sup> Consejero Ponente: Enrique Gil Botero, Bogotá, D.C., veintiocho (28) de abril de dos mil diez (2010), expediente: 17.172.

existido omisión alguna atribuible a su gestión. Así las cosas, cualquier eventual irregularidad en la atención médica debe ser atribuida a los prestadores directos del servicio de salud, y no a la EPS, cuya labor se circunscribe a facilitar el acceso a los servicios conforme al PBS y a lo solicitado por el personal médico tratante. Por tanto, no existe incumplimiento de las obligaciones legales a cargo de EPS SANITAS ni fundamento para endilgarle responsabilidad administrativa alguna en este caso.

En este sentido, es importante mencionar lo preceptuado en el artículo 2 de la Ley 100 de 1993 que indica:

**ARTICULO 2 - RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.** Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:

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

b.) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema. Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro.

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

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

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

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

En este sentido, se tiene **que la función principal de las E.P.S no es la de prestar directamente los servicios médicos, sino la de organizar y garantizar la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud**, mediante la contratación con instituciones y profesionales habilitados para tal fin. En este sentido, la responsabilidad de E.P.S SANITAS se circunscribe al cumplimiento de las obligaciones administrativas y de gestión establecidas en dicho artículo, tales como promover la afiliación, administrar el riesgo en salud, movilizar los recursos y coordinar la oferta de servicios de salud. Así, conforme al literal d) del citado artículo, E.P.S SANITAS debe garantizar el acceso de sus afiliados a la atención médica mediante la contratación adecuada y la autorización de servicios requeridos, sin que ello implique asumir responsabilidad por actos u omisiones atribuibles a los profesionales o entidades prestadoras de los servicios médicos.

En el caso concreto de la señora Giovanna Inés Motta Sánchez, la EPS cumplió cabalmente con su rol legal, al autorizar oportunamente los servicios médicos requeridos y poner a disposición el personal y la

infraestructura necesaria, sin que haya existido inobservancia de sus deberes. La atención médica fue brindada por las instituciones prestadoras de salud contratadas, las cuales cuentan con autonomía técnica y científica en el manejo del paciente, y son responsables de los actos médicos que realicen.

Del mismo modo, debe tenerse en cuenta que la EPS no recibió solicitud alguna que no hubiera sido atendida ni omitió gestión alguna que le hubiera sido exigible conforme a sus competencias. En consecuencia, no se configura una responsabilidad directa en cabeza de la EPS, ya que su conducta se ajustó plenamente a lo previsto en el ordenamiento jurídico. Cualquier inconformidad relacionada con la calidad de la atención médica recibida o con decisiones clínicas adoptadas corresponde ser valorada frente a los prestadores de servicios, quienes son los directamente encargados de ejecutar los procedimientos asistenciales. En este sentido, responsabilizar a la EPS por actuaciones ajenas a su competencia legal desdibuja el marco normativo que regula el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## **B. INEXISTENTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA E.P.S. SANITAS S.A., ENTIDAD QUE LLAMÓ EN GARANTÍA A MI REPRESENTADA.**

Es fundamental que el Honorable Juez considere que, en el presente caso, no se configura un daño antijurídico atribuible a E.P.S. SANITAS S.A. Esto se debe a que la entidad prestadora de salud actuó dentro del marco normativo y cumplió cabalmente con las funciones que le son asignadas por la ley, las cuales se limitan a la afiliación, gestión del riesgo en salud, contratación con prestadores habilitados y autorización de servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.

En el caso concreto, EPS SANITAS autorizó de manera oportuna todos los procedimientos requeridos para la atención de la señora Giovanna Inés Motta Sánchez, sin que existan pruebas que demuestren omisiones, negligencia o dilaciones en la gestión administrativa de su parte. La atención médica, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico eran responsabilidad exclusiva de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y del personal médico encargado, quienes cuentan con autonomía científica y técnica para adoptar las decisiones clínicas pertinentes.

La E.P.S. SANITAS garantizó el acceso oportuno a los servicios de salud requeridos por la paciente, de acuerdo con sus síntomas y necesidades médicas. Sin perjuicio de lo anterior, es importante destacar que, aún si se analizara la conducta de la EPS SANITAS S.A. desde la perspectiva de la parte demandante, no se configuran los elementos necesarios para establecer su responsabilidad. **La actividad médica, está sujeta a un régimen de responsabilidad subjetiva, lo que implica que la culpa debe probarse mediante la existencia de imprudencia, impericia, negligencia o descuido en la actuación médica. En este caso, no hay evidencia de tales circunstancias, pues la atención brindada se ajustó a la *lex artis ad hoc*.** Por otro lado, no existen pruebas que indiquen dolo o culpa por parte de EPS SANITAS, en este caso se debe tener en cuenta que la medicina es una profesión de medios y no de resultados, por lo que el desenlace final no puede ser imputado a la EPS SANITAS S.A. ni a su personal médico, ya que se adoptaron todas las medidas necesarias para el manejo de las comorbilidades de la paciente.

Es así como el extremo activo de la litis, en esta etapa procesal, no ha logrado satisfacer la carga probatoria que le incumbe, consistente en demostrar de manera clara y suficiente el hecho generador del daño, el

perjuicio sufrido, y el nexo causal entre ambos. **La ausencia de una prueba sólida y convincente en estos elementos resulta crucial, ya que impide estructurar una responsabilidad atribuible a la EPS SANITAS S.A.** Al respecto, el Consejo de Estado ha precisado que:

La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste<sup>12</sup>.

En otra oportunidad el Honorable Consejo de Estado adujo que:

El nexo causal es la determinación de que un hecho es la causa de un daño. En esa medida, en aras de establecer la existencia del nexo causal es necesario **determinar si la conducta imputada a la Administración fue la causa eficiente y determinante del daño que dicen haber sufrido** quienes deciden acudir ante el juez con miras a que les sean restablecidos los derechos conculcados.” (Negrilla por fuera del texto original).

“Por otra parte, es necesario tener en cuenta que en todos los casos, se debe acreditar la relación de causalidad entre la actuación de la entidad demandada y el daño antijurídico por el que se reclama indemnización de perjuicios, sin que sea suficiente para ello con probar la sola relación o contacto que hubo entre aquella y el paciente, ya que la responsabilidad sólo surge en la medida en que se acredite que una actuación u omisión de la Administración, fue la causa eficiente del hecho dañoso; y como reiteradamente lo ha sostenido la jurisprudencia, **el nexo causal no se presume, debe aparecer debidamente probado (...)**

Vale señalar que, en materia de responsabilidad estatal, el asunto no puede ser resuelto con la sola constatación de la intervención causal de la actuación médica, sino que esa actuación debe ser constitutiva de una falla del servicio y ser ésta su causa eficiente. Esa afirmación resulta relevante para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, **sino que se requiere que dicho daño sea imputable a la Administración, y no lo será cuando su intervención aunque vinculada causalmente al daño no fue la causa eficiente del mismo (...)**”(Negrilla por fuera del texto original).

En esa misma línea, la doctrina ha señalado que la carga probatoria en materia de responsabilidad recae de manera preponderante en la parte actora, así:

En la responsabilidad civil existen dos nexos causales: primero, entre la culpa y el hecho, y el segundo, entre el hecho y el daño. Si no hay nexo causal entre la culpa y el hecho, hay causa extraña. Si no hay nexo causal entre el hecho y el daño, este es indirecto.

Para que exista responsabilidad civil subjetiva, bien sea contractual o extracontractual, se requieren cuatro elementos: culpa, hecho, daño y nexo causal. En el caso de la responsabilidad civil objetiva, se necesitan tres elementos: hecho, daño y nexo causal<sup>13</sup> [subraya y negrilla fuera del texto original].

En definitiva, el nexo causal no se encuentra debidamente estructurado en el presente caso, ya que la atención médica brindada se ajustó a todos los parámetros científicos y legales aplicables, cumpliendo con los estándares de *la lex artis*. En este sentido, al no existir un vínculo causal directo que conecte las actuaciones del personal médico con el daño moral alegado por los demandantes, las pretensiones de la

<sup>13</sup> ORTIZ GÓMEZ Gerardo “Nexo Causal en la Responsabilidad Civil” en: CASTRO Marcela – Derecho de las Obligaciones Tomo II. Editorial Temis S.A. Bogotá 2010.

demanda deben ser desestimadas.

Así, no puede imputarse a EPS SANITAS una falla en la prestación del servicio de salud, ya que su rol no comprende la práctica médica directa. En consecuencia, tampoco puede atribuírsele el supuesto nexo causal entre la conducta de la EPS y el fallecimiento de la paciente, elemento esencial para estructurar la responsabilidad patrimonial del Estado o de un particular en el marco de la acción de reparación directa. Por tanto, no se acredita un comportamiento omisivo, negligente o antijurídico por parte de la EPS que permita derivar responsabilidad alguna. La entidad actuó conforme a sus competencias, respetando los principios de legalidad, eficiencia y oportunidad, por lo que se solicita se declare la ausencia de responsabilidad en su contra.

### **C. DESATENCIÓN DEL RÉGIMEN PROBATORIO Y JURÍDICO IMPERANTE EN ASUNTOS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA – INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE PROBAR EL ERROR QUE SE LE ATRIBUYE A E.P.S. SANITAS S.A.**

En el presente caso, los demandantes no cumplieron con la carga procesal que les correspondía, ya que, aunque relatan el lamentable fallecimiento de la señora Giovanna Inés Motta Sánchez y señalan presuntas falencias en la atención médica, lo cierto es que no aportaron prueba técnica que evidencie una falla atribuible a EPS SANITAS ni acreditaron que esta entidad hubiera incumplido sus funciones dentro del sistema de salud. En particular, no se acreditó una omisión o negligencia por parte de EPS SANITAS en la autorización oportuna de los servicios requeridos, ni se desvirtuó el cumplimiento de sus deberes legales y contractuales, circunstancias que excluyen cualquier tipo de responsabilidad a su cargo.

Contrario a lo afirmado por los demandantes, EPS SANITAS actuó en todo momento conforme a las funciones que le asigna el ordenamiento jurídico dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su rol, como entidad aseguradora, se limita a organizar, garantizar y autorizar el acceso a los servicios incluidos en el plan de beneficios, sin intervenir en la prestación directa de los servicios médicos. En este caso, EPS SANITAS cumplió de manera oportuna con la autorización de los procedimientos requeridos para la atención de la señora Giovanna Inés Motta Sánchez, sin que se haya demostrado que existiera alguna omisión o incumplimiento de sus obligaciones legales y contractuales. Por tanto, no resulta procedente atribuirle responsabilidad alguna en los hechos que dieron lugar al proceso.

En el caso en estudio se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por los demandantes, de acuerdo con la naturaleza de la prestación del servicio médico con miras a imputar la responsabilidad de la institución médica atacada, la jurisprudencia reitera este deber en la sentencia 174 del 13 de septiembre de 2002 proferida por la Corte Constitucional, en los siguientes términos:

... entonces el médico asume acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría y si el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente que le causa un específico, **este debe con sujeción este acuerdo demostrar en línea de principio el comportamiento culpable de aquel en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o en su caso de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por el padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización** correspondiente cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, claro, excepto el caso excepcional de la presunción de culpa que con estricto apego al contenido del contrato pueda darse como sucede por ejemplo con

la obligación profesional catalogable como de resultado.<sup>14</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En consecuencia, se desconoce por completo el deber legal de probar lo que se pretende, conforme al criterio establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso, que impone la obligación de acreditar los supuestos de hecho que sustentan el efecto jurídico buscado en la demanda. Dado que no existe prueba del error médico, las pretensiones están destinadas al fracaso.

No basta con afirmar la ocurrencia del hecho objeto de reproche médico, el cual es totalmente difuso en este caso; es necesario probar tanto el hecho en cuestión como el suceso atribuible a error, negligencia o impericia del o los galenos para que pueda existir responsabilidad de la parte demandada. Al no cumplirse este requisito por parte de la parte actora, sus pretensiones no pueden prosperar. Por lo tanto, se solicita respetuosamente al señor juez que declare la prosperidad de la presente excepción y niegue la totalidad de las peticiones formuladas en la demanda por la parte actora.

#### **D. AUSENCIA DE CULPA POR PARTE DE E.P.S. SANITAS S.A.S.**

En el marco del régimen de responsabilidad médica en Colombia, la imputación de responsabilidad contractual exige la demostración de una culpa probada, es decir, la acreditación de una conducta negligente, imprudente, imperita o contraria a los protocolos técnicos y científicos (lex artis ad hoc) por parte del prestador del servicio de salud. Esta carga procesal recae en cabeza del paciente o de sus representantes legales, quienes deben probar que la actuación de la entidad demandada se apartó del estándar mínimo de diligencia exigido por el ordenamiento jurídico.

En el presente caso, se pretende atribuir responsabilidad a E.P.S. SANITAS S.A.S. en virtud del vínculo contractual existente entre la entidad y la señora Giovanna Inés Motta Sánchez, sin que se haya demostrado incumplimiento alguno de las obligaciones que legal y contractualmente le correspondían. EPS SANITAS, conforme a su naturaleza y funciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no presta directamente los servicios médicos, sino que garantiza el acceso a los mismos a través de la contratación con instituciones prestadoras de salud (IPS) habilitadas y del otorgamiento oportuno de autorizaciones para exámenes, tratamientos, procedimientos y medicamentos requeridos por el cuerpo médico tratante.

Durante las estancias hospitalarias de la paciente, EPS SANITAS S.A.S. autorizó y facilitó oportunamente todas las atenciones médicas prescritas por los profesionales de la salud, sin intervenir en las decisiones clínicas ni en la ejecución de los procedimientos, respetando así la autonomía médica. No existe prueba alguna que demuestre que EPS SANITAS S.A.S. haya incumplido el pacto contractual ni que haya incurrido en negligencia en el ejercicio de sus funciones de aseguramiento y gestión administrativa. Debe reiterarse que, incluso en el ámbito de la responsabilidad contractual, la responsabilidad médica no es de carácter objetivo. Por el contrario, requiere la demostración de una culpa, entendida como una conducta omisiva o activa que contraría los deberes propios del rol desempeñado, y que sea imputable al demandado. En este caso, al no haberse acreditado ninguna actuación culposa por parte de EPS SANITAS, se impone concluir que no existe fundamento para atribuirle responsabilidad derivada del pacto contractual que la vinculaba con la paciente.

<sup>14</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 174. Expediente 6199. Septiembre 13 de 2002.

En consecuencia, para imputar responsabilidad a EPS SANITAS debe demostrarse una acción culposa, como la falta de autorización oportuna de los servicios médicos. Sin embargo, en este caso EPS SANITAS cumplió con emitir todas las autorizaciones necesarias para que la señora Giovanna Inés Motta Sánchez recibiera la atención médica correspondiente. Por tanto, habiendo cumplido con las obligaciones que le impone el sistema de seguridad social en salud, no es posible atribuirle responsabilidad alguna por conducta culposa.

#### **E. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DERIVADA DE PACTO CONTRACTUAL.**

Se coadyuva esta excepción propuesta por la entidad asegurada, la cual se fundamenta en la naturaleza y alcance del contrato suscrito entre EPS SANITAS S.A.S. y la IPS COMFAMILIAR RISARALDA, vigente durante el periodo en que ocurrieron los hechos objeto de la demanda. De acuerdo con este convenio, la IPS asumió la prestación de los servicios de salud con plena autonomía técnica, médica, financiera y administrativa. Esta autonomía implica que no existe relación de subordinación ni dependencia entre la IPS como prestadora del servicio y la EPS como aseguradora. En consecuencia, la EPS no interviene ni tiene control sobre las decisiones clínicas, diagnósticas o terapéuticas adoptadas por la IPS en el manejo médico y hospitalario de sus pacientes, ya que tales acciones se regulan bajo estrictos parámetros de eficiencia y calidad, ajustados al nivel de atención correspondiente. Por tanto, la responsabilidad por la adecuada prestación y resultados de los servicios médicos recae directamente sobre la IPS, eximiendo a la EPS de cualquier obligación o responsabilidad derivada de la ejecución clínica de dichos servicios.

Los servicios médicos reclamados en la demanda fueron efectivamente suministrados por la IPS COMFAMILIAR RISARALDA, tal como consta en el expediente. Por lo tanto, en virtud de la autonomía técnica y administrativa reconocida contractualmente, la IPS es la única responsable por la correcta ejecución de los actos médicos y asistenciales relacionados con la atención de la señora Giovanna Inés Motta Sánchez.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que si en virtud del contrato celebrado entre E.P.S. SANITAS S.A.S. y la I.P.S. COMFAMILIAR DE RISARALDA se pactó una cláusula de indemnidad en favor de E.P.S. SANITAS, la única obligada a reembolsar lo que tenga que pagar dicha demandada es COMFAMILIAR. En este sentido, el Tribunal Administrativo de Pasto sentencia del 27 de octubre del 2023 indicó que:

##### 5. De los llamamientos en garantía

##### 5.1. De Comfamiliar de Nariño frente a Seguridad del Sur Ltda.

La caja de compensación formuló llamamiento ante la empresa de seguridad con base en las obligaciones pactadas en el contrato 667 de 2012 suscrito entre aquellas, con el objeto de obtener la prestación de los servicios de vigilancia y seguridad privada de los bienes muebles e inmuebles de la contratante, incluyendo entre aquellos, el parque recreacional Chapalito ubicado en esta ciudad. Con base en dicho acuerdo, y en consonancia con las demás probanzas arrojadas al expediente, puede establecerse que, en virtud de la actuación desplegada por el vigilante adscrito a la empresa de seguridad, corresponde a esta, reembolsar a Comfamiliar, el valor total que corresponda como producto de la indemnización a reconocer en favor de la parte demandante dentro del presente proceso, ello en virtud de la relación contractual que les unía a las citadas entidades para el momento de los hechos, y en todo caso, partiendo del supuesto que el ejercicio de la actividad peligrosa que motiva la condena a imponer, correspondía contractualmente, a la empresa de vigilancia llamada en garantía.

##### 5.2. De Comfamiliar de Nariño frente a Mapfre Seguros S.A. En la medida en que se ordenó el reembolso total de los valores que resultaran por cuenta de la presente decisión, a cargo

de la empresa Seguridad del Sur Ltda., **no se afectará la póliza No. 191231200003, pues de ordenarse así, se promovería un doble reconocimiento por un mismo supuesto de hecho.**<sup>15</sup>

Dado lo anterior, y teniendo en cuenta la vigencia del acuerdo contractual en la fecha de los hechos, cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de los eventos narrados recae exclusivamente sobre la IPS prestadora y no sobre EPS SANITAS S.A.S. De esta forma, se concluye la inexistencia de vínculo jurídico que permita imputar a EPS SANITAS responsabilidad alguna por las acciones u omisiones atribuidas a la IPS, pues la prestación directa y la responsabilidad de los actos médicos corresponden única y exclusivamente a la entidad prestadora.

#### **F. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS MORALES TODA VEZ QUE NO EXISTIÓ NI SE PROBÓ LA FALLA DEL SERVICIO ALEGADA**

- *Reparos Frente a los Perjuicios Morales:*

En este caso, la parte demandante solicita una indemnización por perjuicios morales correspondiente a 50 SMLMV para cada uno de los demandantes, en este sentido en virtud del principio de congruencia que se debe aplicar a las sentencias que se profieran dentro de la jurisdicción contencioso-administrativa y para no incurrir en un fallo ultra petita, en el hipotético y remoto caso de que se reconozcan tales perjuicios inmateriales, los mismos sólo se podrán limitar a 50 SMLMV.

Para que proceda el reconocimiento de perjuicios morales en el marco de la responsabilidad del Estado o de un prestador del servicio de salud, es indispensable acreditar la existencia de un daño antijurídico, así como el nexo causal entre la conducta de la entidad y el perjuicio alegado. En este caso, no se probó que la E.P.S. SANITAS S.A. haya incurrido en una falla en la prestación del servicio, ni que su actuar haya causado de manera directa el fallecimiento de la paciente. Por el contrario, se evidencia que se brindó atención con apego a la *lex artis ad hoc* y dentro de las limitaciones del sistema de salud en ese momento. En consecuencia, al no configurarse una falla del servicio, ni acreditarse el nexo causal entre la conducta de la entidad y el perjuicio alegado, no hay lugar al reconocimiento de perjuicios morales en favor de la parte demandante.

Así pues, frente a los perjuicios morales solicitados en el libelo de la demanda, es preciso señalar que el Honorable Consejo de Estado, mediante Sentencia de Unificación del 28 de agosto de 2014, unificó jurisprudencia en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales. En lo atinente al daño moral, el tribunal de cierre en materia contencioso-administrativa indicó:

Procede la Sala a unificar la jurisprudencia en materia de reparación de perjuicios inmateriales; lo anterior, por cuanto la Sección considera necesario y oportuno determinar los criterios generales que se deben tener en cuenta para la liquidación del mencionado perjuicio. (...) Así las cosas, tenemos que el concepto de perjuicio moral se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo. En consecuencia, para la reparación del perjuicio moral en caso de muerte se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas, los cuales se distribuyen así: Nivel No. 1. Comprende la

<sup>15</sup> Medio de control: Reparación Directa Radicación: 5200133330012014-00213-01 Número interno: 6115 Demandante: Segundo Raúl Acosta y otros Demandado: Nación – Departamento de Nariño – Comfamiliar de Nariño Temas: Responsabilidad por actividades peligrosas Decisión: Revoca - accede Segunda instancia Sentencia N° D003-93-23 TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE NARIÑO SALA SEGUNDA DE DECISIÓN MAGISTRADA PONENTE: SANDRA LUCÍA OJEDA INSUASTY1 San Juan de Pasto, veintisiete (27) de octubre de dos mil veintitrés (2023))

relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno- filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes o estables). A este nivel corresponde el tope indemnizatorio de 100 SMLMV. Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 50% del tope indemnizatorio. Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 35% del tope indemnizatorio. Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 25% del tope indemnizatorio. Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 15% del tope indemnizatorio. (...) Así las cosas, para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva, y finalmente, para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva. (...) En casos excepcionales, como los de graves violaciones a los derechos humanos, entre otros, podrá otorgarse una indemnización mayor de la señalada en todos los eventos anteriores, cuando existan circunstancias debidamente probadas de una mayor intensidad y gravedad del daño moral, sin que en tales casos el monto total de la indemnización pueda superar el triple de los montos indemnizatorios antes señalados. Este quantum deberá motivarse por el juez y ser proporcional a la intensidad del daño<sup>16</sup>.

Por lo anterior, resulta oportuno señalar que las pretensiones por este ítem denotan un evidente ánimo especulativo, partiendo de la errónea tasación de los perjuicios morales, derivada de una estimación desmesurada del supuesto perjuicio inmaterial. Cada una de las personas que integran la parte actora solicita el reconocimiento de esta tipología de perjuicio, sin que se acredite por los medios idóneos que efectivamente han experimentado un daño que justifique la magnitud de las sumas reclamadas.

- *Reparación Frente a las Pretensiones de la Acción Hereditaria.*

Nos oponemos a la pretensión relacionada con el reconocimiento de perjuicios en favor de la sucesión de la señora Giovanna Inés Motta Sánchez. En primer lugar, los demandantes no han demostrado que la causante haya sufrido perjuicio alguno durante su vida como consecuencia de los hechos objeto del presente proceso. La simple afirmación de la existencia de un daño no resulta suficiente para su reconocimiento judicial, siendo necesaria la acreditación probatoria concreta y suficiente, la cual brilla por su ausencia en el presente expediente. En segundo lugar, es importante resaltar que el apoderado judicial de la parte actora no cuenta con poder expreso ni autorización alguna para representar a la masa sucesoral de la señora Giovanna Inés Motta Sánchez.

En consecuencia, dicha sucesión no se encuentra debidamente representada dentro de este proceso, lo que impide jurídicamente que se le reconozca legitimación para reclamar indemnización alguna a título de perjuicios. Por lo tanto, solicitamos al despacho que se rechace la pretensión indemnizatoria formulada en nombre de la sucesión de la señora Giovanna Inés Motta Sánchez, por falta de prueba del daño alegado y por ausencia de representación legalmente constituida en el proceso.

- *Reparos Frente a la Solicitud del Lucro Cesante:*

La pretensión de reconocimiento de perjuicios materiales, en particular por lucro cesante, carece de sustento tanto fáctico como probatorio en el presente caso. La parte demandante no ha aportado elementos de juicio válidos ni evidencia concreta que permita determinar con certeza la existencia, el monto

<sup>16</sup> CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sala Plena. Rad. 26251 del 28 de agosto de 2014, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

y la relación causal directa de los supuestos perjuicios alegados. No es posible atribuir responsabilidad a la E.P.S. SANITAS S.A., pues, según lo demostrado en el expediente, la entidad actuó en todo momento dentro del marco de sus funciones legales y contractuales.

Al no configurarse una conducta activa u omisiva reprochable atribuible a la aseguradora, resulta improcedente establecer cualquier tipo de responsabilidad. Además, la parte demandante no acreditó el lucro cesante reclamado, no presentando pruebas suficientes que demuestren un perjuicio económico concreto derivado de una posible falla en la prestación del servicio. La reclamación tampoco se sustenta en estudios técnicos, informes periciales ni en una explicación clara sobre la metodología empleada para calcular la cifra reclamada. La mera presentación de una fórmula matemática sin respaldo en hechos ni pruebas es insuficiente para fundamentar una condena patrimonial. Por tanto, ante la ausencia de responsabilidad comprobada de la E.P.S., la falta de pruebas sobre los perjuicios materiales y la inexistencia de fundamentos válidos para su cuantificación, la pretensión indemnizatoria por daño emergente y lucro cesante debe ser rechazada en su totalidad.

- *Reparos Frente a la Pretensión del Reconocimiento del Daño a la Vida en Relación*

La pretensión de reconocimiento de una suma de dinero por concepto de daño a la vida en relación resulta completamente improcedente, en tanto el apoderado de la parte demandante la plantea en evidente desconocimiento del contenido, alcance y exigencias jurídicas que estructuran este tipo de perjuicio. El daño a la vida en relación es una modalidad del daño a la salud, que se configura únicamente cuando una lesión física o psicológica altera de manera significativa y comprobada las condiciones normales de existencia del afectado, interfiriendo de forma directa en el desarrollo de sus actividades cotidianas, relaciones sociales, laborales o familiares. Es decir, se requiere una afectación real, concreta y probada de la calidad de vida como consecuencia directa del hecho dañoso.

Es preciso advertir que este tipo de perjuicio solo procede respecto de la víctima directa, es decir, de quien sufre una afectación real en su salud física o psíquica. Por lo tanto, resulta improcedente su reconocimiento a favor de familiares o terceros, como erradamente se pretende en la demanda. En efecto, el Consejo de Estado, en su Sentencia de Unificación del 14 de septiembre de 2011, estableció que el daño a la vida en relación fue sustituido por el concepto de daño a la salud. Este cambio implica que dicho perjuicio ya no constituye una categoría autónoma, sino que debe evaluarse exclusivamente desde la perspectiva del menoscabo a la integridad física o mental de la víctima directa.

## **G. GENÉRICA O INNOMINADA**

Solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo del extremo pasivo de la *litis* y que pueda configurar otra causal que la exima de toda obligación indemnizatoria.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

## **CAPÍTULO II**

### **CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA E.P.S. SANITAS S.A.**

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

**AL HECHO PRIMERO:** Es cierto, se evidencia con la nota de reparto expedida dentro del proceso y la notificación personal de la demanda a las entidades accionadas.

**AL HECHO SEGUNDO:** Es cierto, se evidencia con la nota de reparto expedida dentro del proceso.

**AL HECHO TERCERO:** Es cierto según lo que consta en el escrito de la demanda.

**AL HECHO CUARTO:** Es cierto. LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. suscribió con E.P.S. Sanitas un contrato de seguro bajo la modalidad *claims made*, mediante la expedición de la Póliza No. AA195705 y sus respectivos anexos. No obstante, es importante precisar que la mera existencia del contrato no implica, por sí sola, el surgimiento de una obligación a cargo de la aseguradora. Para que esta surja, es necesario analizar las condiciones pactadas en el contrato y verificar si efectivamente se configuró o materializó el riesgo asegurado. En el presente caso, dicha condición no se cumplió, por lo que no puede hablarse del nacimiento de una obligación exigible por parte del asegurador.

**AL HECHO QUINTO:** Es cierto, según los documentos que fueron aportados con la demanda.

**AL HECHO SEXTO:** Es cierto. No obstante, es importante precisar que la mera existencia del contrato no implica, por sí sola, el surgimiento de una obligación a cargo de la aseguradora. Para que esta surja, es necesario analizar las condiciones pactadas en el contrato y verificar si efectivamente se configuró o materializó el riesgo asegurado. En el presente caso, dicha condición no se cumplió, por lo que no puede hablarse del nacimiento de una obligación exigible por parte del asegurador.

**AL HECHO SÉPTIMO:** Es cierto. No obstante, es importante precisar que la mera existencia del contrato no implica, por sí sola, el surgimiento de una obligación a cargo de la aseguradora. Para que esta surja, es necesario analizar las condiciones pactadas en el contrato y verificar si efectivamente se configuró o materializó el riesgo asegurado. En el presente caso, dicha condición no se cumplió, por lo que no puede hablarse del nacimiento de una obligación exigible por parte del asegurador.

**AL HECHO OCTAVO:** No se trata de un hecho es una apreciación subjetiva que realiza el apoderado de E.P.S. SANITAS S.A.

**AL HECHO NOVENO:** No se trata de un hecho, solo es una manifestación de un criterio legal.

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

Frente a las pretensiones del llamamiento en garantía, me opongo a que se atribuya responsabilidad a la compañía de seguros que represento, dado que las pólizas que se pretende hacer efectivas no cuentan con cobertura aplicable en este caso. Esto se debe a que se han materializado las exclusiones expresamente contempladas en el contrato de seguro.

En consecuencia, solicito al despacho que, al evaluar la relación sustancial entre mi representada y el llamante, se consideren los límites y coberturas pactadas, así como las condiciones particulares y generales de la póliza y las disposiciones legales aplicables al contrato de seguro. Además, debe analizarse si los hechos invocados exceden el ámbito de amparo de la póliza, si no se ha demostrado la materialización del riesgo asegurado o si concurre alguna causal de exclusión que limite o excluya la cobertura.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA. Me opongo** a esta pretensión teniendo en cuenta que aunque se encuentre probada una relación contractual, esto no indica que sean procedentes los amparos contenidos en la Póliza, es importante precisar que la mera existencia del contrato no implica, por sí sola, el surgimiento de una obligación a cargo de la aseguradora. Para que esta surja, es necesario analizar las condiciones pactadas en el contrato y verificar si efectivamente se configuró o materializó el riesgo asegurado. En el presente caso, dicha condición no se cumplió, por lo que no puede hablarse del nacimiento de una obligación exigible por parte del asegurador

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA. Me opongo** a la pretensión de que se condene a mi representada La Equidad Seguros Generales O.C., a reembolsar a EPS SANITAS S.A.S. lo que eventualmente llegare a pagar a los demandantes, debe ser rechazada por carecer de fundamento fáctico y jurídico. Se debe tener de presente que en este caso no se cumplen los requisitos para hacer efectiva la póliza invocada. En este caso, no se materializó el riesgo asegurado, por lo tanto, no existe fundamento jurídico para que la sociedad llamada en garantía deba reembolsar a EPS SANITAS S.A.S. las sumas que esta deba pagar en virtud de la sentencia que decida el proceso de referencia.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA. Me opongo** a esta pretensión, pro cuanto en este caso la entidad que llama en garantía no se ha probado la afectabilidad de la misma. Se debe tener de presente que en este caso no se cumplen los requisitos para hacer efectiva la póliza invocada. En este caso, no se materializó el riesgo asegurado, por lo tanto, no existe fundamento jurídico para que la sociedad llamada en garantía deba reembolsar a EPS SANITAS S.A.S. las sumas que esta deba pagar en virtud de la sentencia que decida el proceso de referencia.

### III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

#### A. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA POLIZA AA195705 Y SUS ANEXOS - AA612539, AA735177, AA757661, AA757678, AA782381, AA810302, AA810910 Y AA810910

La Póliza No. AA195705 y sus anexos fueron expedidos bajo la modalidad *claims made*. Sin embargo, los anexos emitidos mediante los certificados No. **AA612539, AA735177, AA757661, AA757678, AA782381, AA810302, AA810910 y AA810910** no cuentan con cobertura, ya que, aunque estuvieron vigentes durante el periodo de retroactividad en el momento en que ocurrieron los hechos, la primera reclamación a la entidad asegurada —es decir, la solicitud de conciliación— se realizó fuera del periodo de vigencia de dichos anexos.

En este caso se puede observar que la vigencia de las Póliza No. AA195705, en sus anexos expedidos bajo las facturas **AA612539, AA735177, AA757661, AA757678, AA782381, AA810302, AA810910 y**

**AA810910**, fueron los siguientes:

- La póliza AA195705-AA612539 tuvo una vigencia desde el 30 de agosto de 2019 hasta el 30 de agosto de 2020.
- La póliza AA195705-AA tuvo una vigencia desde el 21 de febrero de 2020 hasta el 30 de agosto de 2020.
- La póliza AA195705-AA735177 tuvo una vigencia desde el 21 de febrero de 2020 hasta el 30 de agosto de 2020.
- La póliza AA195705- AA757661 tuvo una vigencia desde el 30 de agosto de 2020 hasta el 14 de septiembre de 2020.
- La póliza AA195705- AA757678 tuvo una vigencia desde el 14 de septiembre de 2020 hasta el 14 de septiembre de 2021.
- La póliza AA195705- AA782381 tuvo una vigencia desde el 9 de enero de 2021 hasta el 14 de septiembre de 2021.
- La póliza AA195705- AA810302 tuvo una vigencia desde el 14 de septiembre de 2021 hasta el 22 de septiembre de 2021.
- La póliza AA195705-AA810910 tuvo una vigencia desde el 22 de septiembre de 2021 hasta el 27 de septiembre de 2021.

Sin embargo, los hechos ocurrieron el 6 de octubre del 2020, mientras que la solicitud de conciliación, considerada la primera reclamación a la entidad asegurada, se presentó el 6 de junio de 2022, es decir, fuera del periodo de vigencia de dichos certificados. Dado que la póliza fue expedida bajo la modalidad *claims made*, la cobertura solo aplica si tanto la ocurrencia del hecho generador del daño como la presentación de la reclamación se encuentran dentro del periodo de vigencia de la póliza o de sus respectivos anexos. En este caso, al haberse presentado la reclamación fuera de dicho periodo, no es posible hacer efectiva la cobertura contenida en los certificados mencionados.

En este sentido, el artículo 4 de la Ley 389 de 1997 establece lo siguiente:

**ARTÍCULO 4º.** En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

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

**PARÁGRAFO.** El Gobierno Nacional, por razones de interés general, podrá extender lo dispuesto en el presente artículo a otros ramos de seguros que así lo ameriten.

Por consiguiente, el hecho no se encuentra amparado por la póliza, ya que la vigencia establecida en el contrato no abarca la fecha en la que se efectuó la reclamación. En este sentido, la póliza excluye la cobertura en este caso al no cumplirse con el límite temporal, lo que debe quedar claramente asentado ante el despacho para evitar contraveniencias sobre el alcance del seguro y asegurar el respeto de los términos acordados contractualmente.

**B. FALTA DE COBERTURA MATERIAL Y, POR CONSIGUIENTE, DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA LA PÓLIZA N° AA195705, FACTURA No. AA811422, POR CUANTO SE MATERIALIZARON LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE SEGURO.**

En este caso, la Póliza No. AA195705-AA811422 estuvo vigente desde el 27 de septiembre de 2021 hasta el 27 de septiembre de 2022. Si bien los hechos que generaron el presunto daño ocurrieron dentro del periodo de retroactividad del certificado, es decir, el 6 de octubre de 2020, y la reclamación se presentó con la solicitud de conciliación el 6 de junio de 2022, podría interpretarse de manera superficial que dicho certificado cuenta con cobertura temporal para hacerse efectiva en este caso.

No obstante, es importante señalar que en esta situación se configura expresamente la exclusión contenida en el literal B del condicionado general que indica:

**(B) LIMITAR O DENEGAR LA ATENCIÓN MÉDICA DEBIDO A LA FALTA, ESCASEZ, DISPONIBILIDAD LIMITADA, O POR SEGUIR LAS DIRECTRICES IMPUESTAS POR EL GOBIERNO; O LA IMPOSIBILIDAD DE CONSEGUIR, OBTENER O CONSERVAR CUALQUIER MEDICAMENTO, PERSONAL, EQUIPO O SUMINISTROS QUE REAL O SUPUESTAMENTE OCURRAN EN RELACIÓN CON O COMO RESULTADO DE CUALQUIER ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA O PANDEMIA; SIN EMBARGO, CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SURJA DE O CONCERNIENTE AL TRATAMIENTO MÉDICO PRESTADO O NO PRESTADO A UN PACIENTE BAJO EL CUIDADO DE UN ASEGURADO, ESTA SUBSECCIÓN (B) SE APLICARÁ ÚNICAMENTE CON RESPECTO A CUALQUIER PACIENTE QUE SE SOSPECHE QUE TIENE O HA SIDO DIAGNOSTICADO DE CUALQUIER ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA O CUALQUIER ENFERMEDAD**

Es importante resaltar que, para la fecha de los hechos el 6 de octubre del 2020, el país atravesaba una crisis sanitaria sin precedentes debido a la pandemia de COVID-19. La emergencia sanitaria provocó un colapso en el sistema de salud, generando una sobrecarga en la capacidad hospitalaria y en los servicios médicos. En este contexto, las instituciones de salud, incluidas aquellas aseguradas bajo la póliza en cuestión, enfrentaron limitaciones significativas en la disponibilidad de recursos, personal médico e infraestructura hospitalaria, lo que afectó su capacidad de respuesta ante la demanda de atención.

Adicionalmente, se tiene conocimiento de que, en una ocasión, una de las enfermeras se negó a atender a la paciente en mención debido al temor de contagiarse con COVID-19. Este tipo de acciones, aunque desafortunadas, se enmarcan dentro de la exclusión estipulada en la póliza, ya que evidencian que la negativa de atención no se debió a una omisión arbitraria o injustificada, sino a la falta de condiciones adecuadas para prestar la asistencia requerida en un contexto de crisis sanitaria. En consecuencia, al haberse configurado las causales de exclusión, no es posible hacer efectiva la cobertura reclamada.

Del mismo modo, es fundamental señalar que no existe evidencia suficiente que acredite de manera clara y contundente la existencia de un daño o una falla en la prestación del servicio de salud por parte del asegurado. Para que una reclamación de este tipo prospere, es necesario demostrar que hubo una omisión, negligencia o deficiencia en la atención brindada, lo cual no ha sido debidamente acreditado en

el presente caso. En ausencia de pruebas fehacientes que demuestren la responsabilidad del asegurado en los hechos alegados, no es posible hacer efectivas las pólizas en mención, ya que no se configura el supuesto necesario para activar la cobertura.

**C. NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO LA PÓLIZA N° c Y SUS ANEXOS.**

Debe señalarse que no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., en relación con la Póliza No. **AA195705 y sus anexos**, ya que no se ha configurado el riesgo asegurado ni se ha materializado el hecho dañoso contemplado en dicha póliza. Esto se debe a que los hechos en litigio corresponden a la solicitud de reconocimiento e indemnización de un perjuicio inmaterial inexistente, dado que la E.P.S. SANITAS S.A.S. no incurrió en ninguna acción u omisión que sustente una falla en la prestación del servicio médico, como lo alegan los demandantes.

Como se ha señalado, no se ha acreditado la existencia de un daño, y mucho menos su persistencia en el tiempo. Por el contrario, los hechos relatados por la parte demandante evidencian, en primer lugar, que la E.P.S. no tuvo injerencia alguna en la intervención médica realizada a la paciente y, en segundo lugar, que se limitó al cumplimiento de sus funciones administrativas dentro del marco legal correspondiente. En tal sentido, no se ha demostrado la existencia de una falla en la prestación del servicio que pueda ser atribuida a la entidad demandada como fuente de responsabilidad. La E.P.S. actuó conforme a los protocolos establecidos y dentro de las posibilidades que ofrecían los recursos disponibles al momento de los hechos. Por tanto, no se configuran los presupuestos necesarios para hacer efectivas las pólizas invocadas, ya que no se presenta un evento que active la cobertura asegurada en los términos del contrato de seguro.

En consonancia con lo anterior el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro:

**ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO.** Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”.

Así las cosas, no ha nacido la obligación condicional en cabeza de mi mandante, puesto que no se evidenció falla médica atribuible a la E.P.S. SANITAS S.A.S. La atención a la accionante fue realizada de manera oportuna y diligente. En consecuencia, no se configuró el riesgo asegurado, ya que no hubo falla en el servicio médico y en gracia de discusión pese a que se acredite la falla en el servicio dicho riesgo no fue trasladado a mi representada, por lo que dicho riesgo no estaría cubierto.

En conclusión, la prestación del servicio de salud por parte de la E.P.S. SANITAS S.A.S. fue conforme a los estándares médicos. Dado que no existe responsabilidad imputable a la E.P.S., no ha surgido la obligación condicional del asegurador, ya que el riesgo asegurado no se materializó por cuanto no se encuentra amparado. Por tanto, al no demostrarse una falla en el servicio médico y no haberse concretado ningún riesgo relacionado con los amparos de predios, labores y operaciones, no surge obligación alguna a cargo de mi representada.

**D. LÍMITE DE COBERTURA: IMPOSIBILIDAD DE EXCEDER EL VALOR ASEGURADO EN LA POLIZA No. AA195705 Y SUS ANEXOS.**

En el remoto e improbable evento en que el despacho considere que sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**, en virtud de las pólizas vinculadas. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

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

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

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

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

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la porción de riesgo asumido. Así las cosas, el límite de la responsabilidad de la aseguradora corresponde a la suma asegurada individual indicado en la carátula de la Póliza, así:

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$4,530,000,000.00	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		\$ .00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al honorable despacho tomar en consideración que, **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** no puede ser condenada por un mayor valor que el expresamente establecido en la póliza ante referida. En todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el juzgado en el remoto e improbable evento

<sup>17</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia 5952. Diciembre 14 de 2001.

de una condena en contra de mi representada.

**E. EN LA POLIZA No. AA195705 Y SUS ANEXOS SE PACTÓ UN DEDUCIBLE.**

Subsidiariamente a los argumentos previamente expuestos, y sin perjuicio de los fundamentos presentados a lo largo de este escrito, sin que ello constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el improbable caso de que el honorable despacho considere que la aseguradora tiene la obligación de realizar algún pago indemnizatorio, resulta esencial que se tengan en cuenta los deducibles pactados en el contrato de seguro correspondiente a la póliza No. AA195705 y sus anexos. Dicho deducible, previamente acordados, deberán aplicarse a cualquier monto indemnizatorio en caso de que se determine alguna responsabilidad en contra de mi representada.

Como se evidencia en la imagen adjunta, se estableció un deducible del 10%, con un mínimo de \$150.000.000. Estos valores deberán respetarse en caso de que, dentro del presente proceso, se determine que la póliza en cuestión cuenta con cobertura.

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$4,530,000,000.00	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		\$ .00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00

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

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

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

En el hipotético caso de que mi representada sea declarada responsable de pagar una indemnización a la parte actora en virtud del contrato de seguro, es de suma importancia que el honorable juzgador tenga en cuenta el deducible pactado en la póliza correspondiente. Como se establece en el contrato, para la Póliza No. **AA195705 y sus anexos**, el deducible es del diez por ciento (10%) del valor de la pérdida y un mínimo por \$150.000.000 de pesos, aplicable a los amparos de responsabilidad civil clínicas y hospitales. Por lo tanto, el importe de la indemnización deberá descontar dicha suma, conforme a las condiciones acordadas

<sup>18</sup> Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 016118318-001. Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual. Deducible. Noviembre 29 de 2016.

entre las partes y en este caso debe aplicarse el valor que resulte mayor. .

#### **F. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS.**

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

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

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

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

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes presentadas en el escrito de demanda, en particular las relacionadas con perjuicios morales, no son procedentes. Su reconocimiento por parte de la E.P.S. SANITAS S.A. implicaría una transgresión del principio indemnizatorio esencial en el contrato de seguro, el cual tiene como objetivo restaurar, pero no enriquecer a la parte demandante. En este caso, otorgar una indemnización por perjuicios morales sería indebido, ya que la E.P.S. no tuvo ninguna relación con los daños morales alegados por los demandantes, lo que resultaría en un enriquecimiento injusto de la parte demandante al recibir una compensación que no corresponde a un hecho imputable a la entidad asegurada.

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

En conclusión, no puede perderse de vista que los contratos de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiene a un carácter meramente indemnizatorio. Por todo lo anterior y teniendo en cuenta la indebida solicitud y tasación de perjuicios, se deberá declarar probada la presente

excepción y así evitar la contravención del carácter indemnizatorio del contrato de seguro y un correlativo un enriquecimiento sin justa causa en cabeza de la actora.

### **G. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE MI MANDANTE Y LOS DEMÁS DEMANDADOS INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD EN EL MARCO DEL CONTRATO DE SEGURO.**

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.

Es importante recabar sobre el particular por cuanto a que la obligación de mí representada la compañía LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. tiene su génesis en un contrato de seguro celebrado dentro de unos parámetros y límites propios de la autonomía de la voluntad privada y no de la existencia de responsabilidad civil extracontractual propia de la aseguradora, sino de la que se pudiere atribuir al asegurado conforme lo establecido por el artículo 2341 del Código Civil, por tanto se encuentra frente a dos responsabilidades diferentes a saber: en primer lugar la del asegurado por la responsabilidad civil extracontractual que se le llegará a atribuir, cuya fuente de obligación indemnizatoria emana de la ley propia. En segundo lugar, la de mí representada aseguradora cuyas obligaciones no emanan de la ley propiamente dicha, sino de la existencia de un contrato de seguro celebrado dentro de los parámetros dados por los artículos 1036 del Código de Comercio y S.S., encontrándose las obligaciones de mí representada debidamente delimitadas por las condiciones pactadas en el contrato de seguro celebrado, constituyéndose entonces las obligaciones del asegurado y de la aseguradora en obligaciones independientes y que no son solidarias.

La Corte Suprema de Justicia en Sala de Casación Civil y mediante ponencia del Dr. Ariel Salazar Ramírez en sentencia SC20950-2017 Radicación N° 05001-31-03-005-2008- 00497-01 ha indicado que:

“(…) Por último, **la compañía aseguradora no está llamada a responder de forma solidaria por la condena impuesta, sino atendiendo que «el deber de indemnizar se deriva de una relación contractual»**, que favoreció la acción directa por parte del demandante en los términos del artículo 1134 del C. de Co (…)” (Subrayas y negrilla fuera de texto)

Entendido lo anterior, es preciso indicar que la solidaridad de las obligaciones en Colombia solo se origina por pacto que expresamente la convenga entre los contrayentes, lo anterior según el art. 1568 del Código Civil Colombiano que reza:

“(…) **En general cuando se ha contraído por muchas personas o para con muchas la obligación de una cosa divisible, cada uno de los deudores, en el primer caso, es obligado solamente a su parte o cuota en la deuda**, y cada uno de los acreedores, en el segundo, sólo tiene derecho para demandar su parte o cuota en el crédito.

Pero **en virtud de la convención**, del testamento o de la ley puede exigirse cada uno de los deudores o por cada uno de los acreedores el total de la deuda, y entonces la obligación es solidaria o in solidum.

**La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que no la establece la ley.**  
(…)

En virtud de tal independencia en las obligaciones, se formula esta excepción por cuanto el artículo 1044

del Código de Comercio faculta a la aseguradora proponer al tercero beneficiario las excepciones y exclusiones que pudiere interponerle al asegurado o tomador del contrato de seguro, motivo por el cual puede alegar mi representada la ausencia de cobertura ante la falta de prueba de la ocurrencia y cuantía del siniestro y las exclusiones y demás condiciones que resultaren atribuibles al presente evento.

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.

#### **H. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO**

Sin que con el planteamiento de esta excepción se esté aceptando responsabilidad alguna por parte de mi representada, es pertinente manifestar que, conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado de una póliza se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la Aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismo hechos, dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que, si para la fecha de la sentencia y ante una condena, se ha agotado totalmente el valor asegurado, no habrá lugar a obligación indemnizatoria por parte de mi prohijada.

#### **I. PAGO POR REEMBOLSO**

Sin que el planteamiento de esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, se solicita al honorable juez que, en el remotísimo caso de encontrar responsable al asegurado y de llegar a establecer que ha surgido alguna obligación resarcitoria en cabeza de la aseguradora, respetuosamente se manifiesta que la obligación de mi representada deberá imponerse por reembolso y no por pago directo a los demandantes, ya que es el asegurado quien debe decidir si afecta o no el seguro, quedándole la opción de realizar el pago directo de la hipotética condena.

#### **J. GENÉRICA O INNOMINADA**

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

### **CAPITULO IV MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

#### **1. DOCUMENTALES:**

- Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. **AA195705** y sus anexos junto con su condicionado particular y general.

## 2. INTERROGATORIO DE PARTE:

- Comedidamente solicito que se cite a la totalidad de los ciudadanos, en su calidad de demandantes, para que absuelvan el interrogatorio que se les formulará respecto 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.

## 3. TESTIMONIALES

- Se solicita que sea recibido el testimonio de la doctora Claudia Patricia González Valencia, médica auditora de la EPS Sanitas S.A.S., quien tuvo a su cargo la auditoría del caso de la señora Giovana Inés Motta Sánchez (q.e.p.d.). La doctora González podrá ser contactada a través del correo electrónico [claudipgonzalez@epssanitas.com](mailto:claudipgonzalez@epssanitas.com) o por intermedio de E.P.S. Sanitas S.A. Su declaración tiene como finalidad que informe al Despacho sobre los hechos que le consten en relación con la atención médica brindada a la mencionada paciente.

## 4. CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL

- En relación con la prueba pericial, y con el fin de ejercer el derecho de contradicción conforme a lo previsto en el artículo 228 del Código General del Proceso, me permito solicitar respetuosamente al Despacho que cite al profesional Dr. Antonio José Gipsis Saavedra, con el fin de ser interrogado bajo juramento acerca de su idoneidad, imparcialidad y sobre el contenido del dictamen pericial suscrito por él.

## 5. OFICIADAS

- Se solicita que se requiera a EPS SANITAS S.A.S. y a la IPS COMFAMILIAR RISARALDA para que aporten, dentro del presente proceso, el contrato celebrado entre ambas entidades. Lo anterior, con el fin de verificar si en dicho instrumento se pactó una cláusula de indemnidad. Esto resulta relevante para establecer si existe una obligación contractual de la IPS de mantener indemne a EPS Sanitas S.A.S., o de reembolsarle las sumas que eventualmente esta deba pagar, evitando así un doble pago por la misma obligación.

Cordialmente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

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