

Señores

JUZGADO SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

E. S. D.

NATURALEZA:	DECLARATIVO VERBAL DE MAYOR CUANTÍA
PROCESO:	RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE:	BERTHA INÉS VIVAS AZCÁRATE Y OTROS
DEMANDADO:	SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. Y OTROS
LLAMADO EN GARANTÍA:	AXA COLPATRIA SEGUROS S.A
RADICADO:	2019-000249-00

ASUNTO: CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino y residente en la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en la ciudad de Bogotá D.C., abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado especial de **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.**, persona jurídica identificada con NIT 810.003.245-1, de conformidad con el poder debidamente conferido, procedo a contestar la demanda y el llamamiento en garantía dentro del proceso de Responsabilidad Civil promovido por la señora **BERTHA INÉS VIVAS AZCÁRATE** y otros, en contra de **SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S.** y otros, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio, se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, en los siguientes términos:

CAPÍTULO I

FRENTE A LA DEMANDA

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Frente al hecho “PRIMERO”: a mi representada no le consta que la señora **LIZ VANESA MENA VIVAS** (q.e.p.d.) estuviera afiliada en calidad de beneficiaria a **SALUD TOTAL E.P.S. S.A.**, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento, como quiera que entre la misma y mi procurada no medió relación.

Frente al hecho “SEGUNDO”: como este hecho contiene varias afirmaciones, me pronuncio frente a cada una de ellas, así:

- A mi representada no le consta en forma alguna que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) fue diagnosticada con una enfermedad llamada lupus, tampoco le consta en forma alguna el tiempo desde que fue diagnosticada, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento, como quiera que entre la misma y mi procurada no medió relación alguna más allá del presente trámite. Sin embargo, en la historia clínica aportada como medio de prueba, se observa lo siguiente:

Etiología y Patologías acompañantes			
Fecha	Código	Diagnóstico	Situación Actual
08/10/2014	I15.1	Hipertensión secundaria hipertension secundaria a otros trastornos renales	Activo
13/04/2012	M32.9	Lupus eritematoso sistémico lupus eritematoso sistémico, sin otra especificación	Activo

En dicho aparte de la historia clínica aportada se observa el diagnóstico y su fecha. Por otro lado, una vez investigado el diagnóstico, este arroja:

“LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria. En esta enfermedad, el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error el tejido sano. Este puede afectar la piel, las articulaciones, los riñones, el cerebro y otros órganos”¹. (Señalado propio).

Es de resaltar la imprecisión con la que se manifiesta este hecho, como quiera que no se indica la fecha del diagnóstico de la enfermedad llamada LUPUS a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.). El demandante simplemente hace un aproximado a la fecha en la que aparentemente se le diagnostica la enfermedad, sin profundizar en tal aspecto que resulta profundamente importante para el desarrollo del presente proceso, puesto que, al deprecarse la presunta comisión de una falla en la prestación del servicio médico, el fundamento fáctico que la motiva debe ser claramente detallado y apoyado en los elementos de convicción permitentes, so pena de considerar que se trata de afirmaciones subjetivas e injustificadas.

- A mi representada no le consta en forma alguna que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), producto de la enfermedad, padeciera una insuficiencia renal que la obligara a someterse a diálisis de forma diaria; sin embargo, en la historia clínica aportada como medio de prueba, se observa lo siguiente:

¹ Tomado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000435.htm>

Realizado por: Dr. Juan Guillermo Guevara García
Fecha: 05/07/2016 02:34:10 p.m. Impresión diagnóstica: N18 Insuficiencia renal crónica
Comentario: PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA - CONTROL MENSUAL JULIO 2016
Razón de la consulta: **PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL** TERMINAL DE ORIGEN EN NEFRITIS LUPICA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. RECIBE DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA CON MODALIDAD CICLICA CONTINUA CON 5 CICLOS CON INFUSION DE 1.8 LITROS Y ULTIMA INFUSION DE 600 CC. MONTAJE DE LA MAQUINA CON 2 BOLSAS DE 6 LITROS DE 4.25 % Y 3 VECES POR SEMANA 2.3% Y 4.25%, CON ESTO ULTRAFILTRA ALREDEDOR DE 1000 CC/DIA, SIN DIURESIS RESIDUAL.

- A mi representada no le consta en forma alguna que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), se hiciera los procedimientos de diálisis en su casa ni que recibía capacitación e insumos por parte de FRESenius MEDICAL CARE COLOMBIA S.A. sucursal Cali, tampoco le consta que se le haya instalado un catéter peritoneal con controles cada tres (3) meses, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento, como quiera que entre la misma y mi procurada no medió relación alguna más allá del presente trámite.

Por otro lado, valga la pena decir, que no se menciona en este hecho la forma en que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) se practicaba los procedimientos de diálisis, si seguía con estricta rigurosidad las instrucciones que supuestamente le eran dadas por FRESenius MEDICAL CARE COLOMBIA S.A. sucursal Cali, asimismo tampoco se hace alusión a si la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) utilizaba de forma correcta, adecuada y aséptica los insumos que supuestamente le eran suministrados por FRESenius MEDICAL CARE COLOMBIA S.A. sucursal Cali. Este aspecto es sumamente relevante porque concurren todas esas situaciones al momento de determinar el estado de salud que tuviera la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) y si sus cuidados personales estaban siendo debidamente adelantados.

Aunque en el expediente obre como medio de prueba una historia clínica expedida, al parecer, por FRESenius MEDICAL CARE COLOMBIA S.A., se le deberá otorgar su valor probatorio en su debido momento. Esta información es ajena al conocimiento que mi procurada pueda tener en su calidad de compañía aseguradora. Que se pruebe.

Frente al hecho “TERCERO”: como este hecho contiene varias afirmaciones, me pronuncio frente a cada una de ellas, así:

- A mi representada no le consta en forma alguna que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) tuviera historia clínica en FRESenius MEDICAL CARE COLOMBIA S.A., debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento, como quiera que entre la misma y mi procurada no medió

relación alguna más allá del presente trámite. Aunque en el expediente obre como medio de prueba una historia clínica expedida, al parecer, por FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A., se le deberá otorgar su valor probatorio en su debido momento. Que se pruebe.

- A mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Por otro lado, obsérvese que en la foliatura de la historia clínica que reposa en el expediente virtual se pasa del folio 1 al 3 al 5 al 7 al 9 al 11 al 13 al 15 al 17 al 19 al 21 y al 23, sin poder tener acceso a la totalidad de la historia clínica, razón por la cual no es posible verificar la información contenida en este documento ni lo afirmado en este hecho. Corresponde a la parte actora probar este hecho.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Ahora bien, nótese que, con relación al pronunciamiento al hecho SEGUNDO, la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) aparentemente fue diagnosticada con LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) desde el 13 de abril de 2012, enfermedad que comenzó a comprometer gran parte de sus órganos, incluyendo compromiso renal, según lo establece la historia clínica aportada:

Realizado por: Dr. Juan Guillermo Guevara Garcia
Fecha: 11/11/2014 12:48:32 p.m. Impresión diagnóstica:
Comentario: PACIENTE DE 26 AÑOS CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DESDE HACE 2 AÑOS. CON TRATAMIENTO INTERMITENTE DE INMUNOSUPRESIÓN, ACTUALMENTE COMPROMISO MÚLTIPLE (ARTICULAR, DERMATOLÓGICO, RENAL Y HEMATOLOGICO) QUE EN EL MES DE OCTUBRE (07) INGRESA A URGENCIAS POR DISNEA Y EDEMA, CON ELEVACIÓN DE AZÓADOS, QUE SE LOGRA MANEJAR URGENCIA CON PULSOS DE METILPREDNISOLONA, SIN EMBARGO REINGRESA LUEGO DE 1 SEMANA POR EL SERVICIO DE URGENCIAS CON CUADRO COMPATIBLE CON URGENCIA DIALÍTICA, ES INGRESADA A UCI, DONDE SE INICIA TRR TIPO HEMODIALISIS (31/10/14) BIEN TOLERADA, POR PERSISTENCIA DE CUADRO RENAL ES REMITIDA PARA CONTINUAR MANEJO INTERDIARIO POR UNIDAD DE HEMODIALISIS AMBULATORIA.

Obsérvese entonces que, producto de tan penosa enfermedad, se comenzaron a comprometer varios órganos de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), reiterando que el LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) "(...) es una enfermedad autoinmunitaria. En esta enfermedad, el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error el tejido sano. Este puede afectar la piel, las articulaciones, los riñones, el cerebro y otros órganos".

La anterior enfermedad consecuentemente le produjo un diagnóstico de ENFERMEDAD RENAL

TERMINAL, según lo establece la historia clínica aportada:

Realizado por: Dr. Juan Guillermo Guevara Garcia
Fecha: 18/12/2014 11:27:48 a.m. Impresión diagnóstica: N18 Insuficiencia renal crónica
Comentario: EVOLUCION DICIEMBRE 2014 DIALISIS PERITONEAL
Razón de la consulta: PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL DE ORIGEN REUMATOLÓGICO DEBIDO A QUE LA PACIENTE TIENE DIAGNOSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON NEFRITIS LÚPICA CON COMPROMISO SISTEMIVO (CLASE IV) E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. QUE PRESENTA SINTOMATOLOGÍA UREMICA DESDE EL MES DE OCTUBRE 2014. CON EVIDENCIA DE UREMIA ELEVADA. POR LO CUAL SE PRESENTA ALTO RIESGO DE RIESGO CARDIOVASCULAR.
SE INICIA PROCESO DE ENTRENAMIENTO, SUSPENDIENDO HEMODIALISIS, SE PRESCRIBE ESQUEMA ESTANDAR 1.5-2.3-1.5-2.3%
EL PACIENTE REFIERE BUEN APETITO, ACTIVO Y ALERTA, CON ALTERACION EN EL CICLO SUEÑO VIGILIA.
AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, TA 100/60 MMHG, FC 72 X MIN, FR 18 X MIN.
CARDIOPULMONAR SIN HALLAZGOS ANORMALES
ABDOMEN BLANDO, ORIFICIO DE SALIDA SANO.
CON EDEMA MIEMBROS INFERIORES HASTA LINEA PRETIBIAL PROXIMAL. CON LESIONES CUTANEAS PLANAS HIPOPIGMENTADAS NO DESCAMATIVAS
MEDICION DE COMPOSICION CORPORAL MUESTRA: PESO AL LLEGAR 64.2KG CON BCM 61.8KG. SOBREHIDRATACION + 2.4LTS.

Una vez investigado el concepto de enfermedad renal en etapa terminal, sus consecuencias y padecimientos, se arroja:

“ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL

Descripción general

La enfermedad renal en etapa terminal, también conocida como insuficiencia renal en etapa terminal, se produce cuando la enfermedad renal crónica (es decir, la pérdida gradual de la función renal) alcanza un estado avanzado. En la enfermedad renal en etapa terminal, los riñones ya no trabajan al nivel que demanda el cuerpo.

Los riñones filtran los desechos y el exceso de líquidos que hay en la sangre, los cuales se excretan en la orina. Cuando los riñones pierden la capacidad para filtrar, pueden acumularse niveles nocivos de líquido, electrolitos y desechos en el cuerpo.

En la enfermedad renal en etapa terminal, [se] necesita diálisis o un trasplante de riñón para mantener[se] con vida. Sin embargo, también [se] puede optar por cuidados médicos conservadores para controlar los síntomas con el objeto de lograr la mejor calidad de vida durante el tiempo que resta vivir². (Negrilla y subrayado nuestro).

Se concluye entonces que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) fue diagnosticada con LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES), penosa enfermedad que, con el paso del tiempo, le produjo una

² <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/end-stage-renal-disease/symptoms-causes/syc-20354532>

ENFERMEDAD RENAL TERMINAL, lo que la obligaba a someterse a procedimientos de diálisis para mantenerse con vida.

Por otro lado, antes de la anotación que refiere la apoderada de la parte demandante en este hecho, esto es, 21 de diciembre de 2015, la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) de manera mensual tenía citas de control médico producto de su enfermedad, para revisar su estado de salud, hacer un control a los medicamentos que se le suministraban y revisar el catéter que tenía por las diálisis que se debía realizar. El 6 de marzo de 2015 se observa la siguiente anotación:

Realizado por: Dr. Juan Guillermo Guevara Garcia

Fecha: 06/03/2015 11:58:29 a.m. **Impresión diagnóstica:** N18 Insuficiencia renal crónica

Comentario: EVOLUCION MARZO 2015 DIALISIS PERITONEAL

Razón de la consulta: PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL DE ORIGEN EN NEFRITIS LÚPICA CON CLASE IV E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. RECIBE DIALISIS PERITONEAL MANUAL CON ESQUEMA 1.5-2.3-1.5-2.3% CON INFUSION DE 2 LITROS. CON ESTO ULTRAFILTRA ALREDEDOR DE 1500 CC. DICE QUE TIENE DIURESIS RESIDUAL MENOR A 1 LITRO EN EL DIA. CON REFERENCIA DE NAUSEAS Y VOMITOS PERSISTENTES. SE ORDENA ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS PARA DETERMINAR CAUSA. EL PACIENTE REFIERE BUEN APETITO, ACTIVO Y ALERTA, CON ALTERACION EN EL CICLO SUEÑO VIGILIA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES. TA 180/110 MMHG, FC 72 X MIN, FR 18 X MIN. SE EVIDENCIA HIPERTENSIÓN SECUNDARIA A CUADRO DE SOBRESHIDRATACIÓN. CARDIOPULMONAR SIN HALLAZGOS ANORMALES. ABDOMEN BLANDO, ORIFICIO DE SALIDA SANO. PERO SE OBSERVA MASA PERIUMBILICAL RENITENTE QUE OBEDECE A FUGA DE LIQUIDO DE DIALISIS A TEJIDOS BLANDOS PERIUMBILICALES, NO SE PALPA ORIFICIO HERNIARIO. CON EDEMA MIEMBROS INFERIORES HASTA LINEA PRETIBIAL PROXIMAL. CON LESIONES CUTÁNEAS PLANAS HIPOPIGMENTADAS NO DESCAMATIVAS. MEDICION DE COMPOSICION CORPORAL MUESTRA: PESO AL LLEGAR 65.4KG CON BCM 60.8KG. SOBRESHIDRATACIÓN + 4.6LTS. REFIERE QUE EN EL DIA DE ANTEAYER ACUDE A LA REALIZACIÓN DE QUIMIOTERAPIA EV, DONDE SUMINISTRAN +/- 2.5LT. ACTUALMENTE CON NAUSEAS Y VOMITOS PERSISTENTES. PERSISTENTE SECUNDARIO A ESTO.

Plan de manejo:

1. METOCLOPRAMIDA AMP 10MG/2ML EV DOSIS UNICA, PARA DISMINUIR NAUSEAS, CON RECOMENDACIÓN PARA MEDICO TRATANTE EN UNIDAD DE ONCOLOGIA, PARA LA ADMINISTRACION DE ONDANSETRON.
2. POR AHORA SE DEJA ESQUEMA DE DIALISIS PERITONEAL MANUAL IGUALS ASI CAMBIOS 1.5 - 2.3 - 1.5 - 2.3%, INFUSION DE 2 LITROS; CON RECOMENDACIÓN QUE EL DIA DE APLICACIÓN DEL MEDICAMENTO (CICLOFAMIDA) SE REALICE PESAJE PREVIO Y POSTERIOR A LA APLICACIÓN, PARA COMPARAR GANANCIA HIDRICA.
3. ERITROPOYETINA 1200UI SEMANALES
4. SE CONTINUA IGUAL ESQUEMA ANTIHIPERTENSIVO
5. CONTROL CON LA INGESTA DE ALIMENTOS CON CONTENIDO DE FOSFORO
6. RESTO DE MANEJO MEDICO INSTAURADO IGUAL

Ahora bien, se observa en la historia clínica aportada, el 6 de noviembre de 2015 se observa lo siguiente:

Fecha: 06/11/2015 11:00:38 a.m. **Impresión diagnóstica:** N18 Insuficiencia renal crónica

Comentario: EVOLUCION MENSUAL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA - NOVIEMBRE 2015

Razón de la consulta: PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL DE ORIGEN EN NEFRITIS LÚPICA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. RECIBE DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA CON MODALIDAD CICLICA CONTINUA CON 5 CICLOS CON INFUSION DE 1.8 LITROS Y ULTIMA INFUSION DE 600 CC. MONTAJE DE LA MAQUINA CON 2 BOLSAS DE 6 LITROS DE 2.3% Y 3 VECES POR SEMANA 2.3% Y 4.25%, CON ESTO ULTRAFILTRA ALREDEDOR DE 800 A 900 CC/DIA. DICE QUE NO HA VUELTO A TENER DIURESIS RESIDUAL Y LO POQUITO QUE ORINA LE PRODUCE TENESMO VESICAL. **YA FUE VISTA POR GINECOLOGIA Y LE TOMARON CITOLOGIA CERVICOVAGINAL QUE MOSTRO UNA NEOPLASIA INTAEPITELIAL Y PRESENCIA DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO; DEFINIERON NECESIDAD DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL**.

Como se puede observar, la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) tenía múltiples comorbilidades que complicaban de manera directa su estado de salud. No sólo estaba comprometida su falla renal producto de LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES), sino que tenía más enfermedades que directamente incidieron en su lamentable deceso.

Frente al hecho “CUARTO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Por otro lado, obsérvese que en la foliatura de la historia clínica que reposa en el expediente virtual se pasa del folio 1 al 3 al 5 al 7 al 9 al 11 al 13 al 15 al 17 al 19 al 21 y al 23, sin poder tener acceso a la totalidad de la historia clínica, razón por la cual no es posible verificar la información contenida en este documento ni lo afirmado en este hecho. Corresponde a la parte actora probar este hecho.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Frente al hecho “QUINTO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Por otro lado, obsérvese que en la foliatura de la historia clínica que reposa en el expediente virtual se pasa del folio 1 al 3 al 5 al 7 al 9 al 11 al 13 al 15 al 17 al 19 al 21 y al 23, sin poder tener acceso a la totalidad de la historia clínica, razón por la cual no es posible verificar la información contenida en este documento ni lo afirmado en este hecho. Corresponde a la parte actora probar este hecho.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Frente al hecho “SEXTO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Por otro lado, obsérvese que en la foliatura de la historia clínica que reposa en el expediente virtual se pasa del folio 1 al 3 al 5 al 7 al 9 al 11 al 13 al 15 al 17 al 19 al 21 y al 23, sin poder tener acceso a la totalidad de la historia clínica, razón por la cual no es posible verificar la información contenida en este documento ni lo afirmado en este hecho. Corresponde a la parte actora probar este hecho.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Frente al hecho “SÉPTIMO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, observando la historia clínica aportada en la contestación de la demanda efectuada por la SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S., se observa que hubo una atención médica desde el 7 de julio de 2016, no antes, como lo afirma la apoderada del extremo activo.

En cuanto al periodo comprendido entre el 1 y 6 de julio de 2016, no hay prueba que repose en el expediente que confirme asistencia a urgencias, pues la historia clínica aportada por la SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. registra atención médica desde el 7 de julio de 2016, no del 1 y 6 de julio de 2016. Es por esa razón que lo manifestado por la apoderada de la parte demandante sobre “fiebres altísimas” son simples apreciaciones subjetivas, que en todo caso no están probadas.

Ahora bien, en la historia clínica sí se reporta que los médicos que trataron a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) observaron que tenía un catéter, en contravía de lo que afirma la apoderada del otro extremo procesal:

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:HCNOTAING

Fecha Historia:07/07/2016 09:42 a.m.

Lugar y Fecha:CALI,VALLE 07/07/2016 09:42 a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 1130681671 LIZ VANESSA MENA VIVAS

No Historia: 1130681671

Atención: Urgencias

Datos Generales

Fecha Nacimiento F: 04/11/1988

Nivel Triage: TRIAGE 02

Hora: 09:37

Telefono: 3706641 3167642013

Direccion: DG 71 26 L 50 // RICARDO BALCAZAR

Datos de la Consulta

Motivo de la Consulta: DIARREA

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE IRC, LUPUS, HTA, QUE INICIA POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CONSISTENTE EN DEPOSICIONES DIARREICAS, DOLOR ABDOMINAL, CALOFRIOS, VÓMITOS

REINGRESA POR:: NO ES REINGRESO

consultas previas por la misma causa:

Antecedentes

Patológicos: IRC, LUPUS, HTA, PERITONITIS SEGUNDARIA ACATETER EN TTO POR NEFROLOGIA CON VANCOMICINA

Alérgicos: NIEGA

Historia: 1130681671

Nombre: LIZ VANESSA MENA VIVAS

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Barrio F: SIN ESPECIFICAR

Natural de: VALLE

Remitido de: 0

Medicamentos: -NIEGA

Frente al hecho “OCTAVO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación

médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Según se observa en la historia clínica, la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) no ingresa por dolor abdominal a la altura del catéter peritoneal con náuseas, sino por:

Paciente: CC 1130681671 LIZ VANESA MENA VIVAS

Fecha Impresión: 07/09/2020 15:47 Página N°: 61

Nombre de la Plantilla

NOTA DE ENFERMERIA AMBULATORIA:

Datos Generales

Fecha: 07/07/2016

Historia: 1130681671

Edad: 27 Años

Datos de la Consulta

Procedimientos Realizados: INYECTOLOGIA PARACLINICOS

Plan de Manejo: P/ REVALORAR

Nota de Enfermería: PCTE QUE INGRESA A URGENCIAS EPS, ES VALORADO POR EL MEDICO QUIEN ORDENA TOMA DE PARACLINICOS, E INYECTOLOGIA, SE LE PREGUNTA SI ES ALERGICA Y RESPONDE QUE NO, SE LE EXPLICA PROCEDIMIENTO, DA SU CONSENTIMIENTO, SE LE REALIZA SIN COMPLICACION, A LA ESPERA DE SER REVALORADO.

Hora: 10:42

Nombre: LIZ VANESA MENA VIVAS

Sexo: Femenino

Medicamentos Suministrados: HIOSINA 1 AMP EV

Frente al hecho “NOVENO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “DÉCIMO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA

VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “ONCE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “DOCE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “TRECE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CATORCE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “QUINCE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “DIECISÉIS”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso,

corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “DIECISIETE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “DIECIOCHO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, una vez revisada la historia clínica no se encontró registro de esta anotación de acuerdo a lo que menciona la apoderada, ni en la fecha, ni en la hora, por lo tanto, existe una ausencia documental que dé registro a lo aseverado en este hecho.

Frente al hecho “DIECINUEVE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, una vez revisada la historia clínica no se encontró registro de esta anotación de acuerdo a lo que menciona la apoderada, ni en la fecha, ni en la hora, por lo tanto, existe una ausencia documental que dé registro a lo aseverado en este hecho.

Frente al hecho “VEINTE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación

médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, una vez revisada la historia clínica no se encontró registro de esta anotación de acuerdo a lo que menciona la apoderada, ni en la fecha, ni en la hora, por lo tanto, existe una ausencia documental que dé registro a lo aseverado en este hecho.

Este hecho hace alusión a la misma anotación que fue narrada en el hecho DIECISIETE, está repetido.

Frente al hecho “VEINTIUNO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Observada la historia clínica, se puede ver:

HISTORIA CLINICA	
Código Plantilla:001	
Fecha Historia:22/07/2016 11:59 a.m.	
Lugar y Fecha:CALI,VALLE 22/07/2016 11:59 a.m.	
Documento y Nombre del Paciente: CC 1130681671 LIZ VANESSA MENA VIVAS	
No Historia: 1130681671	
Registro de Admisión No: 192411	
Datos Generales	
Fecha: 22/07/2016	Nombre: LIZ VANESSA MENA VIVAS
Historia: 1130681671	Edad: 27 Años
Hora: 11:54	Sexo: Femenino
Telefono: 3706641 3167642013	
Estado de Conciencia	
Estado de Conciencia: Alerta	
Estado General	
SUBJETIVO: NOTA DE ENFERMERIA	
OBJETIVO: ENTREGO PCTE QUE DURANTE LA TARDE PASA EN BUENAS CONDICIONES CLINICAS, PCTE QUE A SU EXAMEN FISICO SE OBSERVA SIN DISNEA NI EMESIS, RECIBE Y TOLERA VIA ORAL, PCTE CON CATETER MAHURKA SUBCLAVIO DERECHO, PCTE CON DOS ACCESOS VENOSO EN AMBOS MIEMBROS SUPERIORES, SE LE ADMINISTRA TTO FARMACOLOGICO ORDENADO SE CUMPLEN ORDENES MEDICAS, SIN SIGNOS DE FLEBITIS, ABDOMEN DEPRESIBLE A LA PALPACION, PCTE CON HERNIA UMBILICAL Y ALREDEDOR CUBIERTO CON GASAS POR RETIRO DE CATETER PERITONEAL, PCTE QUE EL DIA DE HOY SE LE TIENE QUE REALIZA DIALISIS YA QUE LE HICIERON TOMA DE TAC CONTRASTADO, DEAMBULA POR SUS PROPIOS MEDIOS, SE LE TOMAN SIGNOS VITALES, QUEDA EN CAMA CON BARANDAS ELEVADAS POR SU SEGURIDAD, MANILLAS Y STIKERS.	
OBSERVACION: PCTE QUE REFIERE SALIDA DE LIQUIDO POR LA VAGINA SE INFORMA A MEDICO MAYRA DE TURNO, YA QUE TIENE HISTERECTOMIA RECIENTE, REFIERE DOLOR ABDOMINAL INTENSO SE LE ADMINISTRA MORFINA, SE LE ADMINISTRA TRAMADOL, PCTE QUE NO SE DEJA ADMINISTRAR DICLOFENACO, SE INFORMA A MEDICO DE TURNO.	
PCTE QUE PRESENTA FIEBRE DE 38.2 SE LE ADMINISTRA ACETAMINOFEN 1 GR PCTE QUE SOLO SE TOMA 1 SOLA TABLETA.	
ANALISIS: PERITONITIS POR CATETER - RETIRO DE CATETER PERITONEAL 14/07. CULTIVO PTA CATETER (+) CANDIDA ALBICANS . ANT LES - NEFROPATIA LUPICA - CATETER MAHURKA SUBCLAVIO DERECHO - DIALISIS M-J-S. ATB FLUCONAZOL FI: 17/07 2SS.	
PLAN: PDTE/ VALORACION POR INFECTOLOGIA - VALORACION POR GINECOLOGIA	

Una vez consultada esta patología, se observa:

“CANDIDA ALBICANS

Candida albicans es un hongo dimórfico perteneciente al Phylum Ascomycota, que presenta pseudohifas, hifas y blastoconidios subesféricos (3-8 x 2-7 µm). Asociada a animales de sangre

*caliente, este saprobio coloniza la vagina y los tractos digestivo y respiratorio humanos. Puede infectar la piel, uñas y membranas mucosas, pero la presentación diseminada que se desarrolla en pacientes inmunodeprimidos es la complicación más seria de la enfermedad*³. (Resaltado intencional).

De lo anterior valga la pena resaltar dos aspectos: el primero tiene que ver con que es un hongo, no una bacteria como lo afirma la apoderada de la parte demandante, el segundo tiene que ver con la anotación final, es muy relevante al afirmar que se presenta en pacientes inmunodeprimidos y es la complicación más seria de la enfermedad.

Frente al hecho “VEINTIDÓS”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “VEINTITRÉS”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA

³ <https://www.vircell.com/enfermedad/27-candida-albicans/>

VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “VEINTICUATRO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “VEINTICINCO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, una vez revisada la historia clínica no se encontró registro de esta anotación de acuerdo a lo que menciona la apoderada, ni en la fecha, ni en la hora, por lo tanto, existe una ausencia documental que dé registro a lo aseverado en este hecho.

Frente al hecho “VEINTISÉIS”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “VEINTISIETE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “VEINTIOCHO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, una vez revisada la historia clínica no se encontró registro de esta anotación de acuerdo a lo que menciona la apoderada, ni en la fecha, ni en la hora, por lo tanto, existe una ausencia documental que dé registro a lo aseverado en este hecho.

Frente al hecho “VEINTINUEVE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “TREINTA”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su

conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “TREINTA Y UNO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “TREINTA Y DOS”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “TREINTA Y TRES”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “TREINTA Y CUATRO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe. Se precisa que la persona que suscribe la anotación es Lina Marcela Guzmán Cachón, no Escobar Chacón.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “TREINTA Y CINCO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, una vez revisada la historia clínica no se encontró registro de esta anotación de acuerdo a lo que menciona la apoderada, ni en la fecha, ni en la hora, por lo tanto, existe una ausencia documental que dé registro a lo aseverado en este hecho. Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

Frente al hecho “TREINTA Y SEIS”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada

anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “TREINTA Y SIETE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “TREINTA Y OCHO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “TREINTA Y NUEVE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CUARENTA”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CUARENTA Y UNO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica

desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CUARENTA Y DOS”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CUARENTA Y TRES”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CUARENTA Y CUATRO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CUARENTA Y CINCO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CUARENTA Y SEIS”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CUARENTA Y SIETE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento

escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CUARENTA Y OCHO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CUARENTA Y NUEVE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CINCUENTA”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CINCUENTA Y UNO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Sin embargo, no se hace una transcripción completa de lo que realmente detallaba la historia clínica de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), como se puede observar:

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:001
Fecha Historia:15/08/2016 09:08 p.m.
Lugar y Fecha:CALI,VALLE 15/08/2016 09:08 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1130681671 LIZ VANESSA MENA VIVAS
No Historia: 1130681671
Registro de Admision No: 192411

Datos Generales

Fecha: 15/08/2016
Historia: 1130681671
Hora: 21:05
Telefono: 3706641 3167642013

Nombre: LIZ VANESSA MENA VIVAS
Edad: 27 Años
Sexo: Femenino

Estado de Conciencia

Estado de Conciencia: Alerta

Estado General

SUBJETIVO: NOTA DE RECIBO

OBJETIVO: DX TOMAOD DE: L. ABD+CIERRE ABD 12/08. ANT PERITONITIS ASOCIADA A CATETER DE CAPD, LES ACTIVO, NEFROPATIA LUPICA, HEMATOQUECSIA.

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL E/E, SD ANEMICO, DIALISIS (M-J-S), ATB MEROP. CURACION DIARIA. 15/08EVDA: BULBODUODENITIS .

ANALISIS: RECIBO PTE EN HAB EN CAMA HOSPITALARIA CONCIENTE Y ORIENTADA EN TLP, PTE QUE SE OBSERVA CON ACOMPAÑANTE, CON PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSAS HUMEDAS SIN SOPORTE DE O2 SIN SINGOS DE DISNEA, PTE CON CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO. SE OBSERVA CON CATETER MAHURKA EN SUBCLAVIA DERECHA CUBIERTO LIMPIO Y SECO , SE OBSERVA ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION HERIDA CUBIERTA CUBIERTA

Paciente: CC 1130681671 LIZ VANESSA MENA VIVAS

Fecha Impresion: 07/09/2020 15:52 Página N°: 171

CON GASA Y MICROPORE , PTE CON ACCESO VENOSO EN MSD PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITS, PACIETE CON UNA ESCALA DE BRADEN MENOR DE 12 PARA UN ALTO RIESGO DE UPP , PTE CON MANILLAS INSTITUCIONALES , SE MOVILIZA DE FORMA ASISTIDA BARANDAS DE LA CAMA ELEVADAS, SE REFUERZA USO DEL TIMBRE.
PLAN: P/ REPROG COLONO?. SE TRANSF 2 UN GR 14/08(HB 8.5)

Se observa una transcripción parcial de la apoderada de la parte demandante.

Frente al hecho “CINCUENTA Y DOS”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, una vez revisada la historia clínica no se encontró registro de esta anotación de acuerdo a lo que menciona la apoderada, ni en la fecha, ni en la hora, por lo tanto, existe una ausencia documental que dé registro a lo aseverado en este hecho. Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

Frente al hecho “CINCUENTA Y TRES”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA

VIVAS (q.e.p.d.).

Sin embargo, no se hace una transcripción completa de lo que realmente detallaba la historia clínica de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), como se puede observar:

HISTORIA CLINICA	
Código Plantilla:001 Fecha Historia:16/08/2016 12:30 p.m. Lugar y Fecha:CALI,VALLE 16/08/2016 12:30 p.m. Documento y Nombre del Paciente: CC 1130681671 LIZ VANESSA MENA VIVAS No Historia: 1130681671 Registro de Admisión No: 192411	
Datos Generales Fecha: 16/08/2016 Historia: 1130681671 Hora: 12:26 Telefono: 3706641 3167642013	Nombre: LIZ VANESSA MENA VIVAS Edad: 27 Años Sexo: Femenino
Estado General SUBJETIVO: EN TREGO PTE EN COMPAÑIA DEL JEFE DIEGO OBJETIVO: EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SEGUN SU ESTADO DE SALUD CON VENA CANALIZADA EN MSD CON ANGIO #22 PARA PASO DE MEDICAMENTOS, CON CATETER MAJURCA PARA DIALISIS, CON ABDOMEN ABDOMEN CON HERIDA QX LIMPI Y SECA CON MICROPORE Y GASA, PTE CON PIEL INTEGRAL, ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA CON MANILLAS CORRESPONDIENTES, SE LE EDUCA PARA EL CAMBIO DE POSICION, HIDRATACION DE LA PIEL, PTE QUE DEABA POR SUS PROPIOS MEDIOS, (ASISTIDA), PTE QUE DURANTE LA MANNA RECIBE Y TOLERA SU TTO MEDICO, SE MOVILIZA POR LA AUNIDAD, PTE QUE EN EL MOMENTO DEL BAÑO SE OBSERVA SANGRADO VAGINAL SE INFORMA LA MEDICO DE TURNO, PTE SE ENTREGA CON HEMODIALISIS EN EL MOMENTO ANALISIS: DX L. ABD+CIERRE ABD 12/08. ANT PERITONITIS ASOCIADA A CATETER DE CAPD, LES ACTIVO, NEFROPATIA LUPICA, HEMATOQUECISIA. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL E/E, SD ANEMICO, DIALISIS (M-J-S). PLAN: CUIDADOS DE ENFERMERIA SEGUN GUIA INSTITUCIONAL, OTMA D SIGNOS VITALES, ATB MEROP. CURACION DIARIA. 15/08 EVDA: BULBODUODENITIS. P/ REPROG COLONOSCOPIA, GASTRO NO LA REALIZO POR RIESGO DE EVISCERACION. SE TRANSF 2 UN GR 14/08 (HB 8.5), AVISAR CAMBIOS	

Se observa una transcripción parcial de la apoderada de la parte demandante.

Frente al hecho “CINCUENTA Y CUATRO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CINCUENTA Y CINCO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto

completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CINCUENTA Y SEIS”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CINCUENTA Y SIETE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “CINCUENTA Y OCHO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Sin embargo, no se hace una transcripción completa de lo que realmente detallaba la historia clínica de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), como se puede observar:

HISTORIA CLINICA	
Código Plantilla:001 Fecha Historia:23/08/2016 01:48 p.m. Lugar y Fecha:CALI,VALLE 23/08/2016 01:48 p.m. Documento y Nombre del Paciente: CC 1130681671 LIZ VANESSA MENA VIVAS No Historia: 1130681671 Registro de Admisión No: 192411	
Datos Generales Fecha: 23/08/2016 Historia: 1130681671 Hora: 13:40 Telefono: 3706641 3167642013	Datos Generales Nombre: LIZ VANESSA MENA VIVAS Edad: 27 Años Sexo: Femenino
Estado General SUBJETIVO: NOTA DE RECIBO OBJETIVO: RECIBO PACIENTE EN CAMA CON GLASGOW DE 15/15 AMBAS PUPILAS EN 2, O2 POR POR CANULA NASAL A 3 LITROS, MONITORIA BASICA, CATETER DE MAHURKA EN YUGULAR DERECHA PARATERAPIA DIALITICA. ACCESO VENOSO PERIFERICO EN TERCIO MEDIO DEL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO DEL DIA 21 DE AGOSTO CON ANGIOCATETER NUMERO 22 PARA PASO DE PLAN DE LIQUIDOS ENDOVENOSOS. ANALISIS: PACIENTE QUE SE ENCUENTRA CON HERIDA ABDOMINAL EN DONDE SE OBSERVA PUNTOS CON DEHISCENCIA MAS SANGRADO ACTIVO. TAMBIEN SE OBSERVA SANGRADO VAGINAL. SE INFORMA A JEFE DE TURNO Y MEDICO. PACIENTE QUE MOVILIZA SUS CUATRO EXTREMIDADES CON DIFICULTAD. SE OBSERVA PIEL INTEGRAL. PACIENTE QUE SE ENCUENTRA ANURICA. EN EL MOMENTO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR. PENDIENTE NUEVO MANEJO SEGUN ORDENES MEDICAS DE LA TARDE. EN EL MOMENTO TRANQUILA PERO TAQUICARDICA. PLAN: CONTROL DE SIGNOS VITALES CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS HIDRATACION DE LA PIEL GLUCOMETRIA AVISAR CAMBIOS	

Frente al hecho “CINCUENTA Y NUEVE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “SESENTA”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “SESENTA Y UNO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, una vez revisada la historia clínica no se encontró registro de esta anotación de acuerdo a lo que menciona la apoderada, ni en la fecha, ni en la hora, por lo tanto, existe una ausencia documental que dé registro a lo aseverado en este hecho. Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

Frente al hecho “SESENTA Y DOS”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA

VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “SESENTA Y TRES”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, una vez revisada la historia clínica no se encontró registro de esta anotación de acuerdo a lo que menciona la apoderada, ni en la fecha, ni en la hora, por lo tanto, existe una ausencia documental que dé registro a lo aseverado en este hecho. Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

Frente al hecho “SESENTA Y CUATRO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Ahora bien, una vez revisada la historia clínica no se encontró registro de la anotación del 30 de agosto de 2016 a las 5: 01 a. m., de acuerdo a lo que menciona la apoderada, ni en la fecha, ni en la hora, por lo tanto, existe una ausencia documental que dé registro a lo aseverado en este hecho. Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

Frente al hecho “SESENTA Y CINCO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “SESENTA Y SEIS”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “SESENTA Y SIETE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “SESENTA Y OCHO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento

escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Ahora bien, una vez revisada la historia clínica no se encontró registro de la anotación del 4 de septiembre de 2016 a las 12:08 p. m. del señor Ginatar Fernando Cuervo de acuerdo a lo que menciona la apoderada, ni en la fecha, ni en la hora, por lo tanto, existe una ausencia documental que dé registro a lo aseverado en este hecho. Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

Frente al hecho “SESENTA Y NUEVE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “SETENTA”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA

VIVAS (q.e.p.d.).

Ahora bien, una vez revisada la historia clínica no se encontró registro de la anotación del 7 de septiembre de 2016 a las 7:03 p. m. de Liliana Romero Villegas de acuerdo a lo que menciona la apoderada, ni en la fecha, ni en la hora, por lo tanto, existe una ausencia documental que dé registro a lo aseverado en este hecho. Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

Frente al hecho “SETENTA Y UNO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “SETENTA Y DOS”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “SETENTA Y TRES”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Sin embargo, no se hace una transcripción completa de lo que realmente detallaba la historia clínica de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), como se puede observar:

HISTORIA CLINICA	
Código Plantilla: 001	
Fecha Historia: 10/09/2016 07:50 a.m.	
Lugar y Fecha: CALI, VALLE 10/09/2016 07:50 a.m.	
Documento y Nombre del Paciente: CC 1130681671 LIZ VANESSA MENA VIVAS	
No Historia: 1130681671	
Registro de Admisión No: 194753	
Datos Generales	
Fecha: 10/09/2016	Nombre: LIZ VANESSA MENA VIVAS
Historia: 1130681671	Edad: 27 Años
Hora: 07:49	Sexo: Femenino
Telefono: 3706641 3167642013	
Estado General	
SUBJETIVO: RECIBO DE TURNO	
OBJETIVO: PACIENTE EN CUBICULO 227 CON MONITORIA HEMODINAMICA, DONDE SE OBSERVA NORMOCARDICO, NORMOTENSO, SATURANDO DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, CON AISLAMIENTO POR CONTACTO, AFEBRIL.	
ANALISIS: PACIENTE DE 27 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE FARE LUPICO, CON GLASGOW 15/15 AL REALIZAR EL EXAMEN FISICO SE OBSERVA NORMOCEFALICA CON SOPORTE DE OXIGENO POR CANULA NASAL, SNG, CUELLO MOVIL, CVC EN SUBCLAVIA DERECHA PARA PASO DE MEDICAMENTOS ORDENADOS POR PERSONAL MEDICO, CATTERTER MAHURKA PARA HEMODIALISIS, TORAX SIMETRICO Y EXPANDIBLE CON MONITORIA CARDIACA, ABDOMEN BLANDO CON HERIDA QUIRURGICA, LINEA ARTERIAL FEMORAL, UPP SACRA GRADO 2, SE OBSERVA HIPOPERFUSION CON TEJIDO NECROTICO EN MSD Y MSI.	
PLAN: TODOS LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA: ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, HIGIENE Y CONFORT, CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS, MONITORIA HEMODINAMICA, CONTROL DE GLICEMIA ENTRE OTROS MAS.	

Frente al hecho “SETENTA Y CUATRO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “SETENTA Y CINCO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “SETENTA Y SEIS”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “SETENTA Y SIETE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA

VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “SETENTA Y OCHO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “SETENTA Y NUEVE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

En este punto es importante remitirnos a la contestación de la demanda que efectúa SOCIEDAD N.S.D.R S.A.S. para indicar que abdomen cerrado se presenta cuando el abdomen se somete a múltiples intervenciones quirúrgicas, como en el presente caso, o cuando existen antecedentes de peritonitis o fuga anastomótica y refiere a la pérdida de espacios naturales libres entre los órganos intraabdominales y las estructuras compartimentales, causada por un síndrome adherencial grave con tejido fibroso y cicatricial. Entre más intervenciones quirúrgicas se realizan, mas posibilidad hay de que se produzca. En el caso de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.). era casi inevitable.

Frente al hecho “OCHENTA”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “OCHENTA Y UNO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “OCHENTA Y DOS”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA

VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “OCHENTA Y TRES”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “OCHENTA Y CUATRO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Ahora bien, una vez revisada la historia clínica no se encontró registro de la anotación del 7 de septiembre de 2016 a las 7:03 p. m. de Liliana Romero Villegas de acuerdo a lo que menciona la apoderada, ni en la fecha, ni en la hora, por lo tanto, existe una ausencia documental que dé registro a lo aseverado en este hecho. Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

Frente al hecho “OCHENTA Y CINCO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “OCHENTA Y SEIS”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, una vez revisada la historia clínica no se encontró registro de esta anotación de acuerdo a lo que menciona la apoderada, ni en la fecha, ni en la hora, por lo tanto, existe una ausencia documental que dé registro a lo aseverado en este hecho. Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

Frente al hecho “OCHENTA Y SIETE”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

Frente al hecho “OCHENTA Y OCHO”: a mi representada no le consta en forma alguna la mencionada anotación médica ni el profesional médico que la suscribió, debido a que es un asunto completamente ajeno a su conocimiento. Que se pruebe.

Ahora bien, en este hecho se transcribe textualmente lo que supuestamente establece otro documento

escrito, por tal razón su valor probatorio será objeto de estudio y análisis dentro del presente proceso, corresponde a la parte activa probar lo manifestado en este hecho.

Por otro lado, como lo narra la apoderada en el presente hecho, no se cuestiona la actividad médica desarrollada por el médico tratante respecto a la atención brindada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.).

En este punto es importante remitirnos a la contestación de la demanda que efectúa SOCIEDAD N.S.D.R S.A.S. para indicar que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) se encontraba en condición crítica requiriendo uso de vasoactivos, con necesidad de ventilación mecánica, con respuesta inflamatoria sistémica en aumento (lo que implica que, pese a todo el manejo dado, la infección sigue activa y los procesos inflamatorios dependientes de sus condiciones de origen autoinmune también); comienza de nuevo a mostrar compromiso hematológico, con disminución de recuento de plaquetas. Con todo, evoluciona hacia disfunción orgánica múltiple, estado de choque refractario (que no es por sangrado y no responde a reanimación con líquidos ni a mediación vasoactiva, de muy probable origen séptico) y muestra signos de muerte encefálica. Finalmente, fallece el día 24 de septiembre de 2016 a las 10:40 a. m. dada su condición crítica y pronóstico vital nulo, no se practican maniobras de reanimación.

Frente al hecho “OCHENTA Y NUEVE”: no se trata de un hecho, sino de una apreciación meramente subjetiva que hace la apoderada del extremo procesal activo. Además, se debe resaltar que la apoderada no aporta un documento que certifique que haya cursado estudios en medicina o ciencias de la salud, por lo que sus apreciaciones no son convalidadas por su experiencia profesional.

Por otro lado, en el recuento de los hechos de la presente acción judicial, sólo se observa una transcripción de la historia clínica de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), que data toda la evolución de su estado de salud hasta su fatal muerte. Sin embargo, como se adujo al principio del presente escrito, su estado de salud se vio afectado por una multiplicidad de comorbilidades y enfermedades que padecía previamente la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), no por ello es suficiente señalar a los demandados como responsables, ya sea por acción, omisión o negligencia, de la muerte de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), pues como se observa a lo largo del plenario, todas las actuaciones de los profesionales de la salud estuvieron encaminadas a salvaguardar la salud de la paciente, respetando y siguiendo los protocolos establecidos para su caso particular, que, por no decir menos, era bastante complicado.

Ahora bien, en el presente proceso se pretende analizar y estudiar las circunstancias que llevaron al deceso de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) y si hay algún tipo de responsabilidad en ello en cabeza de los demandados, por esa razón, me atengo a lo que resulte debidamente probado en el proceso en cabeza de la parte demandante.

Frente al hecho “NOVENTA”: a mi representada no le consta la composición del núcleo familiar de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), como quiera que entre la misma y mi procurada no medió relación alguna más allá del presente trámite.

Ahora bien, dentro de los anexos de la demanda principal obran una serie de registros civiles de nacimiento que de ninguna manera prueban los vínculos, lazos, o cercanía entre dichas personas. Corresponde a la parte demandante la probanza de su dicho.

Frente al hecho “NOVENTA Y UNO”: a mi representada no le consta la celebración de audiencia extrajudicial, ni la fecha, ni los asistentes, ni el lugar de celebración, toda vez que no tuvo ninguno tipo de presencia allí.

Por otro lado, dentro de los documentos aportados en la demanda, se observa un documento denominado CONSTANCIA NO ACUERDO emitido por el CENTRO DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI.

Frente al hecho “NOVENTA Y DOS”: no es un hecho, es la enunciación de los demandantes dentro del presente proceso, no se relaciona más información dentro de este hecho que su nombre.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a la prosperidad de las pretensiones declarativas y de condena solicitadas por la parte actora en su escrito de demanda, puesto que las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad, como quiera que los demandantes pretenden el pago de una indemnización sin que una obligación de esa índole hubiere nacido en cabeza de los demandados, entre otras razones, por la inexistencia de la responsabilidad civil a la que se alude. Por otro lado, me opongo al reconocimiento de los perjuicios materiales y morales pretendidos por los demandantes.

Dicho lo anterior, manifiesto respetuosamente al Despacho que, si bien estas pretensiones no están

dirigidas directamente en contra de mi representada, me opongo rotundamente a su prosperidad. Así, en tanto que, en primer lugar, se trata de solicitudes basadas en un presupuesto fáctico carente de medios de prueba determinantes y suficientes, que no constatan la responsabilidad civil deprecada en contra de la pasiva de esta acción, y que por contera imposibilitan cualquier tipo de reconocimiento a favor de los actores.

En lo que atañe a la inexistencia de responsabilidad civil, debo recordar que, como ya se abordó en líneas precedentes, se tiene que en el caso que nos asiste el único medio de prueba aportado es la historia clínica, en la cual, contrario a lo que se asevera por el extremo demandante, se constata que SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. y FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A. siempre fueron diligentes en relación con la atención médica suministrada a la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.). Cada una de las decisiones que se tomaron por las demandadas obedecieron a las circunstancias específicas de la condición de la paciente y el lamentable resultado que acaeció posteriormente, no resulta atribuible a las demandadas.

Frente a la pretensión “DECLARACIONES”:

Frente a la pretensión “A.”: me opongo a la prosperidad de esta pretensión por carecer de fundamentos facticos y jurídicos. Debemos partir de que la fundamentación fáctica que se realiza en el escrito petitorio no es clara ni detallada frente a las fechas y horas en las que se habría suministrado la presunta atención; simplemente se relacionan actuaciones médicas sin que sea posible establecer un nexo de causalidad entre dichas actuaciones y el lamentable fallecimiento de la paciente; de hecho, ni siquiera se identifica una actuación específica en la que se centre la génesis del evento.

Se recuerda que, si bien a lo largo de los hechos de la demanda principal se transcribió casi que cronológicamente la historia clínica de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), no es posible identificar una acción indebida, una omisión o negligencia por parte de las demandadas. De hecho, como se puede observar a lo largo de la historia clínica de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), padecía de múltiples enfermedades y comorbilidades que concatenadamente ocasionaron el trágico final de la paciente. Obsérvese que, desde el hecho segundo de la demanda, se pone de presente que la paciente fue diagnosticada con LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES), penosa enfermedad que ataca el tejido sano de quien la padece, es decir, es una enfermedad autodegenerativa. Producto de esa enfermedad es diagnosticada con ENFERMEDAD RENAL TERMINAL que complicó severamente su salud y estilo de vida, a tal punto que para poder vivir debía someterse a diálisis diariamente.

La demanda está llena de aseveraciones sumamente anti técnicas, luego que no describen todas las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon los hechos, para efectos de exponer al Despacho la génesis de la presunta negligencia que aquí censura. Pues, como bien se expuso en la contestación de la demanda de SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. y a lo largo de lo observado en la historia clínica de la paciente, su deceso no se debió a una mala praxis por parte del personal médico que la atendió en todo momento, sino que se ocasionó por sus penosas y agresivas enfermedades, que debilitaron su cuerpo al punto que tuvo un compromiso total de sus órganos, consecuencia directa de la enfermedad LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES), que, como su nombre lo indica, ataca todo el sistema y sus órganos.

De otro lado, es de recordar que, tratándose del reproche de actuaciones médicas, es vital que el extremo actor no solamente identifique las conductas que censura, sino que acompañe a su dicho con las pruebas técnicas y médico –científicas que lo soporten, carga probatoria que no ha sido asumida por la activa de esta acción. Ello resulta importantísimo puesto que, tratándose de la ciencia médica, resultaría inadmisibles realizar un juicio de responsabilidad sin evidencias de dicha naturaleza; calificar la actuación médica que aquí se analiza de inadecuada, imperita o negligente sin elementos de convicción técnicos y con el mero dicho del accionante, trascendería en la censura arbitraria de las competencias profesionales de los galenos de las clínicas demandadas y la imposición de obligaciones indemnizatorias injustificadas y un enriquecimiento sin justa causa a favor de los accionantes.

Además, la eventual determinación de las causas que dieron origen al lamentable fallecimiento de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) corresponde de manera indelegable al Juzgador, quien, haciendo aplicación de las reglas de la lógica y la sana crítica, debe valorar en conjunto todos los elementos de prueba incorporados al plenario y decidir de fondo. De manera que al accionante no le atañe realizar ningún juicio de valor frente a la existencia o no de una obligación indemnizatoria a cargo de la demandada, sobre todo cuando no hay evidencias documentales que lo respalden.

Y, de otra parte, itero que, contrario a lo que se asevera por los demandantes, las pruebas allegadas permiten relevar de cualquier responsabilidad a cargo de las demandadas SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. y FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A., desatinadamente pretenden los demandantes, y, por contera, cualquier responsabilidad indemnizatoria que se pretenda en contra de mi mandante como llamada en garantía por SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. En efecto, las consignas de la historia clínica que milita en el plenario, validan que la atención de salud que proporcionaron las clínicas, se ajustó a los protocolos que rigen la lex artis; quedó demostrado con dicho documento que desde el instante en el

que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) ingresó a cada una de las clínicas, estas prestaron la atención de urgencias y hospitalización necesaria para estabilizar los signos vitales de la paciente y salvaguardar su integridad física, realizando los exámenes y procedimientos a los que había lugar, y suministrando la medicación que era necesaria y demandada en cada uno de los momentos específicos.

La señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) fue diagnosticada con la enfermedad de LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) el 13 de abril de 2012:

Etiología y Patologías acompañantes

Fecha	Código	Diagnóstico	Situación Actual
08/10/2014	I15.1	Hipertensión secundaria hipertension secundaria a otros trastornos renales	Activo
13/04/2012	M32.9	Lupus eritematoso sistémico lupus eritematoso sistémico, sin otra especificación	Activo

Como se dijo anteriormente y citando terminología médica y en ciencias de la salud:

“LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

*El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria. En esta enfermedad, el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error el tejido sano. Este puede afectar la piel, las articulaciones, los riñones, el cerebro y otros órganos*⁴. (Señalado propio).

Como se observa, es una penosa enfermedad en la que el sistema inmunitario del cuerpo se ataca a sí mismo por error, destruyendo progresivamente el tejido sano del cuerpo humano. Para el caso en particular, observamos a lo largo de toda la historia clínica de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) se vio principalmente comprometido su sistema renal. Es desde el momento en que la paciente es diagnosticada que comienza a padecer una innumerable cantidad de problemas en su estado de salud y su cuerpo, pues dicha enfermedad es autoinmunitaria.

De hecho, nótese que en la historia clínica de noviembre de 2014 se observa que la paciente comenzaba a tener un compromiso múltiple (articular, dermatológico, renal y hematológico):

⁴ Tomado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000435.htm>

Realizado por: Dr. Juan Guillermo Guevara Garcia

Fecha: 11/11/2014 12:48:32 p.m. Impresión diagnóstica:

Comentario: PACIENTE DE 26 AÑOS CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DESDE HACE 2 AÑOS. CON TRATAMIENTO INTERMITENTE DE INMUNOSUPRESIÓN, ACTUALMENTE COMPROMISO MÚLTIPLE (ARTICULAR, DERMATOLÓGICO, RENAL Y HEMATOLOGICO) QUE EN EL MES DE OCTUBRE (07) INGRESA A URGENCIAS POR DISNEA Y EDEMA, CON ELEVACIÓN DE AZÚCAROS, QUE SE LOGRA MANEJAR URGENCIA CON PULSOS DE METILPREDNISOLONA, SIN EMBARGO REINGRESA LUEGO DE 1 SEMANA POR EL SERVICIO DE URGENCIAS CON CUADRO COMPATIBLE CON URGENCIA DIALÍTICA, ES INGRESADA A UCI, DONDE SE INICIA TRR TIPO HEMODIALISIS (31/10/14) BIEN TOLERADA, POR PERSISTENCIA DE CUADRO RENAL ES REMITIDA PARA CONTINUAR MANEJO INTERDIARIO POR UNIDAD DE HEMODIALISIS AMBULATORIA.

Sólo un mes después, como lo pudimos observar también en la historia clínica, desde diciembre de 2014, la paciente es diagnosticada con insuficiencia renal terminal:

Realizado por: Dr. Juan Guillermo Guevara Garcia

Fecha: 18/12/2014 11:27:48 a.m. Impresión diagnóstica: N°18 Insuficiencia renal crónica

Comentario: EVOLUCION DICIEMBRE 2014 DIALISIS PERITONEAL

Razón de la consulta: PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL DE ORIGEN REUMATOLÓGICO DEBIDO A QUE LA PACIENTE TIENE DIAGNOSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON NEFRITIS LÚPICA CON COMPROMISO SISTÉMICO (CLASE IV) E HIPERTENSIÓN ARTERIAL, QUE PRESENTA SINTOMATOLOGÍA UREMICA DESDE EL MES DE OCTUBRE 2014, CON EVIDENCIA DE UREMIA ELEVADA. POR LO CUAL SE PRESENTA ALTO RIESGO DE RIESGO CARDIOVASCULAR. SE INICIA PROCESO DE ENTRENAMIENTO, SUSPENDIENDO HEMODIALISIS, SE PRESCRIBE ESQUEMA ESTANDAR 1.5-2.3-1.5-2.3% EL PACIENTE REFIERE BUEN APETITO, ACTIVO Y ALERTA, CON ALTERACION EN EL CICLO SUEÑO VIGILIA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, TA 100/60 MMHG, FC 72 X MIN, FR 18 X MIN. CARDIOPULMONAR SIN HALLAZGOS ANORMALES ABDOMEN BLANDO, ORIFICIO DE SALIDA SANO. CON EDEMA MIEMBROS INFERIORES HASTA LINEA PRETIBIAL PROXIMAL. CON LESIONES CUTANEAS PLANAS HIPOPIGMENTADAS NO DESCAMATIVAS MEDICION DE COMPOSICION CORPORAL MUESTRA: PESO AL LLEGAR 64.2KG CON BCM 61.8KG. SOBREHIDRATACION + 2.4LTS.

Como se dijo anteriormente y citando terminología médica y en ciencias de la salud:

“ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL

Descripción general

La enfermedad renal en etapa terminal, también conocida como insuficiencia renal en etapa terminal, se produce cuando la enfermedad renal crónica (es decir, la pérdida gradual de la función renal) alcanza un estado avanzado. En la enfermedad renal en etapa terminal, los riñones ya no trabajan al nivel que demanda el cuerpo.

Los riñones filtran los desechos y el exceso de líquidos que hay en la sangre, los cuales se excretan en la orina. Cuando los riñones pierden la capacidad para filtrar, pueden acumularse niveles nocivos de líquido, electrolitos y desechos en el cuerpo.

En la enfermedad renal en etapa terminal, [se] necesita diálisis o un trasplante de riñón para mantener[se] con vida. Sin embargo, también [se] puede optar por cuidados médicos

conservadores para controlar los síntomas con el objeto de lograr la mejor calidad de vida durante el tiempo que resta vivir⁵. (Negrilla y subrayado nuestro).

Como se observa, el paciente que padece ENFERMEDAD RENAL TERMINAL debe someterse a procedimientos de diálisis o trasplante de riñón para mantenerse con vida. Se trata entonces de una situación crítica en la que se ve comprometido de manera grave el sistema renal de una persona. Para el caso de marras, la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), según se observó a lo largo de la historia clínica, debía realizarse diálisis de manera diaria, procedimiento que podía hacer en su casa.

Sin embargo, siendo una enfermedad terminal, dicho procedimiento era monitoreado mensualmente por los galenos, por tal razón la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) debía asistir a controles médicos cada mes, como así se observó en la historia clínica.

Ahora bien, como también se puede observar en la historia clínica, la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) padecía de terribles enfermedades que dificultaron aún más su estado de salud e incidieron directamente en su fatal deceso:

Etiología y Patologías acompañantes

Fecha	Código	Diagnóstico	Situación Actual
08/10/2014	I15.1	Hipertensión secundaria hipertension secundaria a otros trastornos renales	Activo
13/04/2012	M32.9	Lupus eritematoso sistémico. lupus eritematoso sistémico, sin otra especificación	Activo

Realizado por: Dr. Juan Guillermo Guevara García

Fecha: 06/03/2015 11:58:29 a.m. Impresión diagnóstica: N18 Insuficiencia renal crónica

Comentario: EVOLUCION MARZO 2015 DIALISIS PERITONEAL

Razón de la consulta: PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL DE ORIGEN EN NEFRITIS LÚPICA CON CLASE IV E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. RECIBE DIALISIS PERITONEAL MANUAL CON ESQUEMA 1.5-2.3-1.5-2.3% CON INFUSIÓN DE 2 LITROS. CON ESTO ULTRAFILTRA ALREDEDOR DE 1500 CC. DICE QUE TIENE DIURESIS RESIDUAL MENOR A 1 LITRO EN EL DÍA. CON REFERENCIA DE NAUSEAS Y VOMITOS PERSISTENTES. SE ORDENA ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS PARA DETERMINAR CAUSA. EL PACIENTE REFIERE BUEN APETITO, ACTIVO Y ALERTA, CON ALTERACIÓN EN EL CICLO SUEÑO VIGILIA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, TA 180/110 MMHG, FC 72 X MIN, FR 18 X MIN. SE EVIDENCIA HIPERTENSIÓN SECUNDARIA A CUADRO DE SOBRESHIDRATACIÓN. CARDIOPULMONAR SIN HALLAZGOS ANORMALES. ABDOMEN BLANDO, ORIFICIO DE SALIDA SANO, PERO SE OBSERVA MASA PERIUMBILICAL RENITENTE QUE OBEDECE A FUGA DE LÍQUIDO DE DIALISIS A TEJIDOS Blandos PERIUMBILICALES, NO SE PALPA ORIFICIO HERNIARIO. CON EDEMA MIEMBROS INFERIORES HASTA LÍNEA PRETIBIAL PROXIMAL. CON LESIONES CUTÁNEAS PLANAS HIPOPIGMENTADAS NO DESCAMATIVAS. MEDICIÓN DE COMPOSICIÓN CORPORAL MUESTRA: PESO AL LLEGAR 65.4KG CON BCM 60.8KG. SOBRESHIDRATACIÓN + 4.6LTS. REFIERE QUE EN EL DÍA DE ANTEAYER ACUDE A LA REALIZACIÓN DE QUIMIOTERAPIA EV, DONDE SUMINISTRAN +/- 2.5LT. ACTUALMENTE CON NAUSEAS Y VOMITOS PERSISTENTES. PERSISTENTE SECUNDARIO A ESTO.

⁵ <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/end-stage-renal-disease/symptoms-causes/syc-20354532>

Plan de manejo:

1. METOCLOPRAMIDA AMP 10MG/2ML EV DOSIS UNICA, PARA DISMINUIR NAUSEAS, CON RECOMENDACIÓN PARA MEDICO TRATANTE EN UNIDAD DE ONCOLOGIA, PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ONDANSETRON.
2. POR AHORA SE DEJA ESQUEMA DE DIALISIS PERITONEAL MANUAL IGUALS ASI CAMBIOS 1.5 - 2.3 - 1.5 - 2.3%, INFUSION DE 2 LITROS, CON RECOMENDACIÓN QUE EL DIA DE APLICACIÓN DEL MEDICAMENTO (CICLOSFAMIDA) SE REALICE PESAJE PREVIO Y POSTERIOR A LA APLICACIÓN, PARA COMPARAR GANANCIA HIDRICA.
3. ERITROPOYETINA 1200UI SEMANALES
4. SE CONTINUA IGUAL ESQUEMA ANTIHIPERTENSIVO
5. CONTROL CON LA INGESTA DE ALIMENTOS CON CONTENIDO DE FOSFORO
6. RESTO DE MANEJO MEDICO INSTAURADO IGUAL

Fecha: 06/11/2015 11:00:38 a.m. **Impresión diagnóstica:** N18 Insuficiencia renal crónica

Comentario: EVOLUCION MENSUAL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA - NOVIEMBRE 2015

Razón de la consulta: PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL DE ORIGEN EN NEFRITIS LUPICA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. RECIBE DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA CON MODALIDAD CICLICA CONTINUA CON 5 CICLOS CON INFUSION DE 1.8 LITROS Y ULTIMA INFUSION DE 600 CC. MONTAJE DE LA MAQUINA CON 2 BOLSAS DE 6 LITROS DE 2.3% Y 3 VECES POR SEMANA 2.3% Y 4.25%, CON ESTO ULTRAFILTRA ALREDEDOR DE 800 A 900 CC/DIA, DICE QUE NO HA VUELTO A TENER DIURESIS RESIDUAL Y LO POQUITO QUE ORINA LE PRODUCE TENESMO VESICAL.
YA FUE VISTA POR GINECOLOGIA Y LE TOMARON CITOLOGIA CERVICOVAGINAL QUE MOSTRÓ UNA NEOPLASIA INTAEPITELIAL Y PRESENCIA DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO; DEFINIERON NECESIDAD DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL

Frente a este particular deberé indicar desde ya que las anteriores anotaciones de la historia clínica evidencian que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) presentaba un conjunto de enfermedades que agravaban considerablemente su estado de salud y que hacían compleja una mejoría con la celeridad esperada; luego que, patologías como la hipertensión secundaria, la realización de quimioterapias intravenosas, la neoplasia intraepitelial y la presencia del virus de papiloma humano las cuales eran preexistentes al ingreso a la CLÍNICA NUESTRA, revisten de por sí suficiente gravedad como para enlentecer, dilatar o incluso entorpecer la mejoría de la condición de la paciente; además, era un escenario que exigía de la clínica un actuar prudente y medurado toda vez que era indispensable adelantar todo un conjunto de exámenes antes de someterla a cualquier procedimiento o intervención.

A lo largo de la historia clínica de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) se observa que fue atendida de forma eficiente, oportuna, diligente, prudente y conforme lo demandaba cada episodio crítico por el que pasaba.

Por lo anterior, estima el suscrito que las afirmaciones del actor no tienen fundamento fáctico ni probatorio, por cuanto que las actuaciones desplegadas por el sujeto pasivo de esta acción, se ajustaron a los protocolos que rigen las obligaciones que debe asumir frente al servicio de salud; adicional a ello, no está de más resaltar que en la pretendida atribución de responsabilidad a las clínicas a la que hace referencia el extremo activo en los hechos de la demanda, no se concreta por qué es que se los sometió a una carga que no debían soportar, sólo le bastó el accionante sin detalle, argumento, ni prueba idónea y pertinente, señalar que las demandadas tienen la obligación de responder, dejando así de lado las obligaciones que su rol como sujeto activo de este litigio le impone.

Es importante recordar en este punto que la ciencia de la medicina no es una ciencia exacta, como tampoco de resultados, pues, muy al contrario, se trata de una ciencia de medios, lo que significa que efectivamente, el médico está obligado a emplear todos los que esté su alcance, es decir, toda su pericia profesional en el cuidado de la salud, como ocurre en la práctica, pero sin asegurar un resultado que obviamente es incierto. De tal suerte, en el caso que nos asiste, lo que resulta acreditado de la lectura de la historia clínica, es que tanto el personal médico, como de enfermería, que atendieron a la paciente emplearon todos los medios que estuvieron al alcance para salvaguardar la vida y procurar restablecer el estado de salud de la paciente; lamentablemente, la múltiples contingencias clínicas con las que ingresó la paciente y los demás eventos narrados anteriormente, fueron de tal envergadura que no fue posible salvar su vida, a pesar de que, se reitera, las clínicas pusieron en ejecución todos los medios con los que disponían.

Finalmente, considero oportuno señalar que, en lo que atañe a la atribución de responsabilidad civil en la prestación del servicio de salud, la jurisprudencia de la Honorable Corte Suprema de Justicia ya ha sido muy enfática en aseverar que, es indispensable la concurrencia de unos elementos *sine qua non*, estos son, la demostración de un hecho dañoso, un daño y un nexo causal entre el daño y el hecho; así, debe acreditarse fehacientemente el vínculo que une el hecho al daño acaecido, como quiera que, cuando este no está debidamente demostrado, se convierte en una circunstancia que obstaculiza la atribución de responsabilidad.

En esa medida, del análisis del acervo probatorio que milita en el expediente, se advierte que no existe ninguna prueba que acredite la existencia de un nexo causal como presupuesto para la configuración de la responsabilidad civil; en contraste, sí se tienen elementos que permiten advertir la carencia del mentado requisito, puesto que, como se indicó anteriormente, la historia clínica por ejemplo, es fiel demostración de que las clínicas demandadas, actuaron con diligencia y con fundamento en los protocolos médicos, proporcionando los medios que tenía a su disposición para mejorar la condición de salud de la paciente, empero, la gravedad de las patologías de base con las que venía la paciente no lo permitieron.

Para este tipo de escenarios, téngase en cuenta que la Honorable Corte ha indicado que, cuando el personal de salud ha obrado bajo la debida diligencia y cuidado en su organización o la de sus elementos humanos, no siendo posible evidenciar la infracción a sus deberes objetivos de prudencia, como efectivamente se ha suscitado en este asunto, se rompe el nexo causal indispensable para que se configure la responsabilidad civil que aquí se deprecia; así lo ha manifestado el mencionado cuerpo colegiado:

“(...) La responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio –se reitera– se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; o la debida diligencia y cuidado de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia (...)”⁶.

En orden de todo lo expuesto, no existiendo argumentos válidos, mucho menos pruebas, que constaten la responsabilidad que los demandantes equivocadamente atribuyen a los demandados, el único escenario posible es tener este hecho como no demostrado, absolver de cualquier responsabilidad a las demandadas y, por contera, de mi representada como llamada en garantía.

Frente a la pretensión “B.”: me opongo a la prosperidad de esta pretensión por carecer de fundamentos fácticos y jurídicos. Por tanto, como se dijo en la oposición anterior a la pretensión “A.”, no se configuran los elementos requeridos para endilgar cualquier tipo de responsabilidad en cabeza de las demandadas y, por consiguiente, en cabeza de mi representada como llamada en garantía, ya que no obra en el expediente ninguna prueba que acredite el nexo causal entre el fallecimiento de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) y el obrar y actuar de las clínicas referenciadas.

Ahora, en lo que corresponde a los perjuicios materiales solicitados, bastará reiterar al Juzgador que me opongo rotundamente a los mismos por cuanto que su reconocimiento a cargo de las demandadas resulta improcedente, en vista de que no se configuran los elementos *sine qua non* de la responsabilidad civil que se deprecia.

Se advierte que, de conformidad con la pretensión “B.” se solicitan las siguientes sumas de dinero:

Lucro cesante futuro a favor del menor Jacobo Álvarez Mena (en calidad de hijo): VEINTICINCO MILLONES DE PESOS (\$ 25.000.000).

Me opongo frente a la declaratoria de la suma pretendida a título de lucro cesante futuro para el menor Jacobo Álvarez Mena quien en calidad de hijo de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), supuestamente dejará de percibir la suma de \$ 25.000.000 por dicho perjuicio. Cabe destacar, que dentro del proceso no obra prueba que demuestre algún tipo de ingresos generados y dejados de

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC5050-2014 del 28 de abril de 2014. M.P.: Dra. Ruth Marina Díaz Rueda.

percibir, de manera que no se sustenta ni se prueba el lucro cesante futuro aquí solicitado. No se aporta documento alguno, en donde se demuestre afiliación al sistema de salud como cotizante, o al de riesgos laborales, ni tampoco al sistema de seguridad social en pensiones, lo que demuestra que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) no realizaba ninguna actividad productiva.

Ahora, debido a que no obra en el expediente ningún documento que acredite la vinculación laboral de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) a ninguna empresa o entidad, se debe observar lo que establece el artículo 17 de la Ley 100 de 1993:

“ARTICULO 17 OBLIGATORIEDAD DE LAS COTIZACIONES. Modificado por el artículo 4 de la Ley 797 de 2003. Durante la vigencia de la relación laboral y del contrato de prestación de servicios, deberán efectuarse cotizaciones obligatorias a los regímenes del sistema general de pensiones por parte de los afiliados, los empleadores y contratistas con base en el salario o ingresos por prestación de servicios que aquellos devenguen”.

Por lo anterior, no hay lugar a sumar el factor prestacional para efectos de liquidar el lucro cesante consolidado y futuro, toda vez, que esto sólo es aplicable en los casos en los que exista un vínculo laboral, y como ya se dijo, la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), no realizaba aportes al Sistema de Seguridad Social Integral como trabajador dependiente, razón suficiente, para que no se pueda liquidar el lucro cesante consolidado y futuro, teniendo en cuenta el veinticinco por ciento (25 %) correspondiente al factor prestacional.

De igual manera, si de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) se acreditara una labor de trabajo independiente, tampoco es dable incrementar el veinticinco por ciento (25 %) de factor prestacional por cuanto los trabajadores independientes deben correr con sus propios gastos de seguridad social, como lo establece el artículo 135 de la Ley 1753 de 2015:

“ARTÍCULO 135. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN (IBC) DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes por cuenta propia y los independientes con contrato diferente a prestación de servicios que perciban ingresos mensuales iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente (smmlv), cotizarán mes vencido al Sistema Integral de Seguridad Social sobre un ingreso base de cotización mínimo del cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado de sus ingresos, sin incluir el valor total del Impuesto al Valor Agregado (IVA), cuando a ello haya lugar, según el régimen tributario que corresponda. Para calcular la base mínima de cotización, se podrán deducir las expensas que se generen de la ejecución de la

actividad o renta que genere los ingresos, siempre que cumplan los requisitos del artículo 107 del Estatuto Tributario.

En caso de que el ingreso base de cotización así obtenido resulte inferior al determinado por el sistema de presunción de ingresos que determine el Gobierno Nacional, se aplicará este último según la metodología que para tal fin se establezca y tendrá fiscalización preferente por parte de la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP). No obstante, el afiliado podrá pagar un menor valor al determinado por dicha presunción siempre y cuando cuente con los documentos que soportan la deducción de expensas, los cuales serán requeridos en los procesos de fiscalización preferente que adelante la UGPP.

En el caso de los contratos de prestación de servicios personales relacionados con las funciones de la entidad contratante y que no impliquen subcontratación alguna o compra de insumos o expensas relacionados directamente con la ejecución del contrato, el ingreso base de cotización será en todos los casos mínimo el 40% de valor mensualizado de cada contrato, sin incluir el valor total el Impuesto al Valor Agregado (IVA), y no aplicará el sistema de presunción de ingresos ni la deducción de expensas. Los contratantes públicos y privados deberán efectuar directamente la retención de la cotización de los contratistas, a partir de la fecha y en la forma que para el efecto establezca el Gobierno Nacional.

Cuando las personas objeto de la aplicación de la presente ley perciban ingresos de forma simultánea provenientes de la ejecución de varias actividades o contratos, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas por cada uno de los ingresos percibidos de conformidad con la normatividad aplicable. Lo anterior en concordancia con el artículo 5o de la Ley 797 de 2003”.

Por lo tanto, tampoco hay lugar a sumar al ingreso el factor prestacional del 25%, pues cuando la vinculación se realiza mediante contrato de prestación de servicios es el trabajador independientemente quien debe asumir y pagar en su totalidad las cotizaciones siendo estas un valor a descontar del ingreso bruto.

Al respecto se pronunció en reciente sentencia del 3 de julio de 2018 la Sala Civil de la Honorable Corte Suprema de Justicia, M.P. MARGARITA CABELLO BLANCO, expediente SC2498-2018, que estableció lo siguiente:

“Indemnización debida o consolidada:

12.1 En vista que la indemnización de perjuicios por lucro cesante está atada a lo que la demandante dejó de percibir en el establecimiento 'Cantares 60 y 70', y por referenciado se tiene que son servicios prestados los fines de semana, se tomará como base el salario mínimo diario legal vigente (SMDLV) para el año 2005, fecha de la ocurrencia de los hechos, el cual era de \$ 12.716,67, sin perjuicio de adoptar el del presente año 2018 (\$ 26.041,40), siempre que el primero resulte inferior, una vez actualizado a valor presente, por razones de equidad.

La actualización se hará como sigue:

$Ra = Rh (\$ 12.716,67) \text{ índice final} - \text{febrero /2018 (140,71)}$

$\text{Índice inicial} - \text{octubre/2005 (83,95)}$

$Ra = \$ 21.314,62$

Toda vez que el valor actualizado es inferior al salario mínimo diario legal vigente a la fecha de esta providencia, se liquidará el lucro cesante con aplicación de esta última suma (\$ 26.041,40), ello multiplicado por 8 días al mes, para un total de ingresos de \$ 208.331,2.

A lo anterior no se le adicionará el 25 % correspondiente a prestaciones sociales dado que de las certificaciones expedidas no se desprende nítidamente que la prestación de servicios de la reclamante se encuentre amparada en un contrato de trabajo". (Negrilla y subraya fuera de texto original).

La Honorable Corte Suprema de Justicia ha sido enfática en sostener que el resarcimiento del daño, en su modalidad de lucro cesante y más aún, tratándose del calificado como «futuro», se reitera, resulta viable en cuanto el expediente registre prueba concluyente y demostrativa de la verdadera entidad y extensión cuantitativa del mismo. En caso contrario, se impone "*rechazar por principio conclusiones dudosas o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener apoyadas tales conclusiones en simples esperanzas, expresadas estas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación teórica, y no en probabilidades objetivas demostradas con el rigor debido*"⁷.

Dentro del expediente no obra ni siquiera una mención de cuál era la actividad laboral o económica que tenía la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), no obra un sólo documento que certifique sus

⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia CSJ SC11575-2015, Rad. 2006-00514-01.

ingresos mensuales, tampoco dentro de los hechos de la demanda se afirma algo al respecto. Esta omisión es sumamente importante que la tenga en cuenta el Honorable Despacho, puesto que, como lo ha manifestado reiteradamente el Cuerpo Colegiado de cierre en lo Civil, debe anexarse al proceso judicial prueba que realmente evidencie y certifique las ganancias de una persona para, en caso que sea procedente, reconocer el perjuicio material de lucro cesante en la modalidad futura.

Se incurre en un error en el cálculo de este tipo de perjuicio por parte de la apoderada de la parte demandante toda vez que no hace un derrotero explicativo de la razón por la que se llega a la suma solicitada. Obsérvese que en la pretensión simplemente indica el tipo de perjuicio, la persona a la que se le debe reconocer, la suma que se debe reconocer y no más, no se explica objetivamente el método que fue utilizado para dicho cálculo, el procedimiento para llegar a cada una de las sumas de dineros solicitadas ni el soporte jurídico, normativo ni jurisprudencial utilizado para aplicar dicha fórmula. Como es bien sabido, para la debida tasación de este tipo de perjuicios materiales, en la actualidad existen fórmulas, pautas y métodos abiertamente conocidos para demostrar los verdaderos perjuicios.

Por otra parte, es inaudito que se pretenda el pago de la totalidad del ingreso de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) para el menor Jacobo Álvarez Mena, toda vez que de allí se debe descontar los gastos propios de su manutención. Además, no se tiene certeza de la expectativa de vida de ninguno de los menores, para efectos de liquidar una eventual suma de dinero.

Por lo tanto, como la valoración del daño material está mal tasada y liquidada, no puede prosperar esta petición debido a que la responsabilidad de los demandados no ha sido demostrada, ni existe fundamento fáctico y jurídico.

Es menester recordar, que este tipo de perjuicio consiste en la pérdida de una ganancia o de una utilidad económica ya generada por parte de la víctima como consecuencia del daño atribuible al demandado, razón por la cual los valores correspondientes a este tipo de indemnización no son presumibles.

Ahora, en lo que corresponde a los perjuicios morales solicitados, bastará reiterar al Juzgador que me opongo rotundamente a los mismos por cuanto que su reconocimiento a cargo de las demandadas resulta improcedente, en vista de que no se configuran los elementos *sine qua non* de la responsabilidad civil que se deprecia.

Se advierte que, de conformidad con la pretensión “B.” se solicitan las siguientes sumas de dinero:

Perjuicio moral a favor de Bertha Inés Vivas Azcárate (en calidad de madre): 100 SMLMV.

Perjuicio moral a favor de Alba Lucía Vivas (en calidad de tía):	35 SMLMV.
Perjuicio moral a favor de Yeniffer Mena Vivas (en calidad de hermana):	50 SMLMV.
Perjuicio moral a favor de Yuliana Mena Vivas (en calidad de hermana):	50 SMLMV.
Perjuicio moral a favor de Jacobo Álvarez Mena (en calidad de hijo):	100 SMLMV.

Sumas todas que resulta improcedente reconocer como quiera que, se itera, no hay elementos de convicción que nos lleven a considerar siquiera indiciariamente probada la responsabilidad civil que se exige en contra de las demandadas. La Honorable Corte Suprema de Justicia expone que, para acceder al pago del perjuicio moral, este debe tasarse teniendo en cuenta:

“(...) la incidencia del daño “en la esfera particular de la persona”; con la afectación que le causó en “su comportamiento” y “sus sentimientos”; con la generación de “aflicción, soledad, (...) abandono e incluso (...) repudio familiar o social”; y con “las circunstancias especiales que rodearon este proceso (...)”⁸

En efecto, el reconocimiento por concepto de perjuicios morales tiene como finalidad otorgar a la víctima una satisfacción íntima que borre y compense la angustia y el dolor sufrido por un hecho dañoso. No obstante, la suma por este perjuicio es determinada única y exclusivamente por el Juez en la sentencia, con base en lo establecido jurisprudencialmente y según las pruebas aportadas al proceso; para ello, la parte demandante deberá acreditar los elementos constitutivos de la responsabilidad civil y, como consecuencia, existirá eventualmente el pago o indemnización por el daño y los perjuicios que se prueben; en caso de reconocerse dicho concepto, deberá ajustarse a los límites fijados por la Honorable Corte Suprema de Justicia, a través de la cual hay senda jurisprudencia en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales.

Dicho lo anterior, es menester señalar que, para la Honorable Corte Suprema de Justicia, los valores que pueden eventualmente reconocerse por el concepto de daño moral, cuando este se origina de la muerte de una persona, como las indicadas en el libelo genitor, se admite el reconocimiento eventual a las personas que se encuentran dentro del primer grado de consanguinidad y afinidad, frente a quienes la causación del mismo se presume, puesto que se trata de un nivel de cercanía con la víctima directa

⁸ SC16690-2016, Radicación n.º 11001-31-03-008-2000-00196-01 Magistrado Ponente: Álvaro Fernando García Restrepo (10 de mayo de 2016)

que permite, por reglas de la experiencia, inferir su existencia; frente a casos como el que nos asiste ha indicado y concedido la H. Corte lo siguiente:

“(…) Con relación al «daño extrapatrimonial», correspondiente a los perjuicios morales y daño a la vida de relación, a pesar de los señalamientos concretos de los montos reclamados, en razón de que su tasación corresponde al juez basado en las reglas de la experiencia, a partir de las circunstancias probadas en el juicio y apoyado en la jurisprudencia, para la proyección o cálculo de lo que eventualmente podría fijarse por dichos conceptos, se tomaría el mayor valor que se haya venido reconociendo, por ejemplo, por la muerte de un hijo en favor de sus padres, esposa (o), compañero (a) permanente, hijos y hermanos. (...) En ese contexto, la tasación realizada por esta Sala en algunos eventos en los que se ha reclamado indemnización del perjuicio moral para los padres, hijos y esposa, de la persona fallecida, se determinó su cuantía en la cantidad de \$60'000.000, lo cual implica que en principio sería esa la mayor suma a reconocer por dicho concepto. (...)”⁹.

“(…) En efecto, las circunstancias del inmenso dolor que se refleja en la ferocidad y barbarie de las acciones padecidas por los demandantes daban, con toda seguridad, lugar a que el Tribunal impusiera una condena acorde con esa realidad, así fuese tomando la suma que como guía por entonces tenía la Corte establecida desde 2012 y que, frente a la indecible atrocidad de los eventos narrados y probados en este proceso ameritan –para este caso particular- una suma mayor a la que entonces tenía dispuesta (\$60,000,000.00) y que hoy reajusta a setenta y dos millones de pesos (\$72,000,000.00) para el daño moral propio sufrido por los demandantes a raíz del fallecimiento de padres, hijos, esposos y compañeros permanentes, la mitad de ese valor para hermanos, abuelos y nietos y la cuarta parte para el resto de parientes (...)”¹⁰.

Así entonces, se encuentra que en un escenario en el que el perjuicio ha sido superior al que en este caso se indica por los demandantes (conforme a lo pretendido y probado específicamente en este concepto indemnizable de la demanda), la H. Corte Suprema de Justicia ha determinado que cuando se encuentran debidamente demostrados, el valor máximo a reconocer es de SESENTA MILLONES DE PESOS (\$ 60.000.000) para las personas dentro del primer grado de consanguinidad, y que este se morigera por la mitad y se reconoce frente a los demás accionantes siempre que se haya acreditado su causación, por ello, surge menester que en el eventual e hipotético caso de reconocerse que hay lugar

⁹ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia AC4184-2017 del 30 de junio del 2017. Radicación No. 11001-02-03-000-2017-00670-00. M.P.: Dr. Luis Alonso Rico Puerta.

¹⁰ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia SC5686-2018 del 19 de diciembre del 2018. Radicación No. 05736 31 89 001 2004 00042 01. M.P.: Dra. Margarita Cabello Blanco.

a indemnizar el daño que se aduce, su reparación se otorgue, una vez esté diáfamanamente probada la responsabilidad de la demandada, confrontando el precedente jurisprudencial de la H. Corte Suprema de Justicia en la materia y limitándolo a los montos que a derecho correspondan.

Empero, es de insistir en que, en lo que atañe a las personas dentro del segundo, tercer, cuarto y quinto grado de consanguinidad o afinidad, o terceros supuestamente afectados, el concepto indemnizable del daño moral no es objeto de presunción, de manera que es menester aportar todos los elementos de convicción que le demuestren al Juzgador su efectiva causación.

En ese orden de ideas, es posible advertir que para el caso que nos asiste, NO se han aportado ni tampoco solicitado, elementos de prueba para dar por causado el daño moral frente a Alba Lucía Vivas en calidad de tía de la fallecida, ni frente a Yeniffer Mena Vivas y Yuliana Mena Vivas en calidad de hermanas de la fallecida. De manera que el reconocimiento de este concepto indemnizable para los mismos es palmariamente inadmisibile; por lo que el Juzgador deberá tener en cuenta lo anterior, a la hora de determinar una eventual condena en contra del extremo pasivo de este litigio. Ciertamente, en el plenario no consta ningún medio de prueba que otorgue respaldo a lo indicado en las pretensiones de tipo inmaterial, por ejemplo, no se observa récord de tratamiento o consulta médica por psicología, mucho menos psiquiatría, que dieran pie a considerar un agravio moral por el monto indemnizatorio denunciado por los aludidos accionantes, ni siquiera se solicita prueba testimonial para acreditarlo; y como resultado, es preciso que el Juzgador despache desfavorablemente las pretensiones relativas a estos actores.

Se recuerda además que, es el Juez en el desarrollo de la etapa probatoria quien determinará si efectivamente hubo responsabilidad a cargo de los aquí demandados, y en caso de que este improbable suceso ocurra, atendiendo las circunstancias específicas del caso, entrará a determinar el verdadero grado de afectación de los demandantes y fijará los montos de indemnización a que haya lugar, sin que estos puedan exceder los límites fijados por el Máximo Tribunal de lo Contencioso Civil, respecto de la reparación o compensación de los perjuicios inmateriales, en este caso, frente al daño moral.

Recuérdese que la indemnización por un daño ocurrido, luego de que se haya producido una declaratoria de responsabilidad civil en contra de la parte pasiva, no debe nunca enriquecer a los demandantes, en un franco desmedro de aquella; toda vez que el daño a indemnizar, debe corresponderse exactamente con la magnitud del mismo, y con las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las cuales ocurrió el mencionado suceso, ni más ni menos.

Con todo, en gracia de discusión, y sin que implique reconocimiento de responsabilidad en ningún sentido, solicito al Juez de la manera más respetuosa que, tenga en cuenta que, para la tasación de este perjuicio, sólo si eventualmente y remotamente hay lugar a ello, debe ajustarse a los límites jurisprudencialmente establecidos, atendiendo a criterios razonables y proporcionales que no generen un enriquecimiento injustificado en favor de los demandantes, en un franco desmedro de la contraparte.

Ahora, en lo que corresponde a los perjuicios por daño a la salud solicitados, bastará reiterar al Juzgador que me opongo rotundamente a los mismos por cuanto que su reconocimiento a cargo de las demandadas resulta improcedente, en vista de que no se configuran los elementos *sine qua non* de la responsabilidad civil que se deprecia.

Se advierte que, de conformidad con la pretensión “B.” se solicitan las siguientes sumas de dinero:

Daño a la salud a favor de Bertha Inés Vivas (en calidad de madre): 100 SMLMV.

Daño a la salud a favor de Yeniffer Mena Vivas (en calidad de hermana): 90 SMLMV.

En la actualidad, como es bien sabido, el en algún momento denominado “daño a la vida de relación”, es conocido y equiparado vía jurisprudencial al daño a la salud y, a pesar de las diferentes denominaciones que ha recibido a lo largo del tiempo, de manera pacífica se ha establecido que pretende reparar el mismo perjuicio sufrido en la órbita física y psicológica de la víctima, sin que este tipo de perjuicio tenga por vocación reconocerse en todos los casos, pues hoy el mismo se ha admitido excepcionalmente cuando se trata de lesiones graves, que afecten la órbita de desenvolvimiento del lesionado y sólo para ser indemnizado a la víctima directa, por estar asociado estrictamente con lesiones físicas, anatómicas o como su nombre lo indica a la salud, veamos:

En sentencia del 14 de septiembre de 2011, proferidas por la Sala Plena de la Sección Tercera, del Consejo de Estado, en los procesos radicados No. 38.222 y 19.03120, se estableció:

*“(…) De modo que, el “daño a la salud” -esto es el que se reconoce como proveniente de una afectación a la integridad psiocofísica- ha permitido solucionar o aliviar la discusión, toda vez que reduce a una categoría los ámbitos físico, psicológico, sexual, etc., de tal forma que siempre que el daño consista en una lesión a la salud, será procedente determinar el grado de afectación del Derecho Constitucional y fundamental (artículo 49 C.P.) para determinar una indemnización por ese aspecto, **sin que sea procedente el reconocimiento de otro tipo de daños (v.gr. la***

alteración de las condiciones de existencia), en esta clase o naturaleza de supuestos”.
(Negrilla y subrayado mío).

En ese mismo sentido se pronuncia el Dr. Enrique Gil Botero¹¹, quien es el magistrado ponente de la sentencia mencionada en el párrafo anterior, al indicar lo siguiente:

“Se reconoce de este modo una valoración del daño a la persona estructurado sobre la idea del daño corporal, sin tener en cuenta categorías abiertas que distorsionen el modelo de reparación integral. Es decir, cuando la víctima sufra un daño a la integridad psicofísica sólo podrá reclamar los daños materiales que se generen de esa situación y que estén probados, los perjuicios morales de conformidad con los parámetros jurisprudenciales de la Sala y, por último, el daño a la salud por la afectación de este Derecho Constitucional.

*Lo anterior, refuerza aún más la necesidad de readoptar la noción de daño a la salud, fisiológico o biológico, como lo hace ahora la Sala, pero con su contenido y alcance primigenio, esto es, referido a la afectación o limitación a la integridad psicofísica de la persona, como quiera que al haberlo subsumido en unas categorías o denominaciones que sirven para identificar perjuicios autónomos y que han sido reconocidos en diferentes latitudes, como por ejemplo la alteración a las condiciones de existencia (v.gr. Francia), se modificó su propósito que era delimitar un daño común (lesión a la integridad corporal) que pudiera ser tasado, en mayor o menor medida, a partir de parámetros objetivos y equitativos, con apego irrestricto a los principios constitucionales de dignidad humana e igualdad. **En otros términos, un daño a la salud desplaza por completo a las demás categorías de daño inmaterial como lo son la alteración grave a las condiciones de existencia -antes denominado daño a la vida de relación- precisamente porque cuando la lesión antijurídica tiene su génesis en una afectación negativa del estado de salud, los únicos perjuicios inmateriales que hay lugar a reconocer son el daño moral y el daño a la salud”.** (Negrilla y subraya fuera de texto original).*

El daño a la salud, podríamos decir, es un perjuicio ajeno a la jurisdicción Civil, pues su reconocimiento ha estado dado en la jurisdicción Contenciosa Administrativa, que ha fijado los criterios para su reconocimiento, siendo un perjuicio especialísimo que requiere prueba fehaciente sobre su existencia sin que se admita ninguna presunción al respecto, frente a la cual la sentencia de unificación del Consejo de Estado, proferida por la Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, sentencia de

¹¹ El daño a la salud en Colombia - retos frente a su delimitación, valoración y resarcimiento, Enrique Gil Botero, <http://revistas.uxternado.edu.co/index.php/Deradm/article/view/3385/3554>

unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 26.251, M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, indicó lo siguiente:

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

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

Por lo tanto, la pretensión por este concepto no se encuentra probada, es desbordada y no se ajusta a los criterios que sobre este tipo de perjuicio ha establecido la jurisprudencia, no siendo procedente su reconocimiento, para lo cual nos remitimos a la argumentación expuesta en el literal anterior.

Ahora bien, como se ha podido entrever a lo largo de la oposición al reconocimiento de este perjuicio, la apoderada de la parte demandante incurre en un error al solicitar el reconocimiento de este perjuicio a favor de Bertha Inés Vivas (en calidad de madre) y de Yeniffer Mena Vivas (en calidad de hermana), debido a que, como ha quedado decantado jurisprudencialmente, es un perjuicio que se RECONOCE ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE A FAVOR DE LA VÍCTIMA, cuando se logra probar. El caso que nos cita al presente proceso judicial trata del fallecimiento de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) quien es la víctima directa, razón por la cual ni Bertha Inés Vivas (en calidad de madre) ni Yeniffer Mena Vivas (en calidad de hermana) ni ninguna otra persona, tiene derecho al reconocimiento y pago de este perjuicio.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente al Juzgador negar la totalidad de las pretensiones incoadas en la demanda principal y, en consecuencia, exonerar de cualquier responsabilidad indemnizatoria a la parte pasiva del litigio, y por contera, a mi prohijada como llamada en garantía.

Frente a la pretensión “C.”: me opongo a la prosperidad de esta pretensión por carecer de fundamentos fácticos y jurídicos. En lo que atañe a la petición de condena en costas del proceso y agencias en derecho, reitero mi oposición, toda vez que, se repite, las demandadas no tienen ninguna obligación indemnizatoria derivada de los hechos descritos en el escrito genitor, como quiera que, no es

notoria la presencia de elementos que permitan estructurar la responsabilidad civil en contra de los sujetos pasivos de la acción que nos convoca.

Ciertamente, no se encuentran en el caso de marras, fundamentos jurídicos ni fácticos para la prosperidad de las anteriores pretensiones, de manera que no puede aspirarse con éxito que se materialice una condena en contra de los sujetos pasivos de este litigio, ni mucho menos que se le exija el pago de costas procesales ni agencias en derecho; por la orfandad probatoria de la responsabilidad civil que se pretende endilgar, no habría obligación de indemnizar, y mucho menos podría estar obligada dicha parte a pagar costas ni agencias en derecho frente a un proceso en el que es probable que no salga vencida en juicio.

En ese orden de ideas, solicito respetuosamente al Despacho se sirva declarar como no probada esta pretensión y negar la misma. Adicionalmente, solicito que, en vista de que no se identifica ninguna actuación que refleje la necesidad de un reproche jurídico por parte de las demandadas, se condene en costas a los demandantes, pues sometió al extremo pasivo y a mi prohijada, sin justificación ni respaldo probatorio alguno, al agotamiento innecesario de estas instancias judiciales.

III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con lo establecido en el inciso primero del artículo 206 del Código General del Proceso¹² y con el fin mantener un equilibrio procesal, garantizar pedimentos razonables y salvaguardar el derecho de defensa de mi procurada, procedo a OBJETAR el juramento estimatorio de la demanda, toda vez que, se evidencia la ausencia de pruebas que permitan inferir que se estructuró la responsabilidad civil que predica la parte actora, y la parte actora realiza el mismo de manera inadecuada.

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

¹² CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO, Artículo 206: “(...) Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación (...)”.

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

“(…) No sobra indicar que la valoración del juramento estimativo debe sujetarse a las reglas de apreciación del mismo, en virtud de las cuales, no basta con las afirmaciones del demandante, pues es menester de una parte, que las sumas se encuentren señaladas de manera razonada, y de otra, que de conformidad con la sustancialidad de las formas debe mediar un principio de acreditación, siquiera precario, de cuanto se expresa en él (...) Luego, si no se tiene prueba del daño, pues el juramento estimatorio a lo sumo constituye —de ser razonable— prueba de su cuantía, no se puede reconocer indemnización en los términos reclamados por el recurrente, como ocurre en el presente asunto (...)”¹³.

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

En el caso que nos convoca, es vital indicar que se presentan varias irregularidades que se deben resaltar en el juramento estimatorio realizado por el demandante, en primer lugar, se tiene que, de manera equivocada, se incluyó dentro de la estimación, la suma invocada por concepto de daño moral y daño a la vida de relación, cuando, como es claro de conformidad con la norma en la materia, únicamente se podrán estimar los perjuicios materiales, esto es, lucro cesante y daño emergente; no obstante, como es evidente en el escrito demandatorio, el actor realizó el juramento con base en el monto que se solicitó por perjuicios morales y daño a la vida de relación; en ese orden de ideas, en efecto, es menester objetar el juramento estimatorio, puesto que se relacionaron valores y conceptos que no debían tenerse en cuenta.

En segundo lugar, si bien la accionante expone genéricamente la razón por la cual presuntamente se le causó unos perjuicios morales, sus aseveraciones no fueron respaldadas con medios de prueba suficientes y está tasado de manera excesiva. Se advierte que, de conformidad con la pretensión “B.” del acápite de pretensiones, se solicitan las siguientes sumas de dinero:

¹³ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala Penal, Sentencia SP1796-2018/51390 de mayo 23 de 2018. M.P. Dr. Luis Guillermo Salazar Otero.

Perjuicio moral a favor de Bertha Inés Vivas Azcárate (en calidad de madre): 100 SMLMV.

Perjuicio moral a favor de Alba Lucía Vivas (en calidad de tía): 35 SMLMV.

Perjuicio moral a favor de Yeniffer Mena Vivas (en calidad de hermana): 50 SMLMV.

Perjuicio moral a favor de Yuliana Mena Vivas (en calidad de hermana): 50 SMLMV.

Perjuicio moral a favor de Jacobo Álvarez Mena (en calidad de hijo): 100 SMLMV.

Daño a la salud a favor de Bertha Inés Vivas (en calidad de madre): 100 SMLMV.

Daño a la salud a favor de Yeniffer Mena Vivas (en calidad de hermana): 90 SMLMV.

Sumas todas que resulta improcedente reconocer como quiera que, se itera, no hay elementos de convicción que nos lleven a considerar siquiera indiciariamente probada la responsabilidad civil que se exige en contra de las accionadas. La H. Corte Suprema de Justicia expone que, para acceder al pago del perjuicio moral, este debe tasarse teniendo en cuenta: “(...) *la incidencia del daño “en la esfera particular de la persona”; con la afectación que le causó en “su comportamiento” y “sus sentimientos”; con la generación de “aflicción, soledad, (...) abandono e incluso (...) repudio familiar o social”; y con “las circunstancias especiales que rodearon este proceso”*”¹⁴.

En efecto, el reconocimiento por concepto de perjuicios morales tiene como finalidad otorgar a la víctima una satisfacción íntima que borre y compense la angustia y el dolor sufrido por un hecho dañoso. No obstante, la suma por este perjuicio es determinada única y exclusivamente por el Juez en la sentencia, con base en lo establecido jurisprudencialmente y según las pruebas aportadas al proceso; para ello, la parte demandante deberá acreditar los elementos constitutivos de la responsabilidad civil y, como consecuencia, existirá eventualmente el pago o indemnización por el daño y los perjuicios que se prueben; en caso de reconocerse dicho concepto, deberá ajustarse a los límites fijados por la H. Corte Suprema de Justicia, a través de la cual hay senda jurisprudencia en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales.

Dicho lo anterior, es menester señalar que para la H. Corte Suprema de Justicia, los valores que pueden eventualmente reconocerse por el concepto de daño moral, cuando este se origina de la muerte de una

¹⁴ SC16690-2016, Radicación n.º 11001-31-03-008-2000-00196-01 Magistrado Ponente: Álvaro Fernando García Restrepo (10 de mayo de 2016)

persona como las indicadas en el libelo genitor, se admite el reconocimiento eventual a las personas que se encuentran dentro del primer grado de consanguinidad y afinidad, frente a quienes la causación del mismo se presume, puesto que se trata de un nivel de cercanía con la víctima directa que permite, por reglas de la experiencia, inferir su existencia; frente a casos como el que nos asiste ha indicado y concedido la H. Corte lo siguiente:

“(…) Con relación al «daño extrapatrimonial», correspondiente a los perjuicios morales y daño a la vida de relación, a pesar de los señalamientos concretos de los montos reclamados, en razón de que su tasación corresponde al juez basado en las reglas de la experiencia, a partir de las circunstancias probadas en el juicio y apoyado en la jurisprudencia, para la proyección o cálculo de lo que eventualmente podría fijarse por dichos conceptos, se tomaría el mayor valor que se haya venido reconociendo, por ejemplo, por la muerte de un hijo en favor de sus padres, esposa (o), compañero (a) permanente, hijos y hermanos.

(…) En ese contexto, la tasación realizada por esta Sala en algunos eventos en los que se ha reclamado indemnización del perjuicio moral para los padres, hijos y esposa, de la persona fallecida, se determinó su cuantía en la cantidad de \$60'000.000, lo cual implica que en principio sería esa la mayor suma a reconocer por dicho concepto. (…)”¹⁵.

“(…) En efecto, las circunstancias del inmenso dolor que se refleja en la ferocidad y barbarie de las acciones padecidas por los demandantes daban, con toda seguridad, lugar a que el Tribunal impusiera una condena acorde con esa realidad, así fuese tomando la suma que como guía por entonces tenía la Corte establecida desde 2012 y que, frente a la indecible atrocidad de los eventos narrados y probados en este proceso ameritan –para este caso particular- una suma mayor a la que entonces tenía dispuesta (\$60,000,000.00) y que hoy reajusta a setenta y dos millones de pesos (\$72,000,000.00) para el daño moral propio sufrido por los demandantes a raíz del fallecimiento de padres, hijos, esposos y compañeros permanentes, la mitad de ese valor para hermanos, abuelos y nietos y la cuarta parte para el resto de parientes (…)”¹⁶

Así entonces, se encuentra que en un escenario en el que el perjuicio ha sido superior al que en este caso se indica por el accionante (conforme a lo pretendido y probado específicamente en este concepto indemnizable de la demanda), la H. Corte Suprema de Justicia ha determinado que cuando se

¹⁵ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia AC4184-2017 del 30 de junio del 2017. Radicación No. 11001-02-03-000-2017-00670-00. M.P.: Dr. Luis Alonso Rico Puerta.

¹⁶ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia SC5686-2018 del 19 de diciembre del 2018. Radicación No. 05736 31 89 001 2004 00042 01. M.P.: Dra. Margarita Cabello Blanco

encuentran debidamente demostrados, el valor máximo a reconocer es de SESENTA MILLONES DE PESOS (\$ 60.000.000) para las personas dentro del primer grado de consanguinidad, y que este se morigera por la mitad y se reconoce frente a los demás accionantes siempre que se haya acreditado su causación, por ello, surge menester que en el eventual e hipotético caso de reconocerse que hay lugar a indemnizar el daño que se aduce, su reparación se otorgue, una vez esté diáfananamente probada la responsabilidad de la demandada, confrontando el precedente jurisprudencial de la H. Corte Suprema de Justicia en la materia y limitándolo a los montos que a derecho correspondan.

Empero, es de insistir en que, en lo que atañe a las personas dentro del segundo, tercer, cuarto y quinto grado de consanguinidad o afinidad, o terceros supuestamente afectados, el concepto indemnizable del daño moral no es objeto de presunción, de manera que es menester aportar todos los elementos de convicción que le demuestren al Juzgador su efectiva causación.

En ese orden de ideas, es posible advertir que para el caso que nos asiste, NO se han aportado ni tampoco solicitado, elementos de prueba para dar por causado el daño moral frente a Alba Lucía Vivas en calidad de tía de la fallecida, ni frente a Yeniffer Mena Vivas y Yuliana Mena Vivas en calidad de hermanas de la fallecida. De manera que el reconocimiento de este concepto indemnizable para los mismos es palmariamente inadmisibile; por lo que el Juzgador deberá tener en cuenta lo anterior, a la hora de determinar una eventual condena en contra del extremo pasivo de este litigio. Ciertamente, en el plenario no consta ningún medio de prueba que otorgue respaldo a lo indicado en las pretensiones de tipo inmaterial, por ejemplo, no se observa récord de tratamiento o consulta médica por psicología, mucho menos psiquiatría, que dieran pie a considerar un agravio moral por el monto indemnizatorio denunciado por los aludidos accionantes, ni siquiera se solicita prueba testimonial para acreditarlo; y como resultado, es preciso que el Juzgador despache desfavorablemente las pretensiones relativas a estos actores.

Se recuerda además que, es el Juez en el desarrollo de la etapa probatoria quien determinará si efectivamente hubo responsabilidad a cargo de los aquí demandados, y en caso de que este improbable suceso ocurra, atendiendo las circunstancias específicas del caso, entrará a determinar el verdadero grado de afectación del demandante y fijará los montos de indemnización a que haya lugar, sin que estos puedan exceder los límites fijados por el Máximo Tribunal de lo Contencioso Civil, respecto de la reparación o compensación de los perjuicios inmateriales, en este caso, frente al daño moral.

Recuérdese que la indemnización por un daño ocurrido, luego de que se haya producido una declaratoria de responsabilidad civil en contra de la parte pasiva, no debe nunca enriquecer a los demandantes, en un franco desmedro de aquella; toda vez que el daño a indemnizar, debe corresponderse exactamente

con la magnitud del mismo, y con las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las cuales ocurrió el mencionado suceso, ni más ni menos.

Con todo, en gracia de discusión, y sin que implique reconocimiento de responsabilidad en ningún sentido, solicito al Juez de la manera más respetuosa que, tenga en cuenta que, para la tasación de este perjuicio, sólo si eventualmente y remotamente hay lugar a ello, debe ajustarse a los límites jurisprudencialmente establecidos, atendiendo a criterios razonables y proporcionales que no generen un enriquecimiento injustificado en favor del demandante, en un franco desmedro de la contraparte.

Se puede concluir que es evidente que, con la petición de pago por concepto de daño moral indiscutiblemente el actor desea lucrarse, pues tales sumas no están acreditadas en el plenario, de hecho, ni siquiera está acreditada la responsabilidad civil que se deprecia. Así las cosas, la tasación de los perjuicios morales adolecen de un título válido, que acredite la existencia de obligación indemnizatoria, pues debe recordarse que en el derecho colombiano no es admisible el reconocimiento de indemnización alguna por hechos que no constituyan un verdadero daño, es decir, que el detrimento o perjuicio debe ser cierto y no basado en premisas hipotéticas. En el caso que nos ocupa, no hay elementos de juicio o pruebas que puedan utilizarse para calcular los supuestos perjuicios reclamados, ni mucho menos que acrediten la eventual obligación de las partes demandadas en esta contienda.

En la actualidad, como es bien sabido, el en algún momento denominado “daño a la vida de relación”, es conocido y equiparado vía jurisprudencial al daño a la salud y, a pesar de las diferentes denominaciones que ha recibido a lo largo del tiempo, de manera pacífica se ha establecido que pretende reparar el mismo perjuicio sufrido en la órbita física y psicológica de la víctima, sin que este tipo de perjuicio tenga por vocación reconocerse en todos los casos, pues hoy el mismo se ha admitido excepcionalmente cuando se trata de lesiones graves, que afecten la órbita de desenvolvimiento del lesionado y sólo para ser indemnizado a la víctima directa, por estar asociado estrictamente con lesiones físicas, anatómicas o como su nombre lo indica a la salud, veamos:

En sentencia del 14 de septiembre de 2011, proferidas por la Sala Plena de la Sección Tercera, del Consejo de Estado, en los procesos radicados No. 38.222 y 19.03120, se estableció:

“(...) De modo que, el “daño a la salud” -esto es el que se reconoce como proveniente de una afectación a la integridad psiocofísica- ha permitido solucionar o aliviar la discusión, toda vez que reduce a una categoría los ámbitos físico, psicológico, sexual, etc., de tal forma que siempre que el daño consista en una lesión a la salud, será procedente determinar el grado de afectación del Derecho Constitucional y fundamental (artículo 49 C.P.) para determinar una indemnización por

ese aspecto, sin que sea procedente el reconocimiento de otro tipo de daños (v.gr. la alteración de las condiciones de existencia), en esta clase o naturaleza de supuestos". (Negrilla y subrayado mío).

En ese mismo sentido se pronuncia el Dr. Enrique Gil Botero¹⁷, quien es el magistrado ponente de la sentencia mencionada en el párrafo anterior, al indicar lo siguiente:

"Se reconoce de este modo una valoración del daño a la persona estructurado sobre la idea del daño corporal, sin tener en cuenta categorías abiertas que distorsionen el modelo de reparación integral. Es decir, cuando la víctima sufra un daño a la integridad psicofísica sólo podrá reclamar los daños materiales que se generen de esa situación y que estén probados, los perjuicios morales de conformidad con los parámetros jurisprudenciales de la Sala y, por último, el daño a la salud por la afectación de este Derecho Constitucional.

Lo anterior, refuerza aún más la necesidad de readoptar la noción de daño a la salud, fisiológico o biológico, como lo hace ahora la Sala, pero con su contenido y alcance primigenio, esto es, referido a la afectación o limitación a la integridad psicofísica de la persona, como quiera que al haberlo subsumido en unas categorías o denominaciones que sirven para identificar perjuicios autónomos y que han sido reconocidos en diferentes latitudes, como por ejemplo la alteración a las condiciones de existencia (v.gr. Francia), se modificó su propósito que era delimitar un daño común (lesión a la integridad corporal) que pudiera ser tasado, en mayor o menor medida, a partir de parámetros objetivos y equitativos, con apego irrestricto a los principios constitucionales de dignidad humana e igualdad. En otros términos, un daño a la salud desplaza por completo a las demás categorías de daño inmaterial como lo son la alteración grave a las condiciones de existencia -antes denominado daño a la vida de relación- precisamente porque cuando la lesión antijurídica tiene su génesis en una afectación negativa del estado de salud, los únicos perjuicios inmateriales que hay lugar a reconocer son el daño moral y el daño a la salud". (Negrilla y subraya fuera de texto original).

El daño a la salud, podríamos decir, es un perjuicio ajeno a la jurisdicción Civil, pues su reconocimiento ha estado dado en la jurisdicción Contenciosa Administrativa, que ha fijado los criterios para su reconocimiento, siendo un perjuicio especialísimo que requiere prueba fehaciente sobre su existencia sin que se admita ninguna presunción al respecto, frente a la cual la sentencia de unificación del Consejo de Estado, proferida por la Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, sentencia de

¹⁷ El daño a la salud en Colombia - retos frente a su delimitación, valoración y resarcimiento, Enrique Gil Botero, <http://revistas.uxternado.edu.co/index.php/Deradm/article/view/3385/3554>

unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 26.251, M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, indicó lo siguiente:

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

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

Por lo tanto, la pretensión por este concepto no se encuentra probada, es desbordada y no se ajusta a los criterios que sobre este tipo de perjuicio ha establecido la jurisprudencia, no siendo procedente su reconocimiento, para lo cual nos remitimos a la argumentación expuesta en el literal anterior.

Ahora bien, como se ha podido entrever a lo largo de la oposición al reconocimiento de este perjuicio, la apoderada de la parte demandante incurre en un error al solicitar el reconocimiento de este perjuicio a favor de Bertha Inés Vivas (en calidad de madre) y de Yeniffer Mena Vivas (en calidad de hermana), debido a que, como ha quedado decantado jurisprudencialmente, es un perjuicio que se RECONOCE ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE A FAVOR DE LA VÍCTIMA, cuando se logra probar. El caso que nos cita al presente proceso judicial trata del fallecimiento de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) quien es la víctima directa, razón por la cual ni Bertha Inés Vivas (en calidad de madre) ni Yeniffer Mena Vivas (en calidad de hermana) ni ninguna otra persona, tiene derecho al reconocimiento y pago de este perjuicio.

Me opongo frente a la declaratoria de la suma pretendida a título de lucro cesante futuro para el menor Jacobo Álvarez Mena quien en calidad de hijo de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), supuestamente dejará de percibir la suma de \$ 25.000.000 por dicho perjuicio. Cabe destacar, que dentro del proceso no obra prueba que demuestre algún tipo de ingresos generados y dejados de percibir, de manera que no se sustenta ni se prueba el lucro cesante futuro aquí solicitado. No se aporta documento alguno, en donde se demuestre afiliación al sistema de salud como cotizante, o al de riesgos laborales, ni tampoco al sistema de seguridad social en pensiones, lo que demuestra que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) no realizaba ninguna actividad productiva.

Ahora, debido a que no obra en el expediente ningún documento que acredite la vinculación laboral de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) a ninguna empresa o entidad, se debe observar lo que establece el artículo 17 de la Ley 100 de 1993:

“ARTICULO 17 OBLIGATORIEDAD DE LAS COTIZACIONES. Modificado por el artículo 4 de la Ley 797 de 2003. Durante la vigencia de la relación laboral y del contrato de prestación de servicios, deberán efectuarse cotizaciones obligatorias a los regímenes del sistema general de pensiones por parte de los afiliados, los empleadores y contratistas con base en el salario o ingresos por prestación de servicios que aquellos devenguen”.

Por lo anterior, no hay lugar a sumar el factor prestacional para efectos de liquidar el lucro cesante consolidado y futuro, toda vez, que esto sólo es aplicable en los casos en los que exista un vínculo laboral, y como ya se dijo, la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), no realizaba aportes al Sistema de Seguridad Social Integral como trabajador dependiente, razón suficiente, para que no se pueda liquidar el lucro cesante consolidado y futuro, teniendo en cuenta el veinticinco por ciento (25 %) correspondiente al factor prestacional.

De igual manera, si de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) se acreditara una labor de trabajo independiente, tampoco es dable incrementar el veinticinco por ciento (25 %) de factor prestacional por cuanto los trabajadores independientes deben correr con sus propios gastos de seguridad social, como lo establece el artículo 135 de la Ley 1753 de 2015:

“ARTÍCULO 135. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN (IBC) DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes por cuenta propia y los independientes con contrato diferente a prestación de servicios que perciban ingresos mensuales iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente (smmlv), cotizarán mes vencido al Sistema Integral de Seguridad Social sobre un ingreso base de cotización mínimo del cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado de sus ingresos, sin incluir el valor total del Impuesto al Valor Agregado (IVA), cuando a ello haya lugar, según el régimen tributario que corresponda. Para calcular la base mínima de cotización, se podrán deducir las expensas que se generen de la ejecución de la actividad o renta que genere los ingresos, siempre que cumplan los requisitos del artículo 107 del Estatuto Tributario.

En caso de que el ingreso base de cotización así obtenido resulte inferior al determinado por el sistema de presunción de ingresos que determine el Gobierno Nacional, se aplicará este último según la metodología que para tal fin se establezca y tendrá fiscalización preferente por parte de

la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP). No obstante, el afiliado podrá pagar un menor valor al determinado por dicha presunción siempre y cuando cuente con los documentos que soportan la deducción de expensas, los cuales serán requeridos en los procesos de fiscalización preferente que adelante la UGPP.

En el caso de los contratos de prestación de servicios personales relacionados con las funciones de la entidad contratante y que no impliquen subcontratación alguna o compra de insumos o expensas relacionados directamente con la ejecución del contrato, el ingreso base de cotización será en todos los casos mínimo el 40% de valor mensualizado de cada contrato, sin incluir el valor total el Impuesto al Valor Agregado (IVA), y no aplicará el sistema de presunción de ingresos ni la deducción de expensas. Los contratantes públicos y privados deberán efectuar directamente la retención de la cotización de los contratistas, a partir de la fecha y en la forma que para el efecto establezca el Gobierno Nacional.

Cuando las personas objeto de la aplicación de la presente ley perciban ingresos de forma simultánea provenientes de la ejecución de varias actividades o contratos, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas por cada uno de los ingresos percibidos de conformidad con la normatividad aplicable. Lo anterior en concordancia con el artículo 5o de la Ley 797 de 2003”.

Por lo tanto, tampoco hay lugar a sumar al ingreso el factor prestacional del 25%, pues cuando la vinculación se realiza mediante contrato de prestación de servicios es el trabajador independientemente quien debe asumir y pagar en su totalidad las cotizaciones siendo estas un valor a descontar del ingreso bruto.

Al respecto se pronunció en reciente sentencia del 3 de julio de 2018 la Sala Civil de la Honorable Corte Suprema de Justicia, M.P. MARGARITA CABELLO BLANCO, expediente SC2498-2018, que estableció lo siguiente:

“Indemnización debida o consolidada:

12.1 En vista que la indemnización de perjuicios por lucro cesante está atada a lo que la demandante dejó de percibir en el establecimiento ‘Cantares 60 y 70’, y por referenciado se tiene que son servicios prestados los fines de semana, se tomará como base el salario mínimo diario legal vigente (SMDLV) para el año 2005, fecha de la ocurrencia de los hechos, el cual era de \$

12.716,67, sin perjuicio de adoptar el del presente año 2018 (\$ 26.041,40), siempre que el primero resulte inferior, una vez actualizado a valor presente, por razones de equidad.

La actualización se hará como sigue:

$Ra = Rh (\$ 12.716,67) \text{ índice final} - \text{febrero /2018 (140,71)}$

$\text{Índice inicial} - \text{octubre/2005 (83,95)}$

$Ra = \$ 21.314,62$

Toda vez que el valor actualizado es inferior al salario mínimo diario legal vigente a la fecha de esta providencia, se liquidará el lucro cesante con aplicación de esta última suma (\$ 26.041,40), ello multiplicado por 8 días al mes, para un total de ingresos de \$ 208.331,2.

A lo anterior no se le adicionará el 25 % correspondiente a prestaciones sociales dado que de las certificaciones expedidas no se desprende nítidamente que la prestación de servicios de la reclamante se encuentre amparada en un contrato de trabajo". (Negrilla y subraya fuera de texto original).

La Honorable Corte Suprema de Justicia ha sido enfática en sostener que el resarcimiento del daño, en su modalidad de lucro cesante y más aún, tratándose del calificado como «futuro», se reitera, resulta viable en cuanto el expediente registre prueba concluyente y demostrativa de la verdadera entidad y extensión cuantitativa del mismo. En caso contrario, se impone *“rechazar por principio conclusiones dudosas o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener apoyadas tales conclusiones en simples esperanzas, expresadas estas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación teórica, y no en probabilidades objetivas demostradas con el rigor debido”*¹⁸.

Dentro del expediente no obra ni siquiera una mención de cuál era la actividad laboral o económica que tenía la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), no obra un sólo documento que certifique sus ingresos mensuales, tampoco dentro de los hechos de la demanda se afirma algo al respecto. Esta omisión es sumamente importante que la tenga en cuenta el Honorable Despacho, puesto que, como lo ha manifestado reiteradamente el Cuerpo Colegiado de cierre en lo Civil, debe anexarse al proceso

¹⁸ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia CSJ SC11575-2015, Rad. 2006-00514-01.

judicial prueba que realmente evidencie y certifique las ganancias de una persona para, en caso que sea procedente, reconocer el perjuicio material de lucro cesante en la modalidad futura.

Se incurre en un error en el cálculo de este tipo de perjuicio por parte de la apoderada de la parte demandante toda vez que no hace un derrotero explicativo de la razón por la que se llega a la suma solicitada. Obsérvese que en la pretensión simplemente indica el tipo de perjuicio, la persona a la que se le debe reconocer, la suma que se debe reconocer y no más, no se explica objetivamente el método que fue utilizado para dicho cálculo, el procedimiento para llegar a cada una de las sumas de dineros solicitadas ni el soporte jurídico, normativo ni jurisprudencial utilizado para aplicar dicha fórmula. Como es bien sabido, para la debida tasación de este tipo de perjuicios materiales, en la actualidad existen fórmulas, pautas y métodos abiertamente conocidos para demostrar los verdaderos perjuicios.

Por otra parte, es inaudito que se pretenda el pago de la totalidad del ingreso de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) para los menores Jacobo Álvarez Mena y Mariana Rentería Mena, toda vez que de allí se debe descontar los gastos propios de su manutención. Además, no se tiene certeza de la expectativa de vida de ninguno de los menores, para efectos de liquidar una eventual suma de dinero.

Por lo tanto, como la valoración del daño material está mal tasada y liquidada, no puede prosperar esta petitio debido a que la responsabilidad de los demandados no ha sido demostrada, ni existe fundamento fáctico y jurídico.

Es menester recordar, que este tipo de perjuicio consiste en la pérdida de una ganancia o de una utilidad económica ya generada por parte de la víctima como consecuencia del daño atribuible al demandado, razón por la cual los valores correspondientes a este tipo de indemnización no son presumibles.

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

IV. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

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

Solicito al juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda, todas las planteadas por el apoderado de SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. las cuales coadyuvo, en cuanto favorezcan los intereses de mi procurada, y en ese mismo sentido y tenor las que expongo a continuación.

2. AUSENCIA DE CULPA IMPUTABLE A SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. POR ESTAR ACREDITADO EL PROCEDER DILIGENTE DE SU PERSONAL MÉDICO.

Se formula esta excepción en virtud de que, en atención a las consignas de la historia clínica que milita en el plenario, la atención de salud que proporcionaron las clínicas demandadas, se ajustaron a los protocolos que rigen la lex artis y tuvieron como norte la recuperación de la salud de la paciente y la salvaguarda de su vida. De acuerdo al récord de atención médica suministrada por las clínicas, se constata que estas en ningún momento desatendieron a la paciente o fue negligente en la atención que le suministró. Cada una de las decisiones que se tomaron por la demandada obedecieron a las circunstancias específicas de la condición de la paciente, y por contera, el lamentable resultado que acaeció posteriormente, no resulta atribuible a ella.

Se recuerda que, si bien a lo largo de los hechos de la demanda principal se transcribió casi que cronológicamente la historia clínica de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), no es posible identificar una acción indebida, una omisión o negligencia por parte de las demandadas. De hecho, como se puede observar a lo largo de la historia clínica de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), padecía de múltiples enfermedades y comorbilidades que concatenadamente ocasionaron el trágico final de la paciente. Obsérvese que, desde el hecho segundo de la demanda, se pone de presente que la paciente fue diagnosticada con LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES), penosa enfermedad que ataca el tejido sano de quien la padece, es decir, es una enfermedad autodegenerativa. Producto de esa enfermedad es diagnosticada con ENFERMEDAD RENAL TERMINAL que complicó severamente su salud y estilo de vida, a tal punto que para poder vivir debía someterse a diálisis diariamente.

La demanda está llena de aseveraciones sumamente anti técnicas, luego que no describen todas las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon los hechos, para efectos de exponer al Despacho la génesis de la presunta negligencia que aquí censura. Pues, como bien se expuso en la contestación de la demanda de SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. y a lo largo de lo observado en la historia clínica de la paciente, su deceso no se debió a una mala praxis por parte del personal médico que la atendió en todo momento, sino que se ocasionó por sus penosas y agresivas enfermedades, que debilitaron su cuerpo al punto que tuvo un compromiso total de sus órganos, consecuencia directa de la enfermedad LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES), que, como su nombre lo indica, ataca todo el sistema y sus órganos.

De otro lado, es de recordar que, tratándose del reproche de actuaciones médicas, es vital que el extremo actor no solamente identifique las conductas que censura, sino que acompañe a su dicho con las pruebas técnicas y médico –científicas que lo soporten, carga probatoria que no ha sido asumida por la activa de esta acción. Ello resulta importantísimo puesto que, tratándose de la ciencia médica, resultaría inadmisibles realizar un juicio de responsabilidad sin evidencias de dicha naturaleza; calificar la actuación médica que aquí se analiza de inadecuada, imperita o negligente sin elementos de convicción técnicos y con el mero dicho del accionante, trascendería en la censura arbitraria de las competencias profesionales de los galenos de las clínicas demandadas y la imposición de obligaciones indemnizatorias injustificadas y un enriquecimiento sin justa causa a favor de los accionantes.

Además, la eventual determinación de las causas que dieron origen al lamentable fallecimiento de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) corresponde de manera indelegable al Juzgador, quien, haciendo aplicación de las reglas de la lógica y la sana crítica, debe valorar en conjunto todos los elementos de prueba incorporados al plenario y decidir de fondo. De manera que al accionante no le atañe realizar ningún juicio de valor frente a la existencia o no de una obligación indemnizatoria a cargo de la demandada, sobre todo cuando no hay evidencias documentales que lo respalden.

Y, de otra parte, itero que, contrario a lo que se asevera por los demandantes, las pruebas allegadas permiten relevar de cualquier responsabilidad a cargo de las demandadas SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. y FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A., desatinadamente pretenden los demandantes, y, por contera, cualquier responsabilidad indemnizatoria que se pretenda en contra de mi mandante como llamada en garantía por SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. En efecto, las consignas de la historia clínica que milita en el plenario, validan que la atención de salud que proporcionaron las clínicas, se ajustó a los protocolos que rigen la *lex artis*; quedó demostrado con dicho documento que desde el instante en el que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) ingresó a cada una de las clínicas, estas prestaron la atención de urgencias y hospitalización necesaria para estabilizar los signos vitales de la paciente y salvaguardar su integridad física, realizando los exámenes y procedimientos a los que había lugar, y suministrando la medicación que era necesaria y demandada en cada uno de los momentos específicos.

La señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) fue diagnosticada con la enfermedad de LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) el 13 de abril de 2012:

Etiología y Patologías acompañantes

Fecha	Código	Diagnóstico	Situación Actual
08/10/2014	I15.1	Hipertensión secundaria hipertension secundaria a otros trastornos renales	Activo
13/04/2012	M32.9	Lupus eritematoso sistémico lupus eritematoso sistémico, sin otra especificación	Activo

Como se dijo anteriormente y citando terminología médica y en ciencias de la salud:

“LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria. En esta enfermedad, el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error el tejido sano. Este puede afectar la piel, las articulaciones, los riñones, el cerebro y otros órganos”¹⁹. (Señalado propio).

Como se observa, es una penosa enfermedad en la que el sistema inmunitario del cuerpo se ataca a sí mismo por error, destruyendo progresivamente el tejido sano del cuerpo humano. Para el caso en particular, observamos a lo largo de toda la historia clínica de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) se vio principalmente comprometido su sistema renal. Es desde el momento en que la paciente es diagnosticada que comienza a padecer una innumerable cantidad de problemas en su estado de salud y su cuerpo, pues dicha enfermedad es autoinmunitaria.

De hecho, nótese que en la historia clínica de noviembre de 2014 se observa que la paciente comenzaba a tener un compromiso múltiple (articular, dermatológico, renal y hematológico):

Realizado por: Dr. Juan Guillermo Guevara Garcia	
Fecha:	11/11/2014 12:48:32 p.m. Impresión diagnóstica:
Comentario:	PACIENTE DE 26 AÑOS CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DESDE HACE 2 AÑOS. CON TRATAMIENTO INTERMITENTE DE INMUNOSUPRESIÓN, ACTUALMENTE COMPROMISO MÚLTIPLE (ARTICULAR, DERMATOLÓGICO, RENAL Y HEMATOLÓGICO) QUE EN EL MES DE OCTUBRE (07) INGRESA A URGENCIAS POR DISNEA Y EDEMA, CON ELEVACIÓN DE AZÚCAROS, QUE SE LOGRA MANEJAR URGENCIA CON PULSOS DE METILPREDNISOLONA, SIN EMBARGO REINGRESA LUEGO DE 1 SEMANA POR EL SERVICIO DE URGENCIAS CON CUADRO COMPATIBLE CON URGENCIA DIALÍTICA, ES INGRESADA A UCI, DONDE SE INICIA TRR TIPO HEMODIALISIS (31/10/14) BIEN TOLERADA, POR PERSISTENCIA DE CUADRO RENAL ES REMITIDA PARA CONTINUAR MANEJO INTERDIARIO POR UNIDAD DE HEMODIALISIS AMBULATORIA.

Sólo un mes después, como lo pudimos observar también en la historia clínica, desde diciembre de 2014, la paciente es diagnosticada con insuficiencia renal terminal:

¹⁹ Tomado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000435.htm>

Realizado por: Dr. Juan Guillermo Guevara García

Fecha: 18/12/2014 11:27:48 a.m. Impresión diagnóstica: N18 Insuficiencia renal crónica

Comentario: EVOLUCION DICIEMBRE 2014 DIALISIS PERITONEAL

Razón de la consulta: PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL DE ORIGEN REUMATOLÓGICO DEBIDO A QUE LA PACIENTE TIENE DIAGNOSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON NEFRITIS LÚPICA CON COMPROMISO SISTÉMICO (CLASE IV) E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. QUE PRESENTA SINTOMATOLOGÍA UREMICA DESDE EL MES DE OCTUBRE 2014. CON EVIDENCIA DE UREMIA ELEVADA. POR LO CUAL SE PRESENTA ALTO RIESGO DE RIESGO CARDIOVASCULAR. SE INICIA PROCESO DE ENTRENAMIENTO, SUSPENDIENDO HEMODIALISIS, SE PRESCRIBE ESQUEMA ESTANDAR 1.5-2.3-1.5-2.3% EL PACIENTE REFIERE BUEN APETITO, ACTIVO Y ALERTA, CON ALTERACION EN EL CICLO SUEÑO VIGILIA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, TA 100/60 MMHG, FC 72 X MIN, FR 18 X MIN. CARDIOPULMONAR SIN HALLAZGOS ANORMALES ABDOMEN BLANDO, ORIFICIO DE SALIDA SANO. CON EDEMA MIEMBROS INFERIORES HASTA LINEA PRETIBIAL PROXIMAL. CON LESIONES CUTANEAS PLANAS HIPOPIGMENTADAS NO DESCAMATIVAS MEDICION DE COMPOSICION CORPORAL MUESTRA: PESO AL LLEGAR 64.2KG CON BCM 61.8KG. SOBRESHIDRATACION + 2.4LTS.

Como se dijo anteriormente y citando terminología médica y en ciencias de la salud:

“ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL

Descripción general

La enfermedad renal en etapa terminal, también conocida como insuficiencia renal en etapa terminal, se produce cuando la enfermedad renal crónica (es decir, la pérdida gradual de la función renal) alcanza un estado avanzado. En la enfermedad renal en etapa terminal, los riñones ya no trabajan al nivel que demanda el cuerpo.

Los riñones filtran los desechos y el exceso de líquidos que hay en la sangre, los cuales se excretan en la orina. Cuando los riñones pierden la capacidad para filtrar, pueden acumularse niveles nocivos de líquido, electrolitos y desechos en el cuerpo.

*En la enfermedad renal en etapa terminal, [se] necesita diálisis o un trasplante de riñón para mantener[se] con vida. **Sin embargo, también [se] puede optar por cuidados médicos conservadores para controlar los síntomas con el objeto de lograr la mejor calidad de vida durante el tiempo que resta vivir**²⁰. (Negrilla y subrayado nuestro).*

Como se observa, el paciente que padece ENFERMEDAD RENAL TERMINAL debe someterse a procedimientos de diálisis o trasplante de riñón para mantenerse con vida. Se trata entonces de una situación crítica en la que se ve comprometido de manera grave el sistema renal de una persona. Para el caso de marras, la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), según se observó a lo largo de la historia clínica, debía realizarse diálisis de manera diaria, procedimiento que podía hacer en su casa.

²⁰ <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/end-stage-renal-disease/symptoms-causes/syc-20354532>

Sin embargo, siendo una enfermedad terminal, dicho procedimiento era monitoreado mensualmente por los galenos, por tal razón la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) debía asistir a controles médicos cada mes, como así se observó en la historia clínica.

Ahora bien, como también se puede observar en la historia clínica, la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) padecía de terribles enfermedades que dificultaron aún más su estado de salud e incidieron directamente en su fatal deceso:

Etiología y Patologías acompañantes

Fecha	Código	Diagnóstico	Situación Actual
08/10/2014	I15.1	Hipertensión secundaria hipertension secundana a otros trastornos renales	Activo
13/04/2012	M32.9	Lupus eritematoso sistémico. lupus eritematoso sistémico, sin otra especificación	Activo

Realizado por: Dr. Juan Guillermo Guevara García

Fecha: 06/03/2015 11:58:29 a.m. Impresión diagnóstica: N18 Insuficiencia renal crónica

Comentario: EVOLUCION MARZO 2015 DIALISIS PERITONEAL

Razón de la consulta: PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL DE ORIGEN EN NEFRITIS LÚPICA CON CLASE IV E HIPERTENSIÓN ARTERIAL RECIBE DIALISIS PERITONEAL MANUAL CON ESQUEMA 1.5-2.3-1.5-2.3% CON INFUSIÓN DE 2 LITROS. CON ESTO ULTRAFILTRA ALREDEDOR DE 1500 CC. DICE QUE TIENE DIURESIS RESIDUAL MENOR A 1 LITRO EN EL DÍA. CON REFERENCIA DE NAUSEAS Y VOMITOS PERSISTENTES, SE ORDENA ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS PARA DETERMINAR CAUSA. EL PACIENTE REFIERE BUEN APETITO, ACTIVO Y ALERTA, CON ALTERACIÓN EN EL CICLO SUEÑO VIGILIA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, TA 180/110 MMHG, FC 72 X MIN, FR 18 X MIN. SE EVIDENCIA HIPERTENSIÓN SECUNDARIA A CUADRO DE SOBrehIDRATACION. CARDIOPULMONAR SIN HALLAZGOS ANORMALES. ABDOMEN BLANDO, ORIFICIO DE SALIDA SANO. PERO SE OBSERVA MASA PERIUMBILICAL RENTENTE QUE OBEDECE A FUGA DE LIQUIDO DE DIALISIS A TEJIDOS BLANDOS PERIUMBILICALES, NO SE PALPA ORIFICIO HERNIARIO. CON EDEMA MIEMBROS INFERIORES HASTA LINEA PRETIBIAL PROXIMAL. CON LESIONES CUTANEAS PLANAS HIPOPIGMENTADAS NO DESCAMATIVAS. MEDICION DE COMPOSICION CORPORAL MUESTRA: PESO AL LLEGAR 65.4KG CON BCM 60.8KG. SOBrehIDRATACION + 4.6LTS. REFIERE QUE EN EL DÍA DE ANTEAYER ACUDE A LA REALIZACIÓN DE QUIMIOTERAPIA EV, DONDE SUMINISTRAN +/- 2.5LT. ACTUALMENTE CON NAUSEAS Y VOMITOS PERSISTENTES. PERSISTENTE SECUNDARIO A ESTO.

Plan de manejo: 1. METOCLOPRAMIDA AMP 10MG/2ML EV DOSIS ÚNICA, PARA DISMINUIR NAUSEAS, CON RECOMENDACIÓN PARA MEDICO TRATANTE EN UNIDAD DE ONCOLOGIA, PARA LA ADMINISTRACION DE ONDANSETRON. 2. POR AHORA SE DEJA ESQUEMA DE DIALISIS PERITONEAL MANUAL IGUALS ASI CAMBIOS 1.5 - 2.3 - 1.5 - 2.3%, INFUSION DE 2 LITROS; CON RECOMENDACIÓN QUE EL DÍA DE APLICACIÓN DEL MEDICAMENTO (CICLOSFAMIDA) SE REALICE PESAJE PREVIO Y POSTERIOR A LA APLICACIÓN, PARA COMPARAR GANANCIA HIDRICA. 3. ERITROPOYETINA 1200UI SEMANALES 4. SE CONTINUA IGUAL ESQUEMA ANTIHIPERTENSIVO 5. CONTROL CON LA INGESTA DE ALIMENTOS CON CONTENIDO DE FOSFORO 6. RESTO DE MANEJO MEDICO INSTAURADO IGUAL

Fecha: 06/11/2015 11:00:36 a.m. Impresión diagnóstica: N18 Insuficiencia renal crónica

Comentario: EVOLUCION MENSUAL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA - NOVIEMBRE 2015

Razón de la consulta: PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL DE ORIGEN EN NEFRITIS LÚPICA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL RECIBE DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA CON MODALIDAD CÍCLICA CONTINUA CON 5 CICLOS CON INFUSIÓN DE 1.8 LITROS Y ÚLTIMA INFUSIÓN DE 600 CC. MONTAJE DE LA MÁQUINA CON 2 BOLSAS DE 6 LITROS DE 2.3% Y 3 VECES POR SEMANA 2.3% Y 4.25%, CON ESTO ULTRAFILTRA ALREDEDOR DE 800 A 900 CC/DÍA, DICE QUE NO HA VUELTO A TENER DIURESIS RESIDUAL Y LO POQUITO QUE ORINA LE PRODUCE TENESMO VESICAL. ***YA FUE VISTA POR GINECOLOGÍA Y LE TOMARON CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL QUE MOSTRÓ UNA NEOPLASIA INTAEPITELIAL Y PRESENCIA DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO; DEFINIERON NECESIDAD DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL**

Frente a este particular deberé indicar desde ya que las anteriores anotaciones de la historia clínica evidencian que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) presentaba un conjunto de enfermedades que agravaban considerablemente su estado de salud y que hacían compleja una mejoría con la

celeridad esperada; luego que, patologías como la hipertensión secundaria, la realización de quimioterapias intravenosas, la neoplasia intraepitelial y la presencia del virus de papiloma humano las cuales eran preexistentes al ingreso a la CLÍNICA NUESTRA, revisten de por sí suficiente gravedad como para enlentecer, dilatar o incluso entorpecer la mejoría de la condición de la paciente; además, era un escenario que exigía de la clínica un actuar prudente y mesurado toda vez que era indispensable adelantar todo un conjunto de exámenes antes de someterla a cualquier procedimiento o intervención.

A lo largo de la historia clínica de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) se observa que fue atendida de forma eficiente, oportuna, diligente, prudente y conforme lo demandaba cada episodio crítico por el que pasaba.

Por lo anterior, estima el suscrito que las afirmaciones del actor no tienen fundamento fáctico ni probatorio, por cuanto que las actuaciones desplegadas por el sujeto pasivo de esta acción, se ajustaron a los protocolos que rigen las obligaciones que debe asumir frente al servicio de salud; adicional a ello, no está de más resaltar que en la pretendida atribución de responsabilidad a las clínicas a la que hace referencia el extremo activo en los hechos de la demanda, no se concreta por qué es que se los sometió a una carga que no debían soportar, sólo le bastó el accionante sin detalle, argumento, ni prueba idónea y pertinente, señalar que las demandadas tienen la obligación de responder, dejando así de lado las obligaciones que su rol como sujeto activo de este litigio le impone.

Es importante recordar en este punto que la ciencia de la medicina no es una ciencia exacta, como tampoco de resultados, pues, muy al contrario, se trata de una ciencia de medios, lo que significa que efectivamente, el médico está obligado a emplear todos los que esté su alcance, es decir, toda su pericia profesional en el cuidado de la salud, como ocurre en la práctica, pero sin asegurar un resultado que obviamente es incierto. De tal suerte, en el caso que nos asiste, lo que resulta acreditado de la lectura de la historia clínica, es que tanto el personal médico, como de enfermería, que atendieron a la paciente emplearon todos los medios que estuvieron al alcance para salvaguardar la vida y procurar restablecer el estado de salud de la paciente; lamentablemente, la múltiples contingencias clínicas con las que ingresó la paciente y los demás eventos narrados anteriormente, fueron de tal envergadura que no fue posible salvar su vida, a pesar de que, se reitera, las clínicas pusieron en ejecución todos los medios con los que disponían.

Finalmente, considero oportuno señalar que, en lo que atañe a la atribución de responsabilidad civil en la prestación del servicio de salud, la jurisprudencia de la Honorable Corte Suprema de Justicia ya ha sido muy enfática en aseverar que, es indispensable la concurrencia de unos elementos *sine qua non*, estos son, la demostración de un hecho dañoso, un daño y un nexo causal entre el daño y el hecho; así,

debe acreditarse fehacientemente el vínculo que une el hecho al daño acaecido, como quiera que, cuando este no está debidamente demostrado, se convierte en una circunstancia que obstaculiza la atribución de responsabilidad.

En esa medida, del análisis del acervo probatorio que milita en el expediente, se advierte que no existe ninguna prueba que acredite la existencia de un nexo causal como presupuesto para la configuración de la responsabilidad civil; en contraste, sí se tienen elementos que permiten advertir la carencia del mentado requisito, puesto que, como se indicó anteriormente, la historia clínica por ejemplo, es fiel demostración de que las clínicas demandadas, actuaron con diligencia y con fundamento en los protocolos médicos, proporcionando los medios que tenía a su disposición para mejorar la condición de salud de la paciente, empero, la gravedad de las patologías de base con las que venía la paciente no lo permitieron.

Para este tipo de escenarios, téngase en cuenta que la Honorable Corte ha indicado que, cuando el personal de salud ha obrado bajo la debida diligencia y cuidado en su organización o la de sus elementos humanos, no siendo posible evidenciar la infracción a sus deberes objetivos de prudencia, como efectivamente se ha suscitado en este asunto, se rompe el nexo causal indispensable para que se configure la responsabilidad civil que aquí se deprecia; así lo ha manifestado el mencionado cuerpo colegiado:

“(...) La responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio –se reitera– se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; o la debida diligencia y cuidado de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia (...)”²¹.

En orden de todo lo expuesto, no existiendo argumentos válidos, mucho menos pruebas, que constaten la responsabilidad que los demandantes equivocadamente atribuyen a los demandados, el único escenario posible es tener este hecho como no demostrado, absolver de cualquier responsabilidad a las demandadas y, por contera, de mi representada como llamada en garantía. Y por ello, solicito

²¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC5050-2014 del 28 de abril de 2014. M.P.: Dra. Ruth Marina Díaz Rueda.

respetuosamente al Despacho tener como probada esta excepción planteada en contra de la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

3. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL ATRIBUIBLE A SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S., POR AUSENCIA DEL NEXO CAUSAL REQUERIDO.

Es sabido que la responsabilidad civil tiene como objeto el resarcimiento o reparación de un derecho o interés legítimo que fue quebrantado sin motivo alguno, por lo que habrá lugar a la atribución de esta, cuando quien ha sufrido un daño que no debía soportar, lo ha sufrido con ocasión del actuar culposos, poco diligente de otro y donde se han configurado los tres elementos constitutivos de la responsabilidad civil, es decir: i) Daño ii) El Hecho Culposos y iii) El Nexo Causal entre el hecho culposos y el daño ocasionado a quien lo alega.

En el presente caso no hay siquiera configuración de alguna de dichos tres elementos, tal y como procedo a señalarlo:

- Daño: como se sabe, el daño es aquel elemento de la responsabilidad que habla del menoscabo o detrimento sufrido por la víctima y que, aunque ciertamente se trata de uno de los presupuestos con mayor relevancia en un proceso por constituir la naturaleza fundadora de la acción judicial resarcitoria en virtud de lo dispuesto por el artículo 1494 del Código Civil; su materialización en la vida de la víctima o de la presunta víctima, por desafortunada que resulte, no basta para que el sujeto que demanda pueda obtener una reparación y ver así satisfecha su pretensión. En este sentido, es importante precisar desde ya, que, pese a que el daño es el primer elemento a probar en un juicio de responsabilidad, tan sólo establece un presupuesto necesario, pero no suficiente, para configurar la obligación de indemnizar, de esta manera, habrá que demostrar la existencia de los otros elementos de causalidad, para que la responsabilidad se materialice en su totalidad.

En el presente caso, ocurrió un desafortunado hecho que culminó con la pérdida de la vida de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), que no obstante resulta un hecho lamentable para sus familiares, no se puede afirmar que este se originó por una mala praxis en desarrollo de la profesión médica o por un actuar negligente, máxime, cuando la atención brindada por parte de los médicos tratantes de SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S., fue oportuna durante el tiempo en el que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) acudió a la atención de la institución.

- Hecho Culposos: el hecho generador del daño en los asuntos de responsabilidad civil médica debe ser culposos o dolosos, pues debido a que se trata del ejercicio de servicios profesionales especializados, de los cuales se predica un determinado comportamiento, es fundamental que el demandante pruebe que la entidad demandada o demandadas actuaron con impericia, falta de diligencia y omitiendo la praxis médica adoptada por el gremio así como las pautas, directrices y principios científicos y técnicos acogidos por la comunidad prestadora de servicios de salud.

Respecto a este elemento esencial de la responsabilidad civil médica, la Honorable Corte Suprema de Justicia en sentencia del 17 de noviembre de 2011 estableció lo siguiente:

*“(…) A las pautas generales de la responsabilidad civil, y a las singulares de la profesional, aúnense las reglas, normas, o directrices específicas reguladoras del arte, ciencia o profesión con los cánones o principios científicos o técnicos de su ejercicio (Lex artis), según criterios o procedimientos usuales en cierto tiempo y lugar, el conocimiento, avance, progreso, desarrollo y estado actual (Lex artis ad hoc). La actividad médica, en la época contemporánea más dinámica, eficiente y precisa merced a los adelantos científicos y tecnológicos, cumple una función de alto contenido social. Al profesional de la salud, es exigible una especial diligencia en el ejercicio de su actividad acorde al estado de la ciencia y el arte, sobre él gravitan prestaciones concretas, sin llegar a extremo rigor, considerada la notable incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad de las personas. En este contexto, por regla general, **la responsabilidad del médico no puede configurarse sino en el ámbito de la culpa, entendida no como error en que no hubiere incurrido una persona prudente o diligente en idénticas circunstancias a las del autor del daño, sino más exactamente en razón de su profesión que le impone deberes de conducta específicos más exigentes a la luz de la lex artis, mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas** (arts. 12, Ley 23 de 1981 y 8º decreto 2280 de 1981), naturalmente “el médico, en el ejercicio de su profesión, está sometido al cumplimiento de una serie de deberes de diversa naturaleza”, incluso éticos componentes de su lex artis (cas. civ. sentencia de 31 de marzo de 2003, exp. 6430), respecto de los cuales asume la posición de garante frente a la sociedad y a los usuarios del servicio (…)”²² (Negrita y subrayado por fuera del texto original).*

En ese orden de ideas debe establecerse que la actuación del personal de SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S., no ocasionó el referido a los accionantes por una mala práctica, o bien por alguna falta de diligencia

²² CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sentencia del 17 de noviembre de 2011. Exp. No. 11001-3103-018-1999-00533-01 M.P. Dr. William Namén Vargas.

dentro de la esfera de la responsabilidad civil extracontractual, es más, su actuar estuvo totalmente encaminado a resolver las sumamente graves patologías con las que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) tenía de tiempo atrás.

Respecto al actuar médico, debe acudir a la Lex artis ad hoc, esto es, un grupo de reglas de comportamiento que determinan el grado de diligencia o cuidado que un profesional debe tener de acuerdo a los conocimientos técnicos que le son aplicables y exigidos según las circunstancias. La ciencia y la técnica de la medicina son los que determinan los parámetros de la Lex artis. Dichos parámetros deben aplicarse según las circunstancias del caso, las cuales son determinantes para establecer si el médico incurrió en culpa y consecuentemente tendría alguna responsabilidad. Así mismo debe observarse en el particular las condiciones particulares del profesional, es decir, su nivel académico y de experiencia.

La lex artis se nutre de 2 fuentes, normativas y extra normativas: Primero: normativas, que son esencialmente la ley ética médica (aun en los casos donde mediante la violación de la ética se salva al paciente, se produce responsabilidad), donde se imponen deberes puntuales de conducta; y, segundo, extra normativas, que son las más usuales, las cuales se presentan en los protocolos de procedimiento.

El haber faltado a estas reglas y protocolos por parte del profesional en salud determina su responsabilidad, sin embargo, ello debe estar debidamente probado en el proceso judicial que le pretende atribuir la responsabilidad sobre el paciente, carga procesal que no ha sido asumida por el extremo accionante. En definitiva, quien debe aportar al proceso los elementos probatorios que concluyan la culpabilidad del médico en su actuar es el demandante, así lo ha expresado la Honorable Corte Suprema de Justicia, quien además ha establecido que debe hacerse un estudio de causalidad limitado respecto del resultado, donde a partir de los protocolos y normas aplicables al profesional pueda establecerse de forma adecuada si fue el actuar del médico el que indudablemente e inequívocamente determinó el resultado.

“(...) no puede la Corte desconocer que la relación causal que correspondía acreditar al demandante en forma principal no quedó despejada, porque con la lectura de las piezas clínicas resumidas, sin ayuda de la pericia que las interprete y valore científicamente anda el juez a tientas (...) debe antes valorarse si lo que se estaba haciendo en la clínica era o no un tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte, según la práctica médica aceptada por ser la

*norma de excelencia del momento, esto es, según la “lex artis ad hoc”, como ahora se la denomina (...)*²³.

Por lo anterior, si nos sometemos a la narración de los hechos y a lo informado en la copia de la historia clínica aportada por la demandante, se puede evidenciar que el actuar de la clínica demandada estuvo ajustada a derecho y a las reglas propias de su profesión, por lo que el elemento del “hecho culposo” no se encuentra fehacientemente acreditado en este asunto.

- Nexo Causal: debe decirse que, una vez establecido la existencia del daño, es necesario pasar al análisis del elemento correspondiente al nexo causal. La Honorable Corte Suprema de Justicia, en su momento se pronunció indicando que:

*“(...) El fundamento de la exigencia del nexo causal entre la conducta y el daño no sólo lo da el sentido común, que requiere que la atribución de consecuencias legales se predique de quien ha sido el autor del daño, sino el artículo 1616 del Código Civil Colombiano, cuando en punto de los perjuicios previsibles e imprevisibles al tiempo del acto o contrato señala que si no se puede imputar dolo al deudor, éste responderá de los primeros cuando son ‘consecuencia inmediata y directa de no haberse cumplido la obligación o de haberse demorado su cumplimiento’... Por lo demás, es el sentido del artículo 2341 del mencionado estatuto, el que da la pauta, junto con el anterior precepto, para predicar la necesidad del nexo causal en la responsabilidad civil, cuando en la comisión de un ‘delito o culpa’ –es decir, de acto doloso o culposo– hace responsable a su autor, en la medida en que ha inferido ‘daño a otro (...)*²⁴.

Sin embargo, cuando de lo que se trata es de probar la posible obligación de indemnizar en materia de responsabilidad médica, para establecer el nexo causal, se hace necesario no perder de vista que la acreditación de este elemento se hace más compleja que en otras áreas del derecho de daños, puesto que como lo indica el autor argentino Ricardo Luis Lorenzetti: *“(...) Es preciso comprender que para la ciencia médica no será una causa lo que produzca un resultado, sino un conjunto de ellas que en grado diverso aportarán para la conformación del resultado final (...)*²⁵.

²³ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia del 26 de septiembre de 2002. Expediente No. 6878. M.P.: Dr. Jorge Santos Ballesteros.

²⁴ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia del 26 de septiembre de 2002. Expediente No. 6.878. M.P. Dr.: Jorge Santos Ballesteros.

²⁵ GIRALDO, Luis F. La relación de causalidad en los procesos de responsabilidad civil médica profesional. Tomado de: Lorenzetti, R.L. responsabilidad civil de los médicos, tomo II, Buenos Aires, rubinzal-culzoni editores, 1997, p. 115.

De esta manera, puede sostenerse que el nexo causal, hace referencia a la relación que debe existir entre el comportamiento o conducta del agente y el resultado desfavorable producido; esta verificación causal, debe hacerse a través de un estudio retrospectivo donde se tienen en cuenta los hechos acaecidos que se consideran han sido el antecedente de la consecuencia producida, teniendo siempre presente que en este proceso, cada antecedente es un eslabón más de la cadena causal que han intervenido en la generación del hecho que se investiga, y que por tanto, lo que se debe probar es la existencia de una condición necesaria entre la presunta causa y en el efecto objeto del litigio.

Entendiendo lo anterior y retomando el caso en concreto, no existe nexo de causalidad entre las actuaciones adelantadas por los profesionales de la medicina de SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. y el desafortunado desenlace que aquí se censura por los accionantes, toda vez que, de las pruebas aportadas por cada una de las partes, no se observó un hecho culposos o doloso imputable a los demandados; contrario a ello, lo que se acreditó fue el actuar prudente, diligente y ceñido a las reglas que rigen su actividad, por lo que, en efecto, el nexo causal requerido para la pretensa responsabilidad civil extracontractual no está acreditado.

Así las cosas y al no existir el vínculo requerido para desplegar la presencia de una responsabilidad civil extracontractual, en el caso puntual se genera la absolución de mi representada, toda vez que los demandados no cometieron un hecho culposos, pese a que se evidencia un presunto daño, y a falta de uno de los elementos no se puede perfeccionar un nexo de causalidad. Por ello, ruego respetuosamente al Despacho se sirva declarar probada la excepción, formulada en contra de las pretensiones de la demanda.

4. EL CONTENIDO OBLIGACIONAL QUE CONLLEVA EL SERVICIO MÉDICO ES DE MEDIOS Y NO DE RESULTADO.

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

En ese sentido, se ha pronunciado la Sala de Casación Civil de la Honorable Corte Suprema de Justicia, en el siguiente tenor:

“(…) 5.1. Un precedente de frecuente recordación se halla en la sentencia de 05 de marzo de 1940, donde se precisó que la “obligación del médico” es por regla general de “medio”, y en esa medida “(…) el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los cuidados de prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste”, y en el tema de la “culpa” se comentó: “(…) la responsabilidad del médico no es ilimitada ni motivada por cualquier causa sino que exige no sólo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad. (…) no la admiten cuando el acto que se le imputa al médico es científicamente discutible y en materia de gravedad de aquélla es preciso que la culpa sea grave (…).

(…) Por supuesto que una ciencia tan compleja como la médica tiene limitaciones, pues aún existen por doquier interrogantes sin resolver, a la vez que desconoce todavía la explicación de múltiples fenómenos fisiológicos, químicos o farmacológicos, amén que en muchas circunstancias parte de premisas hipotéticas que no han podido ser comprobadas con el rigor científico requerido, a la vez que tratamientos aceptados e instituidos habitualmente, están condicionados, en no pocos casos, por factores imprevisibles o inevitables. Dicha realidad se ve traducida en situaciones que escapan a la previsión y prudencia más rigurosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad (…)”²⁶.

De tal suerte, evaluando el precedente jurisprudencial que sobre la materia existe y confrontando los hechos que hoy nos asisten, resulta evidente que la lastimosa pérdida de la vida de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), no puede, bajo ningún concepto, ser atribuido a SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S., puesto que, como ya se explicó, las actuaciones de los profesionales de la salud de dicha Institución, se basaron en los protocolos de la Lex artis, poniendo a disposición del paciente, todos los medios con los que contaban para efectos de salvaguardar su integridad física y su vida; sin embargo, la magnitud y la severidad de los antecedentes clínicos y las múltiples comorbilidades con las que la paciente venía tiempo atrás, eran tan considerable que, independientemente del esfuerzo que realizaron los galenos de la clínica demandada, la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) falleció, escenario en el que no tuvo ninguna injerencia el actuar diligente de la demandada.

Por lo anterior, palmario es que, contrario a lo expuesto por la accionante, el comportamiento de los profesionales de la salud de la SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S., una de las demandadas en esta contienda, fue diligente, acertada y ajustada a los procedimientos tanto clínicos, como administrativos, de manera

²⁶ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala Civil, Sentencia del 01 de diciembre del 2011, expediente 05001-3103-008- 1999-00797-01. M.P.: Dra. Ruth Marina Díaz Rueda.

que, ante la completa orfandad de una negligencia médica, no es dable considerar que la clínica sea responsable del daño alegado en el libelo introductor, ergo, será menester que en el momento de resolver de fondo, el Juzgador profiera sentencia favorable a los intereses del extremo pasivo de este litigio.

Con todo, solicito respetuosamente al Despacho declarar probada esta excepción, planteada en contra de la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

5. AUSENCIA DE ELEMENTOS DE PRUEBA QUE ACREDITEN LA CAUSACIÓN DE LOS PERJUICIOS ALEGADOS POR LOS DEMANDANTES.

De conformidad con lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso²⁷, la carga procesal de acreditar los elementos de convicción suficientes para que el Juez pueda establecer la existencia de responsabilidad en cabeza de quien se endilga, la tiene la parte demandante. Adicionalmente, una vez se encuentra probada la existencia de dicha responsabilidad, que en este escenario es de carácter extracontractual, es deber del extremo activo del litigio, acreditar el acaecimiento de los perjuicios que alega que presuntamente se han derivado de dicho hecho u omisión.

En ese contexto, es menester que el Despacho advierta que, sin perjuicio de lo expuesto en las precedentes consideraciones, esta excepción también permitiría enervar las pretensiones de la demanda, por cuanto en ella se solicita el resarcimiento de perjuicios materiales e inmateriales que resultan improcedentes por no estar debidamente probada la responsabilidad civil que en este caso se deprecia.

Primero que todo, es menester recordar que, como ya se ha indicado en varias ocasiones, en el asunto bajo análisis no se encuentra probada la responsabilidad civil que pretende la actora endilgar a la accionada; y en ese orden de ideas, imposible resultaría condenar al extremo pasivo al pago de perjuicios frente a los cuales no ha tenido ninguna injerencia para su producción. Como ya se expuso en líneas anteriores, no hay ningún elemento de convicción que permita deducir con certeza que el hecho que reprochan los demandantes, se produjo por una atención inadecuada, deficiente e indebida por parte de SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S.

La atención que brindó la clínica y las decisiones que se emitieron por el personal de salud de la institución, se adecuaron a la evolución de la paciente y a los hallazgos que emitieron las valoraciones;

²⁷ CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO. Artículo 167: “(...) Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen (...)”.

la misma historia clínica es fiel reflejo de que la institución en ningún momento desatendió a su paciente, ni fue negligente en su servicio; por ello, no hay presupuestos fácticos válidos que permitan dar justificación a la pretensión declarativa del accionante en contra de SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S.

Se recuerda que la ciencia de la medicina no es una ciencia exacta, como tampoco de resultados, pues, muy al contrario, se trata de una ciencia de medios, lo que significa que efectivamente, el médico está obligado a emplear todos los que esté su alcance, es decir, toda su pericia profesional en el cuidado de la salud, como ocurre en la práctica, pero sin asegurar un resultado que obviamente es incierto. De tal suerte, en el caso que nos asiste, lo que resulta acreditado de la lectura de la historia clínica, es que tanto el personal médico, como de enfermería, que atendieron a la paciente en SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. emplearon todos los medios que estuvieron al alcance para salvaguardar la vida y procurar restablecer el estado de salud de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.); lamentablemente, circunstancias como los antecedentes clínicos con las que aquella ingresó a la institución eran de tal envergadura que no fue posible salvar su vida, a pesar de que, se reitera, la clínica puso en ejecución todos los medios con los que disponía para ello.

Ahora bien, es preciso estudiar y analizar las pretensiones elevadas con fundamento en los hechos, puesto que, de acuerdo al análisis esbozado en líneas precedentes, las peticiones elevadas no pueden ser reconocidas en igual sentido, por ausencia de pruebas. Ciertamente, en lo que corresponde a los perjuicios morales solicitados, bastará reiterar al Juzgador que me opongo rotundamente a los mismos por cuanto que su reconocimiento a cargo de la demandada resulta improcedente, en vista de que no se configuran los elementos sine qua non de la responsabilidad civil que se deprecia.

Se advierte que, de conformidad con la pretensión “B.” se solicitan las siguientes sumas de dinero:

Lucro cesante futuro a favor del menor Jacobo Álvarez Mena (en calidad de hijo): VEINTICINCO MILLONES DE PESOS (\$ 25.000.000).

Lucro cesante futuro a favor del menor Mariana Rentería Mena (en calidad de hija): VEINTINUEVE MILLONES DE PESOS (\$ 25.000.000).

Me opongo frente a la declaratoria de la suma pretendida a título de lucro cesante futuro para los menores Jacobo Álvarez Mena y Mariana Rentería Mena quienes en calidad de hijos de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), supuestamente dejarán de percibir la suma de \$ 25.000.000 y de \$ 29.000.000 respectivamente por dicho perjuicio. Cabe destacar, que dentro del proceso no obra prueba que demuestre algún tipo de ingresos generados y dejados de percibir, de manera que no se sustenta

ni se prueba el lucro cesante futuro aquí solicitado. No se aporta documento alguno, en donde se demuestre afiliación al sistema de salud como cotizante, o al de riesgos laborales, ni tampoco al sistema de seguridad social en pensiones, lo que demuestra que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) no realizaba ninguna actividad productiva.

Ahora, debido a que no obra en el expediente ningún documento que acredite la vinculación laboral de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) a ninguna empresa o entidad, se debe observar lo que establece el artículo 17 de la Ley 100 de 1993:

“ARTICULO 17 OBLIGATORIEDAD DE LAS COTIZACIONES. Modificado por el artículo 4 de la Ley 797 de 2003. Durante la vigencia de la relación laboral y del contrato de prestación de servicios, deberán efectuarse cotizaciones obligatorias a los regímenes del sistema general de pensiones por parte de los afiliados, los empleadores y contratistas con base en el salario o ingresos por prestación de servicios que aquellos devenguen”.

Por lo anterior, no hay lugar a sumar el factor prestacional para efectos de liquidar el lucro cesante consolidado y futuro, toda vez, que esto sólo es aplicable en los casos en los que exista un vínculo laboral, y como ya se dijo, la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), no realizaba aportes al Sistema de Seguridad Social Integral como trabajador dependiente, razón suficiente, para que no se pueda liquidar el lucro cesante consolidado y futuro, teniendo en cuenta el veinticinco por ciento (25 %) correspondiente al factor prestacional.

De igual manera, si de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) se acreditara una labor de trabajo independiente, tampoco es dable incrementar el veinticinco por ciento (25 %) de factor prestacional por cuanto los trabajadores independientes deben correr con sus propios gastos de seguridad social, como lo establece el artículo 135 de la Ley 1753 de 2015:

“ARTÍCULO 135. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN (IBC) DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes por cuenta propia y los independientes con contrato diferente a prestación de servicios que perciban ingresos mensuales iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente (smmlv), cotizarán mes vencido al Sistema Integral de Seguridad Social sobre un ingreso base de cotización mínimo del cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado de sus ingresos, sin incluir el valor total del Impuesto al Valor Agregado (IVA), cuando a ello haya lugar, según el régimen tributario que corresponda. Para calcular la base mínima de cotización, se podrán deducir las expensas que se generen de la ejecución de la

actividad o renta que genere los ingresos, siempre que cumplan los requisitos del artículo 107 del Estatuto Tributario.

En caso de que el ingreso base de cotización así obtenido resulte inferior al determinado por el sistema de presunción de ingresos que determine el Gobierno Nacional, se aplicará este último según la metodología que para tal fin se establezca y tendrá fiscalización preferente por parte de la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP). No obstante, el afiliado podrá pagar un menor valor al determinado por dicha presunción siempre y cuando cuente con los documentos que soportan la deducción de expensas, los cuales serán requeridos en los procesos de fiscalización preferente que adelante la UGPP.

En el caso de los contratos de prestación de servicios personales relacionados con las funciones de la entidad contratante y que no impliquen subcontratación alguna o compra de insumos o expensas relacionados directamente con la ejecución del contrato, el ingreso base de cotización será en todos los casos mínimo el 40% de valor mensualizado de cada contrato, sin incluir el valor total el Impuesto al Valor Agregado (IVA), y no aplicará el sistema de presunción de ingresos ni la deducción de expensas. Los contratantes públicos y privados deberán efectuar directamente la retención de la cotización de los contratistas, a partir de la fecha y en la forma que para el efecto establezca el Gobierno Nacional.

Cuando las personas objeto de la aplicación de la presente ley perciban ingresos de forma simultánea provenientes de la ejecución de varias actividades o contratos, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas por cada uno de los ingresos percibidos de conformidad con la normatividad aplicable. Lo anterior en concordancia con el artículo 5o de la Ley 797 de 2003”.

Por lo tanto, tampoco hay lugar a sumar al ingreso el factor prestacional del 25%, pues cuando la vinculación se realiza mediante contrato de prestación de servicios es el trabajador independientemente quien debe asumir y pagar en su totalidad las cotizaciones siendo estas un valor a descontar del ingreso bruto.

Al respecto se pronunció en reciente sentencia del 3 de julio de 2018 la Sala Civil de la Honorable Corte Suprema de Justicia, M.P. MARGARITA CABELLO BLANCO, expediente SC2498-2018, que estableció lo siguiente:

“Indemnización debida o consolidada:

12.1 En vista que la indemnización de perjuicios por lucro cesante está atada a lo que la demandante dejó de percibir en el establecimiento 'Cantares 60 y 70', y por referenciado se tiene que son servicios prestados los fines de semana, se tomará como base el salario mínimo diario legal vigente (SMDLV) para el año 2005, fecha de la ocurrencia de los hechos, el cual era de \$ 12.716,67, sin perjuicio de adoptar el del presente año 2018 (\$ 26.041,40), siempre que el primero resulte inferior, una vez actualizado a valor presente, por razones de equidad.

La actualización se hará como sigue:

$Ra = Rh (\$ 12.716,67) \text{ índice final} - \text{febrero /2018 (140,71)}$

$\text{Índice inicial} - \text{octubre/2005 (83,95)}$

$Ra = \$ 21.314,62$

Toda vez que el valor actualizado es inferior al salario mínimo diario legal vigente a la fecha de esta providencia, se liquidará el lucro cesante con aplicación de esta última suma (\$ 26.041,40), ello multiplicado por 8 días al mes, para un total de ingresos de \$ 208.331,2.

A lo anterior no se le adicionará el 25 % correspondiente a prestaciones sociales dado que de las certificaciones expedidas no se desprende nítidamente que la prestación de servicios de la reclamante se encuentre amparada en un contrato de trabajo". (Negrilla y subraya fuera de texto original).

La Honorable Corte Suprema de Justicia ha sido enfática en sostener que el resarcimiento del daño, en su modalidad de lucro cesante y más aún, tratándose del calificado como «futuro», se reitera, resulta viable en cuanto el expediente registre prueba concluyente y demostrativa de la verdadera entidad y extensión cuantitativa del mismo. En caso contrario, se impone "*rechazar por principio conclusiones dudosas o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener apoyadas tales conclusiones en simples esperanzas, expresadas estas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación teórica, y no en probabilidades objetivas demostradas con el rigor debido*"²⁸.

Dentro del expediente no obra ni siquiera una mención de cuál era la actividad laboral o económica que tenía la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), no obra un sólo documento que certifique sus

²⁸ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia CSJ SC11575-2015, Rad. 2006-00514-01.

ingresos mensuales, tampoco dentro de los hechos de la demanda se afirma algo al respecto. Esta omisión es sumamente importante que la tenga en cuenta el Honorable Despacho, puesto que, como lo ha manifestado reiteradamente el Cuerpo Colegiado de cierre en lo Civil, debe anexarse al proceso judicial prueba que realmente evidencie y certifique las ganancias de una persona para, en caso que sea procedente, reconocer el perjuicio material de lucro cesante en la modalidad futura.

Se incurre en un error en el cálculo de este tipo de perjuicio por parte de la apoderada de la parte demandante toda vez que no hace un derrotero explicativo de la razón por la que se llega a la suma solicitada. Obsérvese que en la pretensión simplemente indica el tipo de perjuicio, la persona a la que se le debe reconocer, la suma que se debe reconocer y no más, no se explica objetivamente el método que fue utilizado para dicho cálculo, el procedimiento para llegar a cada una de las sumas de dineros solicitadas ni el soporte jurídico, normativo ni jurisprudencial utilizado para aplicar dicha fórmula. Como es bien sabido, para la debida tasación de este tipo de perjuicios materiales, en la actualidad existen fórmulas, pautas y métodos abiertamente conocidos para demostrar los verdaderos perjuicios.

Por otra parte, es inaudito que se pretenda el pago de la totalidad del ingreso de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) para los menores Jacobo Álvarez Mena y Mariana Rentería Mena, toda vez que de allí se debe descontar los gastos propios de su manutención. Además, no se tiene certeza de la expectativa de vida de ninguno de los menores, para efectos de liquidar una eventual suma de dinero.

Por lo tanto, como la valoración del daño material está mal tasada y liquidada, no puede prosperar esta petitio debido a que la responsabilidad de los demandados no ha sido demostrada, ni existe fundamento fáctico y jurídico.

Es menester recordar, que este tipo de perjuicio consiste en la pérdida de una ganancia o de una utilidad económica ya generada por parte de la víctima como consecuencia del daño atribuible al demandado, razón por la cual los valores correspondientes a este tipo de indemnización no son presumibles.

Se advierte que, de conformidad con la pretensión “B.” se solicitan las siguientes sumas de dinero:

Perjuicio moral a favor de Bertha Inés Vivas Azcárate (en calidad de madre): 100 SMLMV.

Perjuicio moral a favor de Alba Lucía Vivas (en calidad de tía): 60 SMLMV.

Perjuicio moral a favor de Yeniffer Mena Vivas (en calidad de hermana): 80 SMLMV.

Perjuicio moral a favor de Yuliana Mena Vivas (en calidad de hermana): 80 SMLMV.

Perjuicio moral a favor de Jacobo Álvarez Mena (en calidad de hijo): 90 SMLMV.

Perjuicio moral a favor de Mariana Rentería Mena (en calidad de hija): 90 SMLMV.

Sumas todas que resulta improcedente reconocer como quiera que, se itera, no hay elementos de convicción que nos lleven a considerar siquiera indiciariamente probada la responsabilidad civil que se exige en contra de las demandadas. La Honorable Corte Suprema de Justicia expone que, para acceder al pago del perjuicio moral, este debe tasarse teniendo en cuenta:

“(...) la incidencia del daño “en la esfera particular de la persona”; con la afectación que le causó en “su comportamiento” y “sus sentimientos”; con la generación de “aflicción, soledad, (...) abandono e incluso (...) repudio familiar o social”; y con “las circunstancias especiales que rodearon este proceso (...)”²⁹

En efecto, el reconocimiento por concepto de perjuicios morales tiene como finalidad otorgar a la víctima una satisfacción íntima que borre y compense la angustia y el dolor sufrido por un hecho dañoso. No obstante, la suma por este perjuicio es determinada única y exclusivamente por el Juez en la sentencia, con base en lo establecido jurisprudencialmente y según las pruebas aportadas al proceso; para ello, la parte demandante deberá acreditar los elementos constitutivos de la responsabilidad civil y, como consecuencia, existirá eventualmente el pago o indemnización por el daño y los perjuicios que se prueben; en caso de reconocerse dicho concepto, deberá ajustarse a los límites fijados por la Honorable Corte Suprema de Justicia, a través de la cual hay senda jurisprudencia en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales.

Dicho lo anterior, es menester señalar que, para la Honorable Corte Suprema de Justicia, los valores que pueden eventualmente reconocerse por el concepto de daño moral, cuando este se origina de la muerte de una persona, como las indicadas en el libelo genitor, se admite el reconocimiento eventual a las personas que se encuentran dentro del primer grado de consanguinidad y afinidad, frente a quienes la causación del mismo se presume, puesto que se trata de un nivel de cercanía con la víctima directa que permite, por reglas de la experiencia, inferir su existencia; frente a casos como el que nos asiste ha indicado y concedido la H. Corte lo siguiente:

²⁹ SC16690-2016, Radicación n.º 11001-31-03-008-2000-00196-01 Magistrado Ponente: Álvaro Fernando García Restrepo (10 de mayo de 2016)

“(…) Con relación al «daño extrapatrimonial», correspondiente a los perjuicios morales y daño a la vida de relación, a pesar de los señalamientos concretos de los montos reclamados, en razón de que su tasación corresponde al juez basado en las reglas de la experiencia, a partir de las circunstancias probadas en el juicio y apoyado en la jurisprudencia, para la proyección o cálculo de lo que eventualmente podría fijarse por dichos conceptos, se tomaría el mayor valor que se haya venido reconociendo, por ejemplo, por la muerte de un hijo en favor de sus padres, esposa (o), compañero (a) permanente, hijos y hermanos. (...) En ese contexto, la tasación realizada por esta Sala en algunos eventos en los que se ha reclamado indemnización del perjuicio moral para los padres, hijos y esposa, de la persona fallecida, se determinó su cuantía en la cantidad de \$60'000.000, lo cual implica que en principio sería esa la mayor suma a reconocer por dicho concepto. (...)”³⁰.

“(…) En efecto, las circunstancias del inmenso dolor que se refleja en la ferocidad y barbarie de las acciones padecidas por los demandantes daban, con toda seguridad, lugar a que el Tribunal impusiera una condena acorde con esa realidad, así fuese tomando la suma que como guía por entonces tenía la Corte establecida desde 2012 y que, frente a la indecible atrocidad de los eventos narrados y probados en este proceso ameritan –para este caso particular- una suma mayor a la que entonces tenía dispuesta (\$60,000,000.00) y que hoy reajusta a setenta y dos millones de pesos (\$72,000,000.00) para el daño moral propio sufrido por los demandantes a raíz del fallecimiento de padres, hijos, esposos y compañeros permanentes, la mitad de ese valor para hermanos, abuelos y nietos y la cuarta parte para el resto de parientes (...)”³¹.

Así entonces, se encuentra que en un escenario en el que el perjuicio ha sido superior al que en este caso se indica por los demandantes (conforme a lo pretendido y probado específicamente en este concepto indemnizable de la demanda), la H. Corte Suprema de Justicia ha determinado que cuando se encuentran debidamente demostrados, el valor máximo a reconocer es de SESENTA MILLONES DE PESOS (\$ 60.000.000) para las personas dentro del primer grado de consanguinidad, y que este se morigera por la mitad y se reconoce frente a los demás accionantes siempre que se haya acreditado su causación, por ello, surge menester que en el eventual e hipotético caso de reconocerse que hay lugar a indemnizar el daño que se aduce, su reparación se otorgue, una vez esté diáfananamente probada la

³⁰ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia AC4184-2017 del 30 de junio del 2017. Radicación No. 11001-02-03-000-2017-00670-00. M.P.: Dr. Luis Alonso Rico Puerta.

³¹ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia SC5686-2018 del 19 de diciembre del 2018. Radicación No. 05736 31 89 001 2004 00042 01. M.P.: Dra. Margarita Cabello Blanco.

responsabilidad de la demandada, confrontando el precedente jurisprudencial de la H. Corte Suprema de Justicia en la materia y limitándolo a los montos que a derecho correspondan.

Empero, es de insistir en que, en lo que atañe a las personas dentro del segundo, tercer, cuarto y quinto grado de consanguinidad o afinidad, o terceros supuestamente afectados, el concepto indemnizable del daño moral no es objeto de presunción, de manera que es menester aportar todos los elementos de convicción que le demuestren al Juzgador su efectiva causación.

En ese orden de ideas, es posible advertir que para el caso que nos asiste, NO se han aportado ni tampoco solicitado, elementos de prueba para dar por causado el daño moral frente a Alba Lucía Vivas en calidad de tía de la fallecida, ni frente a Yeniffer Mena Vivas y Yuliana Mena Vivas en calidad de hermanas de la fallecida. De manera que el reconocimiento de este concepto indemnizable para los mismos es palmariamente inadmisibile; por lo que el Juzgador deberá tener en cuenta lo anterior, a la hora de determinar una eventual condena en contra del extremo pasivo de este litigio. Ciertamente, en el plenario no consta ningún medio de prueba que otorgue respaldo a lo indicado en las pretensiones de tipo inmaterial, por ejemplo, no se observa récord de tratamiento o consulta médica por psicología, mucho menos psiquiatría, que dieran pie a considerar un agravio moral por el monto indemnizatorio denunciado por los aludidos accionantes, ni siquiera se solicita prueba testimonial para acreditarlo; y como resultado, es preciso que el Juzgador despache desfavorablemente las pretensiones relativas a estos actores.

Se recuerda además que, es el Juez en el desarrollo de la etapa probatoria quien determinará si efectivamente hubo responsabilidad a cargo de los aquí demandados, y en caso de que este improbable suceso ocurra, atendiendo las circunstancias específicas del caso, entrará a determinar el verdadero grado de afectación de los demandantes y fijará los montos de indemnización a que haya lugar, sin que estos puedan exceder los límites fijados por el Máximo Tribunal de lo Contencioso Civil, respecto de la reparación o compensación de los perjuicios inmateriales, en este caso, frente al daño moral.

Recuérdese que la indemnización por un daño ocurrido, luego de que se haya producido una declaratoria de responsabilidad civil en contra de la parte pasiva, no debe nunca enriquecer a los demandantes, en un franco desmedro de aquella; toda vez que el daño a indemnizar, debe corresponderse exactamente con la magnitud del mismo, y con las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las cuales ocurrió el mencionado suceso, ni más ni menos.

Con todo, en gracia de discusión, y sin que implique reconocimiento de responsabilidad en ningún sentido, solicito al Juez de la manera más respetuosa que, tenga en cuenta que, para la tasación de

este perjuicio, sólo si eventualmente y remotamente hay lugar a ello, debe ajustarse a los límites jurisprudencialmente establecidos, atendiendo a criterios razonables y proporcionales que no generen un enriquecimiento injustificado en favor de los demandantes, en un franco desmedro de la contraparte.

Se advierte que, de conformidad con la pretensión “B.” se solicitan las siguientes sumas de dinero:

Daño a la salud a favor de Bertha Inés Vivas (en calidad de madre): 100 SMLMV.

Daño a la salud a favor de Yeniffer Mena Vivas (en calidad de hermana): 90 SMLMV.

En la actualidad, como es bien sabido, el en algún momento denominado “daño a la vida de relación”, es conocido y equiparado vía jurisprudencial al daño a la salud y, a pesar de las diferentes denominaciones que ha recibido a lo largo del tiempo, de manera pacífica se ha establecido que pretende reparar el mismo perjuicio sufrido en la órbita física y psicológica de la víctima, sin que este tipo de perjuicio tenga por vocación reconocerse en todos los casos, pues hoy el mismo se ha admitido excepcionalmente cuando se trata de lesiones graves, que afecten la órbita de desenvolvimiento del lesionado y sólo para ser indemnizado a la víctima directa, por estar asociado estrictamente con lesiones físicas, anatómicas o como su nombre lo indica a la salud, veamos:

En sentencia del 14 de septiembre de 2011, proferidas por la Sala Plena de la Sección Tercera, del Consejo de Estado, en los procesos radicados No. 38.222 y 19.03120, se estableció:

*“(…) De modo que, el “daño a la salud” -esto es el que se reconoce como proveniente de una afectación a la integridad psicofísica- ha permitido solucionar o aliviar la discusión, toda vez que reduce a una categoría los ámbitos físico, psicológico, sexual, etc., de tal forma que siempre que el daño consista en una lesión a la salud, será procedente determinar el grado de afectación del Derecho Constitucional y fundamental (artículo 49 C.P.) para determinar una indemnización por ese aspecto, **sin que sea procedente el reconocimiento de otro tipo de daños (v.gr. la alteración de las condiciones de existencia), en esta clase o naturaleza de supuestos**”.* (Negrilla y subrayado mío).

En ese mismo sentido se pronuncia el Dr. Enrique Gil Botero³², quien es el magistrado ponente de la sentencia mencionada en el párrafo anterior, al indicar lo siguiente:

³² El daño a la salud en Colombia - retos frente a su delimitación, valoración y resarcimiento, Enrique Gil Botero, <http://revistas.uexnado.edu.co/index.php/Deradm/article/view/3385/3554>

“Se reconoce de este modo una valoración del daño a la persona estructurado sobre la idea del daño corporal, sin tener en cuenta categorías abiertas que distorsionen el modelo de reparación integral. Es decir, cuando la víctima sufra un daño a la integridad psicofísica sólo podrá reclamar los daños materiales que se generen de esa situación y que estén probados, los perjuicios morales de conformidad con los parámetros jurisprudenciales de la Sala y, por último, el daño a la salud por la afectación de este Derecho Constitucional.

*Lo anterior, refuerza aún más la necesidad de readoptar la noción de daño a la salud, fisiológico o biológico, como lo hace ahora la Sala, pero con su contenido y alcance primigenio, esto es, referido a la afectación o limitación a la integridad psicofísica de la persona, como quiera que al haberlo subsumido en unas categorías o denominaciones que sirven para identificar perjuicios autónomos y que han sido reconocidos en diferentes latitudes, como por ejemplo la alteración a las condiciones de existencia (v.gr. Francia), se modificó su propósito que era delimitar un daño común (lesión a la integridad corporal) que pudiera ser tasado, en mayor o menor medida, a partir de parámetros objetivos y equitativos, con apego irrestricto a los principios constitucionales de dignidad humana e igualdad. **En otros términos, un daño a la salud desplaza por completo a las demás categorías de daño inmaterial como lo son la alteración grave a las condiciones de existencia -antes denominado daño a la vida de relación- precisamente porque cuando la lesión antijurídica tiene su génesis en una afectación negativa del estado de salud, los únicos perjuicios inmateriales que hay lugar a reconocer son el daño moral y el daño a la salud**”.* (Negrilla y subraya fuera de texto original).

El daño a la salud, podríamos decir, es un perjuicio ajeno a la jurisdicción Civil, pues su reconocimiento ha estado dado en la jurisdicción Contenciosa Administrativa, que ha fijado los criterios para su reconocimiento, siendo un perjuicio especialísimo que requiere prueba fehaciente sobre su existencia sin que se admita ninguna presunción al respecto, frente a la cual la sentencia de unificación del Consejo de Estado, proferida por la Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 26.251, M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, indicó lo siguiente:

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

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

Por lo tanto, la pretensión por este concepto no se encuentra probada, es desbordada y no se ajusta a los criterios que sobre este tipo de perjuicio ha establecido la jurisprudencia, no siendo procedente su reconocimiento, para lo cual nos remitimos a la argumentación expuesta en el literal anterior.

Ahora bien, como se ha podido entrever a lo largo de la oposición al reconocimiento de este perjuicio, la apoderada de la parte demandante incurre en un error al solicitar el reconocimiento de este perjuicio a favor de Bertha Inés Vivas (en calidad de madre) y de Yeniffer Mena Vivas (en calidad de hermana), debido a que, como ha quedado decantado jurisprudencialmente, es un perjuicio que se RECONOCE ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE A FAVOR DE LA VÍCTIMA, cuando se logra probar. El caso que nos cita al presente proceso judicial trata del fallecimiento de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) quien es la víctima directa, razón por la cual ni Bertha Inés Vivas (en calidad de madre) ni Yeniffer Mena Vivas (en calidad de hermana) ni ninguna otra persona, tiene derecho al reconocimiento y pago de este perjuicio.

Así las cosas, teniendo en cuenta que en el caso que nos ocupa, no hay elementos de juicio o pruebas que puedan utilizarse para identificar, mucho menos calcular los supuestos perjuicios reclamados, ni tampoco que acrediten la obligación de la accionada, es menester que el Despacho, declare como probada la excepción presentada en este literal, formulada en contra de la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

6. CASO FORTUITO.

Esta excepción se propone, sin perjuicio de las anteriores y sin que ello implique aceptación de responsabilidad alguna en cabeza de las demandadas, ni mucho menos por parte de mi prohijada, toda vez que la ciencia médica, al no ser exacta, comporta ciertos riesgos que son inherentes a su práctica, y que, en todo caso, obedecen a las condiciones físicas de cada uno de los pacientes, a los hallazgos que de los exámenes se reportan, y de la evolución que se registra, de manera que, si la atención médica cumple con los protocolos y guías de atención, no resulta atribuible al acto médico, como quiera que es una situación a todas luces súbita, imprevista e irresistible.

En ese sentido, de llegar a acreditarse durante el decurso procesal respectivo, que en este caso se configuró un evento o situación constitutiva de caso fortuito, la aquí demandada, deberá ser exonerada de cualquier tipo de responsabilidad y/o condena en contra.

Por lo anterior, solicito a su señoría respetuosamente, se sirva declarar probada esta excepción.

7. ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA.

Esta excepción se fundamenta en un hecho que es común denominador de la demanda, es decir, la recurrente alusión a una obligación indemnizatoria inexistente, de manera que, pese a la imposibilidad de prosperidad de las pretensiones indemnizatorias contenidas en la demanda, debe destacarse que no sería viable acceder a las mismas, en cuanto constituyen la búsqueda de indemnización de unos perjuicios frente a los cuales, no tiene ninguna injerencia la demandada.

En gracia de discusión si se llegara a proferir una remota condena en contra de la parte demandada y eventualmente de mi procurada, generaría un rubro que no tiene justificación legal ni soporte probatorio alguno, lo que se traduciría en un enriquecimiento sin causa, figura prohibida en nuestra legislación.

De conformidad con lo expuesto, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción planteada en contra de la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

8. GENÉRICA, INNOMINADAS Y OTRAS.

Solicito de la manera más respetuosa señor Juez, se sirva declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de la parte demandada y que se origine en la Ley, en aras de la defensa del extremo pasivo del litigio en curso.

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

V. FRENTE AL ACÁPITE DE FUNDAMENTOS DE LA DEMANDA

Desde ya, manifiesto al Despacho que me opongo a los fundamentos de derecho que invoca el accionante en el escrito introductor, como quiera que los mismos no resultan aplicables en esta causa, en tanto que, la parte activa de esta contienda no acreditado fehacientemente la ocurrencia de la falla

en el servicio médico que se deprecia ni la causación y cuantificación de los perjuicios que requiere le sean indemnizados.

En efecto, se encuentra que, de las documentales allegadas al plenario, no es posible tener como cierto lo que se manifiesta en las razones de hecho de la demanda ni tampoco en este acápite, puesto que los “argumentos” del accionante no son más que una apreciación subjetiva y carente de soporte o respaldo probatorio. El extremo actor, con base en su interpretación subjetiva de la historia clínica, pretende identificar una responsabilidad a cargo de SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. que no existe; luego que, de acuerdo al récord de atención médica suministrada por la clínica, se constata que esta no actuó de forma negligente, ni falta de pericia. Cada una de las decisiones que se tomaron por la demandada obedecieron a las circunstancias específicas de la condición de la paciente, y el lamentable resultado que acaeció posteriormente, no resulta atribuible a la demandada.

Es menester resaltar que, en la fundamentación fáctica que se realiza en el escrito demandatorio no es clara ni detallada frente a las fechas y horas en las que se habría suministrado la presunta atención; simplemente se relacionan actuaciones médicas sin que sea posible establecer un nexo de causalidad entre dichas actuaciones y el lamentable fallecimiento de la paciente; de hecho, ni siquiera se identifica una actuación específica en la que se centre la génesis del evento.

Solamente se hace alusión de forma genérica al desarrollo de actividades médicas asistenciales y administrativas, empero, no se identificó qué actuaciones, ni en qué fecha se practicaron, ni bajo qué circunstancias. Insisto en que la demanda está llena de aseveraciones sumamente anti técnicas, luego que no describen todas las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon los hechos, para efectos de exponer al Despacho la génesis de la presunta negligencia que aquí censura.

De otro lado, tratándose del reproche de actuaciones médicas, es vital que el extremo actor no solamente identifique las conductas que censura, sino que acompañe a su dicho con las pruebas técnicas y médico –científicas que lo soporten, carga probatoria que no ha sido asumida por la activa de esta acción. Ello resulta importantísimo puesto que, tratándose de la ciencia médica, resultaría inadmisibles realizar un juicio de responsabilidad sin evidencias de dicha naturaleza; calificar la actuación médica que aquí se analiza de inadecuada, imperita o negligente sin elementos de convicción técnicos y con el mero dicho del accionante, trascendería en la censura arbitraria de las competencias profesionales de los galenos de la clínica demandada y la imposición de obligaciones indemnizatoria injustificadas y, consigo un enriquecimiento sin justa causa a favor de los accionantes.

Además, la eventual determinación de las causas que dieron origen al lamentable fallecimiento de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) corresponde de manera indelegable al Juzgador, quien, haciendo aplicación de las reglas de la lógica y la sana crítica, debe valorar en conjunto todos los elementos de prueba incorporados al plenario y decidir de fondo. De manera que al accionante no le atañe realizar ningún juicio de valor frente a la existencia o no de una obligación indemnizatoria a cargo de la demandada, sobre todo cuando no hay evidencias documentales que lo respalden.

Y, de otra parte, itero que, contrario a lo que se asevera por los demandantes, las pruebas allegadas permiten relevar de cualquier responsabilidad que a cargo de la accionada SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S., desatinadamente pretende el accionante con este hecho, y, por contera, cualquier responsabilidad indemnizatoria que se pretenda en contra de mi mandante como llamada en garantía por dicha clínica. En efecto, las consignas de la historia clínica que milita en el plenario, validan que la atención de salud que proporcionó la clínica, se ajustó a los protocolos que rigen la lex artis; quedó demostrado con dicho documento que desde el instante en el que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) ingresó a la clínica, esta prestó la atención multidisciplinaria a la paciente para efectos de salvaguardar su integridad física, realizando los exámenes y procedimientos a los que había lugar, y suministrando la medicación que era necesaria, todo, de cara a las condiciones especiales de la paciente, tales como sus antecedentes clínicos y sus múltiples comorbilidades.

Por lo expuesto, en verdad no existen argumentos válidos, mucho menos pruebas, que constaten la responsabilidad que la accionante equivocadamente atribuye a SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. con las manifestaciones de este acápite, de manera que el único escenario posible es tener el dicho de actor como no demostrado, absolver de cualquier responsabilidad a la demandada y, por contera, de mi representada como llamada en garantía.

Con todo, ruego al Juez tener en consideración todas estas manifestaciones planteadas en favor de mi mandante, como quiera que, con base en ellas no sólo se acredita la inexistencia de la responsabilidad civil extracontractual en contra de SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S., sino que también queda descartada la existencia de la obligación indemnizatoria que esta última pretende en contra de mi representada.

CAPÍTULO II

FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al hecho “PRIMERO”: es cierto lo relativo a la existencia de la póliza referenciada. Sin embargo, si bien mi mandante sí expidió la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 la cual tiene una vigencia comprendida entre el 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016, en la cual SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. obra como tomador y asegurado, es preciso aclarar desde ya que para este asunto LA PÓLIZA NO PUEDE HACERSE EFECTIVA, toda vez que no se cumplen los presupuestos de la modalidad de cobertura denominada “Claims made”, bajo la cual fue pactada. Ahora bien, respecto a la modalidad de cobertura pactada, puede observarse en el contenido de las condiciones de la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL R.C. PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES Y/O CENTROS MÉDICO vinculadas al presente proceso, la cual indica lo siguiente:

BASE DE LA COBERTURA
- CLAIMS MADE

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

- EN EL SUPUESTO CASO DE RENOVACIONES SUCESIVAS E ININTERRUMPIDAS DE ESTA PÓLIZA, LA COBERTURA SIEMPRE SE EXTENDERÁ A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD EMERGENTE DE ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA INICIAL, O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD DE LA PÓLIZA, CUALQUIERA DE LAS DOS FECHAS QUE SEA ANTERIOR, SIN IMPORTAR QUE LA PÓLIZA INICIAL HUBIESE YA VENCIDO, Y QUE EL RECLAMO O NOTIFICACIÓN SE PRESENTASE DURANTE UNA DE SUS RENOVACIONES CONSECUTIVAS E ININTERRUMPIDAS.

Como se puede observar, la póliza referida se pactó en la modalidad CLAIMS MADE, que según la Ley 389 de 1997, artículo 4, dispone:

“ARTICULO 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.

(...)”.

Obsérvese pues, que para afectar una póliza de seguro pactada bajo la modalidad CLAIMS MADE, deben concurrir dos requisitos, a saber: (i) que el siniestro ocurra dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad pactado (que en este caso corresponde al 23 de septiembre de 2013) y (ii) que la primera reclamación al asegurado o a la aseguradora ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

Visto lo anterior, para que la póliza que se allega al expediente pueda resultar afectada, debe contar con una vigencia o retroactividad que cubra la fecha de ocurrencia de los hechos y la fecha en la que se le realiza la primera reclamación al asegurado. Ahora, el periodo de retroactividad concertado sólo aplica respecto del análisis de la fecha en la que el evento reprochado al asegurado ocurre, no para la data de la reclamación; contrario a ello, deberá constatarse que para la fecha en la que se realizó la reclamación exista una póliza en efecto vigente. Lo que quiere decir que la reclamación debe haber ocurrido dentro del periodo de la vigencia pactado en el certificado del contrato vinculado, y ello resulta de suma importancia, como quiera que sería la póliza vigente para la fecha de la reclamación, la que eventualmente podría afectarse.

De cara a lo anterior, si bien los hechos reclamados ocurrieron entre el 7 de julio de 2016 y el 24 de septiembre de 2016, se observa en el plenario que la reclamación que efectuó la parte demandante al asegurado SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. ocurrió el 5 de marzo de 2019 a través de citación a conciliación en el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, audiencia que se llevó a cabo el 20 de marzo de 2019, es decir, no se realizó la reclamación dentro del periodo de vigencia de la póliza, y por lo tanto no podrá hacerse efectiva:

CERTIFICADO DE REGISTRO DEL CASO**CONSTANCIA - NO ACUERDO****Número del Caso en el centro:** 03886
Cuántia: 593743920.00**Fecha de solicitud:** 5 de marzo de 2019
Fecha del resultado: 20 de marzo de 2019

CONVOCANTE(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	29967160	BERTHA INES VIVAS AZCARATE

CONVOCADO(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	ORGANIZACIÓN	NIT	800130907	SALUD TOTAL E.P.S. S.A.
2	ORGANIZACIÓN	NIT	805023423	SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. CLINICA NUESTRA
3	ORGANIZACIÓN	NIT	830007355	FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A

De esa suerte, solicito respetuosamente al Despacho que, en el momento de que vaya a resolver de fondo lo pertinente a la vinculación de mi representada, tenga en cuenta todas y cada una de las estipulaciones que se pactaron en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 la cual tiene una vigencia comprendida entre el 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016, puesto que, con base a las mismas, es inexistente la obligación indemnizatoria que pretende endilgársele, por las razones expuestas.

Frente al hecho “SEGUNDO”: es cierto parcialmente y procedo a explicar: Si bien es cierto en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 se estableció que este era el riesgo cubierto:

RIESGO CUBIERTO
- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA
QUEDA AMPARADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE EVENTUALMENTE PUEDA CORRESPONDERLE AL ASEGURADO POR CUALQUIER DAÑO CORPORAL, ENFERMEDAD, AFECCIÓN O MUERTE CAUSADA A UN PACIENTE, POR CUALQUIER ACTO NEGLIGENTE, ERROR U OMISIÓN, O FALTA PROFESIONAL, COMETIDO POR EL ASEGURADO EN EJERCICIO DE LAS FUNCIONES PROPIAS DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LA SALUD.

Lo cierto es que, como se expuso en el pronunciamiento anterior, no se cumplen de manera simultánea los presupuestos temporales que estructuran la modalidad CLAIMS MADE, pactada en la póliza referida, por cuanto la primera reclamación al asegurado ocurrió por fuera del término de vigencia de la póliza.

Ahora bien, no sobra indicar que, sumado al escenario anterior, tampoco se ha demostrado fehacientemente por el extremo demandante en esta contienda, que se hayan configurado los elementos *sine qua non* de la responsabilidad civil extracontractual que se pretende en contra de SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S., de forma que, incluso en el hipotético caso en el que la póliza ofreciera cobertura temporal, lo cierto es que tampoco se ha demostrado el acaecimiento del evento asegurado en la póliza, resultando a todas luces inoperante la afectación del aseguramiento.

En gracia de discusión se explica que, la responsabilidad del asegurador se podría predicar sólo cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura de la póliza, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada; en esa hipótesis, ha de sujetarse a lo convenido en la póliza y está limitada contractualmente a la suma asegurada, sin perjuicio del deducible, que es la porción quede cualquier siniestro le corresponde asumir a la entidad asegurada, y sin detrimento de la aplicación de las causales de exoneración o exclusión pactadas en el seguro.

Frente al hecho “TERCERO”: es cierto lo indicado en este hecho referente a que la SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. fue demandada como consecuencia de los presuntos perjuicios ocasionados a los demandantes, por la atención médica que recibió la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.), en el lapso comprendido entre el 7 de julio de 2016 y el 24 de septiembre de 2016.

Frente al hecho “CUARTO”: No es cierto como está expuesto. Si bien los hechos que dieron origen al presente asunto ocurrieron dentro de la vigencia de la póliza, ésta no podrá afectarse, toda vez que no se cumplen de manera simultánea los presupuestos de la modalidad de cobertura denominada “Claims made”, bajo la cual fue pactada la misma, y en todo caso, no existe prueba de la realización del riesgo asegurado, esto es, la responsabilidad que se pretende atribuir a la sociedad asegurada.

Estimo necesario manifestar al Despacho que, tal y como ha sido ampliamente expuesto a lo largo de este escrito, primero, todas y cada una de las pretensiones de la demanda, carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad, como quiera que no existe prueba fehaciente de que se haya estructurado la responsabilidad que pretende endilgarse a la SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S.; recuérdese que en nuestro ámbito prima el principio universal de la carga de la prueba, conforme al cual quien alegue un hecho del que pretenda derivar consecuencias jurídicas y/o económicas, debe comprobar su realización. Además, se tiene que, en el caso concreto, la accionada ha demostrado mediante las consignas de la historia clínica, que sus actuaciones se ajustaron a los protocolos que rigen a la misma, siendo diligente en lo referente a la atención en salud que requirió la paciente, durante el tiempo que permaneció en la institución demandada.

Segundo, tampoco se ha acreditado de manera fehaciente que haya existido un detrimento susceptible de reconocerse, toda vez que no existe prueba suficiente para acreditar las sumas que reclamó la accionante, convirtiéndose ello en un obstáculo insalvable para su reconocimiento, ya que al Juzgador le está vedada la posibilidad de presumir como cierto un perjuicio no demostrado.

Así entonces, si bien es cierto que, contra la llamante en garantía, se entabló una demanda de responsabilidad civil extracontractual por los hechos presuntamente suscitados entre el entre el 7 de julio de 2016 y el 24 de septiembre de 2016, también lo es que la demanda en sí está caracterizada por la orfandad de medios de prueba que permitan llevar al Juzgador plena convicción sobre las manifestaciones que en ella se esbozan.

Sin embargo, si bien mi mandante sí expidió la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 la cual tiene una vigencia comprendida entre el 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016, en la cual SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. obra como tomador y asegurado, es preciso aclarar desde ya que para este asunto LA PÓLIZA NO PUEDE HACERSE EFECTIVA, por cuanto no se cumplen de manera simultánea los presupuestos de la modalidad de cobertura denominada “Claims made”, bajo la cual fue pactada la misma

La concertación de esta modalidad puede observarse en el contenido de las condiciones de la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL R.C. PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES Y/O CENTROS MÉDICO vinculadas al presente proceso, la cual indica lo siguiente:

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

- EN EL SUPUESTO CASO DE RENOVACIONES SUCESIVAS E ININTERRUMPIDAS DE ESTA PÓLIZA, LA COBERTURA SIEMPRE SE EXTENDERÁ A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD EMERGENTE DE ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA INICIAL, O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD DE LA PÓLIZA, CUALQUIERA DE LAS DOS FECHAS QUE SEA ANTERIOR, SIN IMPORTAR QUE LA PÓLIZA INICIAL HUBIESE YA VENCIDO, Y QUE EL RECLAMO O NOTIFICACIÓN SE PRESENTASE DURANTE UNA DE SUS RENOVACIONES CONSECUTIVAS E ININTERRUMPIDAS.

Como se puede observar, la póliza referida se pactó en la modalidad CLAIMS MADE, que según la Ley 389 de 1997, artículo 4, dispone:

“ARTICULO 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.

(...)".

Obsérvese pues, que para afectar una póliza de seguro pactada bajo la modalidad CLAIMS MADE, deben concurrir dos requisitos, a saber: (i) que el siniestro ocurra dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad pactado y (ii) que la primera reclamación al asegurado o a la aseguradora ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

Lo primero que se debe manifestar al Honorable Despacho es que en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 se pactó un periodo de retroactividad desde el 23 de septiembre de 2013:

BASE DE LA COBERTURA
- CLAIMS MADE

PERÍODO DE DESCUBRIMIENTO - ACTOS PREVIOS: NO SE OTORGA.
FECHA DE RETROACTIVIDAD: 23 DE SEPTIEMBRE DE 2013.
EXTENSIÓN PARA DENUNCIA DE RECLAMOS: OPCIONAL.

Visto lo anterior, para que la póliza que se allega al expediente pueda resultar afectada, debe contar con una vigencia o retroactividad que cubra la fecha de ocurrencia de los hechos y la fecha en la que se le realiza la primera reclamación al asegurado. Ahora, el periodo de retroactividad concertado sólo aplica respecto del análisis de la fecha en la que el evento reprochado al asegurado ocurre, no para la data de la reclamación; contrario a ello, deberá constatarse que para la fecha en la que se realizó la reclamación exista una póliza en efecto vigente. Lo que quiere decir que la reclamación debe haber ocurrido dentro del periodo de la vigencia pactado en el certificado del contrato vinculado, y ello resulta de suma importancia, como quiera que sería la póliza vigente para la fecha de la reclamación, la que eventualmente podría afectarse.

De cara a lo anterior, si bien los hechos reclamados ocurrieron entre el 7 de julio de 2016 y el 24 de septiembre de 2016, se observa en el plenario que la reclamación que efectuó la parte demandante al asegurado SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. ocurrió el 5 de marzo de 2019 a través de citación a conciliación en el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, audiencia que se llevó a cabo el 20 de marzo de 2019, es decir, no se realizó dentro de la vigencia de la póliza: , y por lo tanto ésta no podrá afectarse:

CERTIFICADO DE REGISTRO DEL CASO**CONSTANCIA - NO ACUERDO****Número del Caso en el centro:** 03886
Cuantía: 593743920.00**Fecha de solicitud:** 5 de marzo de 2019
Fecha del resultado: 20 de marzo de 2019

CONVOCANTE(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	29967160	BERTHA INES VIVAS AZCARATE

CONVOCADO(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	ORGANIZACIÓN	NIT	800130907	SALUD TOTAL E.P.S. S.A.
2	ORGANIZACIÓN	NIT	805023423	SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. CLINICA NUESTRA
3	ORGANIZACIÓN	NIT	830007355	FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A

De esa suerte, solicito respetuosamente al Despacho que, en el momento en el que vaya a resolver de fondo lo pertinente a la vinculación de mi representada, tenga en cuenta todas y cada una de las estipulaciones que se pactaron en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 la cual tiene una vigencia comprendida entre el 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016, puesto que, con base a las mismas, es inexistente la obligación indemnizatoria que pretende endilgársele.

En gracia de discusión se explica que, la responsabilidad del asegurador se podría predicar sólo cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura de la póliza, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada; en esa hipótesis, ha de sujetarse a lo convenido en la póliza y está limitada contractualmente a la suma asegurada, sin perjuicio del deducible, que es la porción quede cualquier siniestro le corresponde asumir a la entidad asegurada, y sin detrimento de la aplicación de las causales de exoneración o exclusión pactadas en el seguro.

Frente al hecho “QUINTO”: no es un hecho, sino una apreciación subjetiva de la apoderada de la llamante en garantía. No se configuran los elementos fácticos ni jurídicos que permitan afectar la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117.

Estimo necesario manifestar al Despacho que, tal y como ha sido ampliamente expuesto a lo largo de este escrito, primero, todas y cada una de las pretensiones de la demanda, carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad, como quiera que no existe prueba fehaciente de que se haya estructurado la responsabilidad que pretende endilgarse a la SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S.; recuérdese que en nuestro ámbito prima el principio universal de la carga de la prueba, conforme al cual quien alegue un hecho del que pretenda derivar consecuencias jurídicas y/o económicas, debe comprobar su realización. Además, se tiene que, en el caso concreto, la accionada ha demostrado mediante las consignas de la historia clínica, que sus actuaciones se ajustaron a los protocolos que rigen a la misma, siendo diligente en lo referente a la atención en salud que requirió la paciente, durante el tiempo que permaneció en la institución demandada.

Segundo, tampoco se ha acreditado de manera fehaciente que haya existido un detrimento susceptible de reconocerse, toda vez que no existe prueba suficiente para acreditar las sumas que reclamó la accionante, convirtiéndose ello en un obstáculo insalvable para su reconocimiento, ya que al Juzgador le está vedada la posibilidad de presumir como cierto un perjuicio no demostrado.

Así entonces, si bien es cierto que, contra la llamante en garantía, se entabló una demanda de responsabilidad civil extracontractual por los hechos presuntamente suscitados entre el entre el 7 de julio de 2016 y el 24 de septiembre de 2016, también lo es que la demanda en sí está caracterizada por la orfandad de medios de prueba que permitan llevar al Juzgador plena convicción sobre las manifestaciones que en ella se esbozan.

Sin embargo, si bien mi mandante sí expidió la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 la cual tiene una vigencia comprendida entre el 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016, en la cual SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. obra como tomador y asegurado, es preciso aclarar desde ya que para este asunto LA PÓLIZA NO PUEDE HACERSE EFECTIVA, por ausencia de cobertura.

La concertación de esta modalidad puede observarse en el contenido de las condiciones de la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL R.C. PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES Y/O CENTROS MÉDICO vinculadas al presente proceso, la cual indica lo siguiente:

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

- EN EL SUPUESTO CASO DE RENOVACIONES SUCESIVAS E ININTERRUMPIDAS DE ESTA PÓLIZA, LA COBERTURA SIEMPRE SE EXTENDERÁ A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD EMERGENTE DE ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA INICIAL, O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD DE LA PÓLIZA, CUALQUIERA DE LAS DOS FECHAS QUE SEA ANTERIOR, SIN IMPORTAR QUE LA PÓLIZA INICIAL HUBIESE YA VENCIDO, Y QUE EL RECLAMO O NOTIFICACIÓN SE PRESENTASE DURANTE UNA DE SUS RENOVACIONES CONSECUTIVAS E ININTERRUMPIDAS.

Como se puede observar, la póliza referida se pactó en la modalidad CLAIMS MADE, que según la Ley 389 de 1997, artículo 4, dispone:

“ARTICULO 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.

(...)”.

Obsérvese pues, que para afectar una póliza de seguro pactada bajo la modalidad CLAIMS MADE, deben concurrir dos requisitos, a saber: (i) que el siniestro ocurra dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad pactado y (ii) que la primera reclamación al asegurado o a la aseguradora ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

Lo primero que se debe manifestar al Honorable Despacho es que en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 se pactó un periodo de retroactividad desde el 23 de septiembre de 2013:

BASE DE LA COBERTURA
- CLAIMS MADE

PERÍODO DE DESCUBRIMIENTO - ACTOS PREVIOS: NO SE OTORGA.
FECHA DE RETROACTIVIDAD: 23 DE SEPTIEMBRE DE 2013.
EXTENSIÓN PARA DENUNCIA DE RECLAMOS: OPCIONAL.

Visto lo anterior, para que la póliza que se allega al expediente pueda resultar afectada, debe contar con una vigencia o retroactividad que cubra la fecha de ocurrencia de los hechos y la fecha en la que se le realiza la primera reclamación al asegurado. Ahora, el periodo de retroactividad concertado sólo aplica respecto del análisis de la fecha en la que el evento reprochado al asegurado ocurre, no para la data de la reclamación; contrario a ello, deberá constatarse que para la fecha en la que se realizó la reclamación exista una póliza en efecto vigente. Lo que quiere decir que la reclamación debe haber ocurrido dentro del periodo de la vigencia pactado en el certificado del contrato vinculado, y ello resulta de suma

importancia, como quiera que sería la póliza vigente para la fecha de la reclamación, la que eventualmente podría afectarse.

De cara a lo anterior, si bien los hechos reclamados ocurrieron entre el 7 de julio de 2016 y el 24 de septiembre de 2016, se observa en el plenario que la reclamación que efectuó la parte demandante al asegurado SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. ocurrió el 5 de marzo de 2019 a través de citación a conciliación en el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, audiencia que se llevó a cabo el 20 de marzo de 2019, es decir, no se realizó la reclamación dentro del periodo de retroactividad:

CERTIFICADO DE REGISTRO DEL CASO**CONSTANCIA - NO ACUERDO**

Número del Caso en el centro: 03886
Cuantía: 593743920.00

Fecha de solicitud: 5 de marzo de 2019
Fecha del resultado: 20 de marzo de 2019

CONVOCANTE(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	29967160	BERTHA INES VIVAS AZCARATE

CONVOCADO(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	ORGANIZACIÓN	NIT	800130907	SALUD TOTAL E.P.S. S.A.
2	ORGANIZACIÓN	NIT	805023423	SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. CLINICA NUESTRA
3	ORGANIZACIÓN	NIT	830007355	FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A

No puede soslayarse que la existencia del contrato *per se*, no implica que este pueda hacerse efectivo de manera automática; para ello, se deben cumplir de manera simultánea los presupuestos que rigen la modalidad de cobertura con base en la cual se suscribió este negocio asegurativo, esto es la denominada CLAIMS MADE, modalidad de cobertura temporal que no se cumple en este caso. Adicionalmente, como se explicará más adelante, será menester que se demuestre fehacientemente la materialización del riesgo asegurado y no se configure ninguna causal legal o convencional de

inoperancia o exclusión del contrato de seguro, lo cual tampoco ocurre en este caso, específicamente en lo que atañe a las causales de exclusión.

De esa suerte, solicito respetuosamente al Despacho que, en el momento de que vaya a resolver de fondo lo pertinente a la vinculación de mi representada, tenga en cuenta todas y cada una de las estipulaciones que se pactaron en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 la cual tiene una vigencia comprendida entre el 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016, puesto que, con base a las mismas, es inexistente la obligación indemnizatoria que pretende endilgársele.

En gracia de discusión se explica que, la responsabilidad del asegurador se podría predicar sólo cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura de la póliza, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada; en esa hipótesis, ha de sujetarse a lo convenido en la póliza y está limitada contractualmente a la suma asegurada, sin perjuicio del deducible, que es la porción quede cualquier siniestro le corresponde asumir a la entidad asegurada, y sin detrimento de la aplicación de las causales de exoneración o exclusión pactadas en el seguro.

II. FRENTE A LAS PETICIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente a la petición “PRIMERA”: no es necesario realizar un pronunciamiento frente a la solicitud del llamante en garantía de vincular y ordenar la notificación de mi representada en el asunto de la referencia, por cuanto esta solicitud ya fue resuelta favorablemente por el Despacho.

No obstante, sí se hace preciso indicar al Despacho que me opongo a la solicitud que en esta misma pretensión eleva el llamante, tendiente a que mi prohijada responsa patrimonialmente por los daños y perjuicios ocasionados dentro de los parámetros establecidos en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 con vigencia comprendida entre 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016, negocio en el cual se amparó la responsabilidad civil profesional médica en que incurra SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. Así, en tanto que, como ya se ha indicado en líneas precedentes, la póliza que convoca a mi prohijada a este proceso, no ofrece cobertura. Lo anterior, por dos razones: (i) la primera, es que reclamación extrajudicial que se efectuó al asegurado se presentó por fuera de la vigencia de la pólizas vinculada y; (ii) la segunda, porque como se ha podido observar a lo largo de este escrito, no se puede endilgar ningún tipo de responsabilidad civil en cabeza del tomador y asegurado SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. por cuantos todas las actuaciones que efectuó su personal médico estuvieron enmarcadas dentro de los protocolos establecidos y la Lex artis.

Es necesario recordar al Despacho que, la eventual e hipotética afectación del negocio asegurativo referenciado, sería únicamente el resultado del estricto cumplimiento de las condiciones pactadas en él, especialmente en lo que atañe a la modalidad de cobertura temporal CLAIMS MADE, así como de la plena acreditación del acaecimiento del riesgo que se aseguró, lo cual en este caso no ha sucedido.

Descendiendo al caso en concreto, en lo que atañe a la modalidad de cobertura temporal CLAIMS MADE bajo la cual fue concertado el aseguramiento vinculado. Debemos recordar que este tipo de modalidad temporal de cobertura se encuentra definida en el inciso primero del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, el cual contempla que la obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora sólo puede surgir si las pérdidas que se enmarquen dentro del amparo de responsabilidad civil profesional médica ocurrieron dentro del periodo de retroactividad establecido en el contrato, y la reclamación por el evento asegurado ha sido presentada durante la vigencia de la póliza; lo cual no ocurrió respecto de, al menos, uno de los requisitos exigidos.

Por lo anterior, solicito se despache desfavorablemente esta petición.

Frente al hecho “SEGUNDO”: me opongo a esta petición por carecer de fundamento fáctico y jurídico. Lo primero que se debe indicar es que erróneamente se relaciona, por parte de la apoderada del llamante en garantía, que los hechos objeto de análisis del presente proceso inician desde el 23 de marzo de 2016, lo cierto es, de acuerdo a los documentos alegados al proceso, es que los hechos, respecto a SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. inician entre el 7 de julio de 2016 y el 24 de septiembre de 2016, por lo tanto, desde la solicitud de esta petición, existe un error temporal.

Esta petición que eleva el llamante, tendiente a que se actualice monetariamente el valor de la cobertura máxima de la póliza, no tiene ningún fundamento jurídico, legal ni mucho menos contractual dentro de los parámetros establecidos en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 con vigencia comprendida entre 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016, negocio en el cual se amparó la responsabilidad civil profesional médica en que incurra SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. Así, en tanto que, como ya se ha indicado en líneas precedentes, la póliza que convoca a mi prohiada a este proceso, no ofrece cobertura. Lo anterior, por dos razones: (i) la primera, es que reclamación extrajudicial que se efectuó al asegurado se presentó por fuera de la vigencia de la pólizas vinculada y; (ii) la segunda, porque como se ha podido observar a lo largo de este escrito, no se puede endilgar ningún tipo de responsabilidad civil en cabeza del tomador y asegurado SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. por cuantos todas las actuaciones que efectuó su personal médico estuvieron enmarcadas dentro de los protocolos establecidos y la Lex artis.

Se debe indicar de manera clara que la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 tiene un límite de valor asegurado, que en el eventual y remoto caso que se profiera una decisión que le endilgue responsabilidad al tomador y asegurado SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. y que dicha no se configure una exclusión legal o contractual, se podrá eventualmente afectar la póliza referida. Esto no implica de ninguna manera que, con base a lo anterior, los límites de cobertura de la póliza puedan ser aumentados con base en la “actualización monetaria con ocasión a la pérdida del valor adquisitivo de la moneda”, pues esa situación no quedó pactada dentro del contrato de seguro referido.

No tiene ningún sentido que mi representada se haya obligado al eventual pago límite de una suma de dinero y que el mismo, por decisión absueltamente ajena a lo realmente pactaron entre las partes, se puedan aumentar el límite asegurado previamente pactado.

Obsérvese lo que establecen las condiciones generales del seguro:

CAPITULO III CONDICIONES APLICABLES A TODO EL CONTRATO

3.1 LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD

La máxima responsabilidad de Colpatria en este seguro, la constituye la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.

No puede entonces pretenderse que se aumente deliberadamente el valor límite pactado en la póliza, sin el previo y escrito consentimiento de los contratantes de dicho seguro, esto es la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117, que para el caso concreto no se ha efectuado.

Por lo tanto, señor Juez, solicito despachar desfavorablemente esta petición.

Frente al hecho “TERCERO”: me opongo a esta petición por carecer de fundamento fáctico y jurídico. Dentro del clausulado general de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 con vigencia comprendida entre 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016 se pactó lo siguiente:

1.1.6 GASTOS DE DEFENSA

CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITE DE VALOR ASEGURADO CONSIGNADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, COLPATRIA INDEMNIZARÁ LOS HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADOS, QUE APODEREN AL ASEGURADO EN EL PROCESO PENAL, CIVIL O INCIDENTE DE REPARACIÓN INTEGRAL, QUE SE INICIE COMO CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UN HECHO AMPARADO EN ESTA PÓLIZA.

ES CONDICION NECESARIA PARA QUE OPERE ESTE AMPARO QUE LOS APODERADOS DEL ASEGURADO, HAYAN SIDO PREVIAMENTE APROBADOS POR COLPATRIA, Y QUE EL ASEGURADO NO AFRONTE EL PROCESO SIN LA APROBACIÓN DE COLPATRIA.

Como puede observarse, es condición necesaria para que aplique dicho amparo que los apoderados del asegurado, antes del momento de efectuar la defensa del asegurado, tengan el visto bueno de mi representada, además que el asegurado no podrá concurrir al proceso sin la aprobación de la aseguradora, todo lo anterior para que se pueda afectar el amparo contenido en la póliza. Situación tal que no se cumple en el presente caso toda vez que mi representada no tiene solicitudes previas por parte de SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. que soliciten aprobación o autorización respecto de los profesionales en derecho que realizarían la defensa técnica de SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. dentro del presente proceso.

III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. A AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

- 1. LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1000117 VIGENTE ENTRE 24 DE OCTUBRE DEL 2015 HASTA EL 24 DE OCTUBRE DEL 2016, RESULTA INOPERANTE EN ESTE CASO, PUESTO QUE NO SE CUMPLEN LOS PRESUPUESTOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA DENOMINADA “CLAIMS MADE” BAJO LA CUAL FUE CONCERTADA.**

Esta excepción se propone con el ánimo de explicar que, si bien AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., suscribió con la convocante SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S., el negocio asegurativo contenido en Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 la cual tiene una vigencia comprendida entre 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016, negocio en el cual se respalda la actividad profesional del personal médico bajo relación laboral con el tomador y asegurado, es indispensable aclarar que, esta póliza no puede hacerse efectiva, en tanto que, para que opere, se deben cumplir unos presupuestos que rigen la modalidad de cobertura con base en la cual se suscribió este negocio asegurativo, esto es la modalidad CLAIMS MADE, los cuales no se estructuraron en este caso.

En lo que atañe a la modalidad CLAIMS MADE, esta se encuentra definida en el inciso primero del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, el cual contempla que la obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora sólo puede surgir si las pérdidas que se enmarquen dentro del amparo de responsabilidad civil profesional médica ocurrieron dentro del periodo de retroactividad establecido y la reclamación por el siniestro ha sido presentada durante la vigencia de la póliza vinculada.

En ese sentido, mi representada ampara la responsabilidad médica del ente asegurado siempre y cuando se presenten dos circunstancias muy concretas: primero, los hechos alegados en la demanda deben haber ocurrido durante la vigencia o dentro del periodo de retroactividad otorgado en el contrato; y segundo, los hechos deben ser reclamados durante la vigencia de la misma; en ese sentido, se haría eventualmente aplicable, la póliza que se encontraba vigente al momento en el que se realiza la reclamación al asegurado:

La concertación de esta modalidad puede observarse en el contenido de las condiciones de la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL R.C. PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES Y/O CENTROS MÉDICO

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

- EN EL SUPUESTO CASO DE RENOVACIONES SUCESIVAS E ININTERRUMPIDAS DE ESTA PÓLIZA, LA COBERTURA SIEMPRE SE EXTENDERÁ A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD EMERGENTE DE ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA INICIAL, O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD DE LA PÓLIZA, CUALQUIERA DE LAS DOS FECHAS QUE SEA ANTERIOR, SIN IMPORTAR QUE LA PÓLIZA INICIAL HUBIESE YA VENCIDO, Y QUE EL RECLAMO O NOTIFICACIÓN SE PRESENTASE DURANTE UNA DE SUS RENOVACIONES CONSECUTIVAS E ININTERRUMPIDAS.

Como se puede observar, la póliza referida se pactó en la modalidad CLAIMS MADE, que según la Ley 389 de 1997, artículo 4, dispone:

“ARTICULO 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.

(...)"

Obsérvese pues, que para afectar una póliza de seguro pactada bajo la modalidad CLAIMS MADE, deben concurrir dos requisitos, a saber: (i) que el siniestro ocurra dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad pactado (que en el caso particular corresponde al 23 de septiembre de 2013) y (ii) que la primera reclamación al asegurado o a la aseguradora ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

Visto lo anterior, para que la póliza que se allega al expediente pueda resultar afectada, debe contar con una vigencia o retroactividad que cubra la fecha de ocurrencia de los hechos y la fecha en la que se le realiza la primera reclamación al asegurado. Ahora, el periodo de retroactividad concertado sólo aplica respecto del análisis de la fecha en la que el evento reprochado al asegurado ocurre, no para la data de la reclamación; contrario a ello, deberá constatarse que para la fecha en la que se realizó la reclamación exista una póliza en efecto vigente. Lo que quiere decir que la reclamación debe haber ocurrido dentro del periodo de la vigencia pactado en el certificado del contrato vinculado, y ello resulta de suma importancia, como quiera que sería la póliza vigente para la fecha de la reclamación, la que eventualmente podría afectarse.

De cara a lo anterior, si bien los hechos reclamados ocurrieron entre el 7 de julio de 2016 y el 24 de septiembre de 2016, se observa en el plenario que la reclamación que efectuó la parte demandante al asegurado SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. ocurrió el 5 de marzo de 2019 a través de citación a conciliación en el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, audiencia que se llevó a cabo el 20 de marzo de 2019, es decir, no se realizó la reclamación dentro del periodo de vigencia de la póliza, y por lo tanto no podrá operar:

CERTIFICADO DE REGISTRO DEL CASO**CONSTANCIA - NO ACUERDO****Número del Caso en el centro:** 03886
Cuantía: 593743920.00**Fecha de solicitud:** 5 de marzo de 2019
Fecha del resultado: 20 de marzo de 2019

CONVOCANTE(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	29967160	BERTHA INES VIVAS AZCARATE

CONVOCADO(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	ORGANIZACIÓN	NIT	800130907	SALUD TOTAL E.P.S. S.A.
2	ORGANIZACIÓN	NIT	805023423	SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. CLINICA NUESTRA
3	ORGANIZACIÓN	NIT	830007355	FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A

De tal suerte, advierte el suscrito que, en el caso de marras, se evidenció con suficiente claridad que la reclamación efectuada a SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S., por los hechos o actos médicos que en esta contienda son reprochados a la institución médica, se efectuó con posterioridad a la fecha en la que finalizó la vigencia de la póliza vinculada, debido a que la cobertura de la póliza citada comprende el periodo entre el 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016. Por lo que, resulta innegable que la aludida causal de exclusión de responsabilidad indemnizatoria de la compañía aseguradora se configuró en este asunto, y que, por contera, la obligación indemnizatoria que se exige a mi mandante es inexistente, siendo necesario entonces desvincularla de esta contienda.

De esa suerte, solicito respetuosamente al Despacho que, en el momento de resolver de fondo lo pertinente a la vinculación de mi representada, tenga en cuenta todas y cada una de las estipulaciones que se pactaron en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 la cual tiene una vigencia comprendida entre el 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016, puesto que, con base a las mismas, es inexistente la obligación indemnizatoria que pretende endilgársele, al no haberse cumplido con los presupuestos temporales que estructuran la modalidad CLAIMS MADE.

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. CON FUNDAMENTO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1000117 VIGENTE ENTRE 24 DE OCTUBRE DEL 2015 HASTA EL 24 DE OCTUBRE DEL 2016, POR LA NO DEMOSTRACIÓN DEL ACAECIMIENTO DEL RIESGO ASEGURADO.

Sin perjuicio de las manifestaciones anteriores, y sin que implique ningún reconocimiento de responsabilidad a cargo de mi mandante, se plantea esta excepción en gracia de discusión (en tanto que ya está acreditado que es inexistente la obligación indemnizatoria de mi mandante con fundamento en la póliza vinculada luego que no se cumplió con los presupuestos de la modalidad de cobertura CLAIMS MADE), esta excepción se sustenta en que mi representada sólo está obligada a responder, al tenor de las obligaciones expresamente estipuladas en el contrato de seguro, luego no puede entenderse comprometido al asegurador por riesgos que no le fueron trasladados por el tomador y que se encuentren por fuera del objeto de cobertura. En este punto es preciso señalar que, de conformidad con las condiciones particulares de la póliza de Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 vinculada, el objeto y alcance del seguro se concretó respecto de los siguientes amparos:

DETALLE DE COBERTURAS

ASEGURADO	: SOCIEDAD N.S.D.R. S. A. S. NIT 805.023.423-1.
Dirección del Riesgo 1	: CL 10 No. 33-51 0, CALI, VALLE DEL CAUCA.
Ramo	: RESPONSABILIDAD CIVIL
SubRamo	: R.C.E. EXTRACONTRACTUAL
Objeto del Seguro	: PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO
R.C.CLINICAS Y HOSPITALES - R.C. PROFESIONAL	2,000,000,000.00
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	5,000,000.00 PESOS
BENEFICIARIOS	
Nombre	Documento
TERCEROS AFECTADOS.	C.C. 0

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

- EN EL SUPUESTO CASO DE RENOVACIONES SUCESIVAS E ININTERRUMPIDAS DE ESTA PÓLIZA, LA COBERTURA SIEMPRE SE EXTENDERÁ A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD EMERGENTE DE ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA INICIAL, O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD DE LA PÓLIZA, CUALQUIERA DE LAS DOS FECHAS QUE SEA ANTERIOR, SIN IMPORTAR QUE LA PÓLIZA INICIAL HUBIESE YA VENCIDO, Y QUE EL RECLAMO O NOTIFICACIÓN SE PRESENTASE DURANTE UNA DE SUS RENOVACIONES CONSECUTIVAS E ININTERRUMPIDAS.

Como quiera que la responsabilidad de la compañía de seguros está delimitada estrictamente por el amparo que otorgó, tal como se acaba de ilustrar, se concluye que, incluso en el hipotético escenario en

el que la póliza expedida por mi mandante hubiese estado vigente para la fecha en la que se realizó la reclamación al asegurado, teniendo en cuenta que la convocante del llamamiento no acredita que, en efecto, el riesgo asegurado se haya materializado al tenor de lo dispuesto en su literalidad, los hechos y pretensiones del llamamiento con base en esta póliza, están destinados a no prosperar. Así pues, de conformidad con el contenido del contrato, se tiene que para este caso se otorgó el siguiente amparo:

RIESGO CUBIERTO
- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA
QUEDA AMPARADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE EVENTUALMENTE PUEDA CORRESPONDERLE AL ASEGURADO POR CUALQUIER DAÑO CORPORAL, ENFERMEDAD, AFECCIÓN O MUERTE CAUSADA A UN PACIENTE, POR CUALQUIER ACTO NEGLIGENTE, ERROR U OMISIÓN, O FALTA PROFESIONAL, COMETIDO POR EL ASEGURADO EN EJERCICIO DE LAS FUNCIONES PROPIAS DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LA SALUD.

Sin embargo, como ya se advirtió, los elementos de prueba que militan en el plenario, constatan que los hechos y el resultado lesivo que se demandan, no tuvieron su origen en las actuaciones desplegadas por la convocante, puesto que, en contraste, la historia clínica allegada al Despacho, acreditó que la clínica actuó en atención a las condición y evolución específica del paciente, ajustándose a los protocolos que rigen sus funciones; circunstancias que implican que la responsabilidad civil que se pretende en cabeza del convocante es inexistente, ergo, el evento asegurado no se ha materializado.

Lo anterior, en tanto que, en primer lugar, es de recordar que, en atención a las consignas de la historia clínica que milita en el plenario, la atención de salud que proporcionó la clínica demandada, se ajustó a los protocolos que rigen la Lex artis; quedó demostrado con dicho documento que desde el instante en el que la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.) ingresa a la institución, esta prestó la atención necesaria para salvaguardar su vida, se pusieron a su disposición todos los medios necesarios para evitar riesgos, se puso a disposición de la paciente todo el personal profesional humano en salud para atenderla de acuerdo a los protocolos y de acuerdo a lo que requería la paciente en su momento.

En ese orden de ideas, la atención que brindó la clínica, y las decisiones que se emitieron por el personal de salud de la institución, se adecuaron a la evolución del paciente y a los hallazgos que emitieron las valoraciones; la misma historia clínica es fiel reflejo de que la institución en ningún momento desatendió a su paciente, ni fue negligente en su servicio; por ello, no hay presupuestos fácticos válidos que permitan dar justificación a la pretensión declarativa del accionante en contra de la CLÍNICA NUESTRA – SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S.

Es importante recordar en este punto que la ciencia de la medicina no es una ciencia exacta, como tampoco de resultados, pues, muy al contrario, se trata de una ciencia de medios, lo que significa que

efectivamente, el médico está obligado a emplear todos los que esté su alcance, es decir, toda su pericia profesional en el cuidado de la salud, como ocurre en la práctica, pero sin asegurar un resultado que obviamente es incierto. De tal suerte, en el caso que nos asiste, lo que resulta acreditado de la lectura de la historia clínica, es que tanto el personal médico, como de enfermería, que atendieron a la paciente en SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. emplearon todos los medios que estuvieron al alcance para salvaguardar la vida y procurar restablecer el estado de salud de la señora LIZ VANESA MENA VIVAS (q.e.p.d.); lamentablemente, las múltiples comorbilidades con las que ingresó a la institución eran de tal envergadura que en todo caso, el lamentable fallecimiento de la paciente acaeció, a pesar de que, se reitera, la clínica puso en ejecución todos los medios con los que disponía.

Por lo anterior, estima la suscrita que las afirmaciones del extremo actor no tienen fundamento fáctico ni probatorio, por cuanto que las actuaciones desplegadas por la demandada, se ajustaron a los protocolos que rigen las obligaciones que debe asumir frente al servicio de salud; adicional a ello, no está de más resaltar que en la pretendida atribución de responsabilidad a la clínica a la que hace referencia el extremo activo, no se concreta por qué es que considera que la actuación de la accionada fue inadecuada, deficiente e indebida, en tanto que, si bien señala una actuación que presuntamente no adelantó la demandada, no explica con fundamentos técnicos ni científicos, cómo es que la misma fue una circunstancia contundente para el desenlace de los hechos que nos asisten; contrario a ello, con el récord de atención registrado en la historia clínica, se advierte que no hubo omisión por SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S., pues, se insiste, la evolución del paciente fue constantemente valorada, y se ejecutaron oportunamente las actividades que corresponden a la prestación de salud por parte de la demandada.

De tal categoría, en efecto, no hay medios de prueba que acrediten que el evento acaeció en el tenor de lo manifestado en el escrito introductorio, pues, las pruebas allegadas permiten enervar cualquier responsabilidad que a cargo del extremo pasivo de este litigio desatinadamente pretende el accionante; ergo, no se ha demostrado el acaecimiento del evento asegurado y, por contera, es inexistente cualquier responsabilidad indemnizatoria que se requiera en relación con la llamada en garantía, AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

En razón de los argumentos expuestos, que hacen axiomática la ausencia de responsabilidad que se requiere en la demanda, trasciende a todas luces evidente, que la responsabilidad indemnizatoria que se plantea en contra de mi procurada con la solicitud de su vinculación a esta causa, es, en ese mismo sentido, inexistente; por ello, solicito respetuosamente al Despacho se sirva declarar como probada esta excepción.

3. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1000117 VIGENTE ENTRE 24 DE OCTUBRE DEL 2015 HASTA EL 24 DE OCTUBRE DEL 2016, LOS CUALES ENMARCAN LAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES.

En gracia de discusión y sin que la presente constituya el reconocimiento de obligación alguna de mi representada, cabe mencionar que, en el remoto evento y muy improbable escenario de que a mi procurada se le hiciera exigible la afectación de alguno de los negocios contractuales expedidos por ella, tomados por la llamante en garantía, mediante la cual se aseguró la responsabilidad civil profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, se estipularon las condiciones, los límites, los amparos otorgados, las exclusiones, las sumas aseguradas, los deducibles pactados, etc., de manera que exclusivamente son estos los parámetros que determinarían en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi poderdante, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo y las diversas cláusulas del aseguramiento, incluso y sin perjuicio de las estipulaciones que la exoneran de responsabilidad, que pido declarar en el fallo.

Téngase en cuenta que expresamente en los certificados de las pólizas se estipuló el límite de la cobertura para los eventos asegurables y amparados por cada contrato, y en este punto impera el precepto del artículo 1079 del Código de Comercio, conforme al cual el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta la concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas, consagrado en el artículo 1088 ibídem, que establece que los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituirse en fuente de enriquecimiento.

Ahora bien, exclusivamente en gracia de discusión, sin ánimo de que implique el reconocimiento de responsabilidad en contra de mi representada, se debe manifestar que, en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 vigente entre el 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016, se indicaron los límites para los diversos amparos pactados, de la siguiente manera:

DETALLE DE COBERTURAS

ASEGURADO : SOCIEDAD N.S.D.R. S. A. S. NIT 805.023.423-1.
Dirección del Riesgo 1 : CL 10 No. 33-51 0, CALI, VALLE DEL CAUCA.
Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL
SubRamo : R.C.E. EXTRA CONTRACTUAL
Objeto del Seguro : PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO

AMPAROS CONTRATADOS

VALOR ASEGURADO

R.C. CLINICAS Y HOSPITALES - R.C. PROFESIONAL 2,000,000,000.00
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 5,000,000.00 PESOS

BENEFICIARIOS

Nombre

Documento

TERCEROS AFECTADOS.

C.C. 0

LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN: LÍMITE ÚNICO Y COMBINADO.

LÍMITE PARA CADA Y TODA RECLAMACIÓN O SERIE DE RECLAMACIONES ORIGINADAS POR UNA MISMA CAUSA Y EN EL AGREGADO ANUAL, POR TODO CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, INTERESES, GASTOS, COSTAS Y HONORARIOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL A SER COMPARTIDO POR TODOS LOS ASEGURADOS.

COP 2.000.000.000 POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

DEDUCIBLES

RC PROFESIONAL MÉDICA

- 10% DE TODO Y CADA RECLAMO, MÍNIMO COP 5.000.000, OPERANDO EN EXCESO DE (A) LAS PROPIAS PÓLIZAS PRIMARIAS DE LOS MÉDICOS Y/O ENTIDADES QUE PRESTEN SUS SERVICIOS AL ASEGURADO, O (B) DE COP \$ 25.000.000 TODA Y CADA PÉRDIDA, CUALQUIERA DE (A) O (B) QUE SEA LA SUMA MAYOR QUE APLIQUE.

- DAÑOS EXTRA PATRIMONIALES:

100% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

(a) LOS DAÑOS EXTRA PATRIMONIALES EN RELACIÓN AL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA PÓLIZA SERÁN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO HAYA UN DAÑO O LESIÓN PERSONAL O CORPORAL IMPUTADO AL ASEGURADO DICTAMINADO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL FALLO DE UN JUEZ.

(b) LOS PAGOS POR DAÑOS EXTRA PATRIMONIALES SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO.

(c) EL PAGO POR TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

En la causa que nos asiste, de acuerdo con los límites máximos establecidos en el contrato asegurativo, el monto máximo que hipotéticamente correspondería a mi procurada indemnizar, por los reprochados en el libelo genitor, es de \$ 2.000.000.000 por evento, como se observa en el extracto de arriba; y los perjuicios extrapatrimoniales están sublimitados hasta un 100 % del límite de indemnización por evento, de manera que ruego a su señoría proceder de conformidad en el momento en el que decida de fondo lo relativo a la relación sustancial que vincula a mi prohijada en esta causa.

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

4. EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1000117 VIGENTE ENTRE 24 DE OCTUBRE DEL 2015 HASTA EL 24 DE OCTUBRE DEL 2016, SE PACTÓ UN DEDUCIBLE DEL 10 % DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO \$ 5.000.000.

En la póliza en estudio, se estipuló adicionalmente la existencia de un deducible, el cual legalmente está permitido, luego que se encuentra consagrado en el artículo 1103 del Código de Comercio; este reza que:

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

En síntesis, el deducible comporta la participación que asume el asegurado cuando se presenta el siniestro, el cual se manifiesta en un valor o porcentaje pactado en la póliza de seguro; así entonces, de acuerdo con el contenido de la póliza, el deducible pactado fue del 10 % DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO \$ 5.000.000; así se determinó en el negocio aseguraticio estudiado:

DETALLE DE COBERTURAS

ASEGURADO : SOCIEDAD N.S.D.R. S. A. S. NIT 805.023.423-1.
Dirección del Riesgo 1 : CL 10 No. 33-51 0, CALI, VALLE DEL CAUCA.
Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL
SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL
Objeto del Seguro : PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO

AMPAROS CONTRATADOS

VALOR ASEGURADO

R.C.CLINICAS Y HOSPITALES - R.C. PROFESIONAL

2,000,000,000.00

Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 5,000,000.00 PESOS

BENEFICIARIOS

Nombre
TERCEROS AFECTADOS.

Documento
C.C. 0

Adviértase que en el condicionado general se concertó la estipulación del deducible en el cual se indicó lo siguiente:

3.6 DEDUCIBLE

Es el porcentaje o valor mínimo del daño indemnizable que invariablemente se descuenta del pago de cualquier indemnización quedando a cargo del Tomador o Asegurado, que se encuentra pactado en la carátula de la póliza o sus anexos.

Por consiguiente, debe tenerse presente que, una vez se encuentre fehacientemente probado el evento asegurado, el Juez deberá, al momento de atribuir responsabilidades sobre la indemnización del presunto daño antijurídico causado, aplicar el monto que al asegurado SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S., le correspondería cubrir en virtud del deducible pactado; advirtiendo claro que, en ese remoto y eventual escenario, a la aseguradora le concerniría, el saldo sobrante; se aclara además que en vista de que se pactó un porcentaje y una suma específica, deberá aplicarse, de acuerdo a lo estipulado en la póliza, el que una vez calculado, sea mayor.

Es decir que, si en la causa civil bajo su conocimiento ocurre el improbable caso de endilgarse responsabilidad a la demandada y asegurada y a mi mandante se le hiciera exigible la afectación del aseguramiento, SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. tendría que cubrir el monto anteriormente indicado como deducible y, a la aseguradora le atañería cubrir el valor del saldo.

Empero, tampoco puede olvidarse que esto es sólo posible en el hipotético de que la póliza vinculada ofreciera cobertura temporal, y en el remoto evento de que dicha institución médica sea hallada civilmente responsable de conformidad con las pruebas allegadas al proceso; lo cual, analizado el expediente, considera el suscrito, es altamente improbable, como quiera que en el asunto de marras, contrario a estar demostrada alguna actuación contraria a derecho por parte del sujeto pasivo de esta acción, sí se avizoran elementos que permiten concluir que estos actuaron de manera diligente, expedita y ajustándose a los principios que rigen la Lex artis.

Por lo expuesto, solicito respetuosamente al Juez, declarar probada esta excepción.

5. GASTOS DE DEFENSA PACTADOS DENTRO DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1000117 VIGENTE ENTRE 24 DE OCTUBRE DEL 2015 HASTA EL 24 DE OCTUBRE DEL 2016.

Como se adujo en líneas anteriores, dentro del contrato de seguro hacen parte las condiciones generales del mismo, que son aquellas que rigen y aplican a todos los contratos de seguro de determinada especialidad o modalidad.

Dentro de la póliza referida, existe un acápite que habla de los gastos de defensa, pues si bien están pactados y cubiertos dentro de las condiciones generales de la póliza, deben concurrir una serie de factores y requisitos para que el amparo opere y sea procedente.

A continuación, el amparo de gastos de defensa que está contenido en las condiciones generales del contrato de seguro referido:

1.1.6 GASTOS DE DEFENSA

CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITE DE VALOR ASEGURADO CONSIGNADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, COLPATRIA INDEMNIZARÁ LOS HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADOS, QUE APODEREN AL ASEGURADO EN EL PROCESO PENAL, CIVIL O INCIDENTE DE REPARACIÓN INTEGRAL, QUE SE INICIE COMO CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UN HECHO AMPARADO EN ESTA PÓLIZA.

ES CONDICION NECESARIA PARA QUE OPERE ESTE AMPARO QUE LOS APODERADOS DEL ASEGURADO, HAYAN SIDO PREVIAMENTE APROBADOS POR COLPATRIA, Y QUE EL ASEGURADO NO AFRONTE EL PROCESO SIN LA APROBACIÓN DE COLPATRIA.

Como puede observarse, es condición necesaria para que aplique dicho amparo que los apoderados del asegurado, antes del momento de efectuar la defensa del asegurado, tengan el visto bueno de mi representada, además que el asegurado no podrá concurrir al proceso sin la aprobación de la aseguradora, todo lo anterior para que se pueda afectar el amparo contenido en la póliza. Situación tal que no se cumple en el presente caso toda vez que mi representada no tiene solicitudes previas por

parte de SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. que soliciten aprobación o autorización respecto de los profesionales en derecho que realizarían la defensa técnica de SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. dentro del presente proceso.

Ahora dentro de las condiciones particulares del seguro, se observa lo siguiente:

- GASTOS DE DEFENSA:
100% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

a) EL ASEGURADOR SOLO RECONOCERÁ HONORARIOS MÁXIMOS HASTA LOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD.

b) LOS GASTOS DE DEFENSA EN RELACIÓN A UN PROCESO JUDICIAL, ADMINISTRATIVO O ARBITRAL QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA PÓLIZA SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

c) SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN LA COBERTURA LAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES QUE CELEBRE EL ASEGURADO QUE TENGAN POR OBJETO CONCLUIR LAS DENUNCIAS O DEMANDAS FORMULADAS EN SU CONTRA, LAS QUE DEBERÁN CONTAR PREVIAMENTE CON LA CONFORMIDAD DEL ASEGURADOR. ESTAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES PODRÁN HACERSE DENTRO DEL JUICIO O FUERA DE ÉL, ES DECIR JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE SIEMPRE Y CUANDO SE DERIVEN DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA EXTRA CONTRACTUAL.

d) LA ASEGURADORA NO PODRÁN REALIZAR ACUERDOS CONCILIATORIOS CON LOS TERCEROS SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL ASEGURADO; SIN EMBARGO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO REHUSARA ACEPTAR EL ACUERDO PROPUESTO EN FORMA FEHACIENTE POR LA ASEGURADORA, LA SUMA A PAGAR POR LA ASEGURADORA POR EL SINIESTRO EN CASO DE SENTENCIA O POR POSTERIOR TRANSACCIÓN, NO PODRÁ EXCEDER EL MONTO DE LA TRANSACCIÓN INICIALMENTE PROPUESTA, INCLUYENDO LOS GASTOS, COSTAS E INTERESES DEVENGADOS HASTA LA FECHA DE DICHA PROPUESTA INICIAL.

Deberá el juez, al momento de decidir sobre la relación contractual y comercial suscrita entre SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S. y AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. con fundamento en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 vigente entre 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016 lo concerniente a los gastos de defensa, sus límites y condiciones para su operancia.

Solicito al señor juez declarar probada esta excepción.

6. OTRAS CAUSALES DE EXCLUSIÓN DE COBERTURA APLICABLES A LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1000117 VIGENTE ENTRE 24 DE OCTUBRE DEL 2015 HASTA EL 24 DE OCTUBRE DEL 2016.

Sin perjuicio de las manifestaciones anteriores, y de la causal de exclusión de responsabilidad ya descrita, las cuales dan cuenta de la imposibilidad de afectar la póliza de seguro vinculada en esta causa, es preciso que en todo caso se advierta, sin que esto implique ningún reconocimiento de responsabilidad por parte de mi representada, que, en las condiciones de dicho contrato, se establecen los parámetros que enmarcan la obligación condicional que contrajo la compañía aseguradora, y delimitan la extensión del riesgo asumido por ella. En efecto, en ellas se refleja la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato, y definen de manera explícita las condiciones del negocio asegurativo.

Ahora bien, tal como lo señala el artículo 1056 del Código de Comercio, el asegurador puede, a su arbitrio, delimitar los riesgos que asume: “(...) Art. 1056.- *Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado (...)*”.

En virtud de la facultad citada en el referido artículo, el asegurador decidió otorgar determinados amparos, siempre supeditados al cumplimiento de ciertos presupuestos, e incorpora en la póliza determinadas barreras cualitativas que eximen al asegurador a la prestación señalada en el contrato, las cuales se conocen generalmente como exclusiones de la cobertura, como ya fue explicado en líneas anteriores en el análisis de la causal de exclusión aplicable en este caso.

En ese orden de ideas, se plantea esta excepción para efectos de que, de hallarse configurada, según la prueba recaudada, además de la alegada alguna otra causal de exclusión consignadas en las condiciones de la póliza, no habría lugar a indemnización de ningún tipo por parte de mi representada, y en ese sentido, ruego al Despacho que, una vez advertida la causal, se le de aplicación, con miras a proteger los derechos e intereses que le atañen a mi procurada.

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

7. EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES.

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

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende para su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, y siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o

legal que la exonere de responsabilidad. Por ende, la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de cada póliza, es decir a sus diversas condiciones, al ámbito del amparo, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado, etc. Al respecto siempre se deberán atender los riesgos asumidos por la convocada, los valores asegurados para cada uno de los amparos, etc.

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

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

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

8. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE MI MANDANTE Y LA INSTITUCIÓN MÉDICA DEMANDADA.

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.

Debe aclararse que las obligaciones de la aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligación indemnizatoria está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado, con sujeción a las condiciones de la póliza; en virtud de ello, es

válido afirmar desde ya que, de conformidad con la exposición previa, no le asiste a mi representada en todo caso la obligación de hacer efectiva la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 vigente entre 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016, toda vez que se configuró una de las causales de exclusión pactadas en el condicionado del contrato, no se estructuraron los presupuestos de la modalidad CLAIMS MADE, y en adición, el acaecimiento del riesgo asegurado y otorgado en la misma, no se ha demostrado.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

9. EL SEGURO CONTENIDO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1000117 VIGENTE ENTRE 24 DE OCTUBRE DEL 2015 HASTA EL 24 DE OCTUBRE DEL 2016 EXPEDIDO POR AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., ES DE CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO.

Esta excepción se plantea en gracia de discusión y se soporta en el hecho de que el demandante pretermite el contenido de normas de orden público que consagran el carácter meramente indemnizatorio del seguro de daños que sirvió de soporte a la presente acción, como se consagra en el artículo 1088 del Código de Comercio, que establece que jamás el seguro podrá constituir para el asegurado fuente de enriquecimiento, por lo tanto, con esa condición suprema, la responsabilidad del asegurador que se enmarca dentro del límite máximo asegurado, consistente en la obligación de pagar la indemnización, alcanzará solo hasta el monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado, como lo ordena el artículo 1089 ibídem, también infringida por la parte activa de esta acción.

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

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

*una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato (...)*³³ (Negrita por fuera de texto).

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

Con la claridad de que el seguro es meramente indemnizatorio, se concluye indiscutiblemente que el siniestro sólo se producirá cuando se realice el riesgo estipulado en la convención asegurativa contenido en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 vigente entre 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016, siempre y cuando genere un efectivo perjuicio al asegurado, requisito éste sine qua non; por tanto siendo la del asegurador una obligación de carácter condicional, es claro que el nacimiento de la misma está sujeta inexorablemente al acaecimiento de tal riesgo y la efectiva causación de un perjuicio plenamente determinado y, en tal hipótesis, es el asegurado quien tiene la carga de demostrar el acaecimiento de ese suceso, del daño consecuente y de la cuantificación del mismo, según el artículo 1077 del Código de Comercio; todo lo cual, de acuerdo con las apreciaciones ya manifestadas en los acápites anteriores, no ha sido acreditado por el convocante.

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

10. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

Solicito respetuosamente al H. Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en curso del proceso, y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de mi procurada y que pueda configurar otra causal que la exima de toda obligación indemnizatoria.

³³ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065.

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

VI. FRENTE A LOS MEDIOS DE PRUEBA DE LA DEMANDANDA.

1. RESPECTO A LOS DOCUMENTOS QUE SE SOLICITAN DENOMINADOS “PERITAZGO”.

Sin importar que la apoderada de la parte demandante haya desistido de la “prueba pericial” en la subsanación de la demanda, debido a que en ese escrito no hace referencia exactamente a cuál desiste o si desiste a ambas pruebas periciales, me opondré al decreto de cualquiera de las dos por ser absolutamente improcedentes.

A. Me opongo al decreto de esta prueba sobre la cual *“El dictamen se hará a la historia clínica de la señora LIZ VANESSA MENA VIVAS aperturada en la FRECENIUS MEDICAL CARE Y CLINICA NUESTRA SEPIRA DEL ROSARIO con el fin de establecer las circunstancias de tiempo modo y lugar como resultado infectado su CATETER PERITONEAL con CANDIDA ALBICANS y demás preguntas que le formule al respecto”* como quiera que, conforme al artículo 227 del Código General del Proceso³⁴, la apoderada de la parte demandante estaba en la obligación de aportarlo en el mismo momento en que naciese su derecho procesal de solicitar pruebas, en el caso particular de la apoderada de la parte demandante, esto era al momento de presentar y radicar la demanda.

Ahora bien, la apoderada de la parte demandante menciona que no fue posible aportarlo al momento de presentar la demanda, no arguye las razones de tal circunstancia. Si bien es cierto, la misma norma procesal permite que un dictamen sea aportado posteriormente, la parte que así lo solicita debe manifestar no sólo la imposibilidad de aportarlo en el momento en que debe solicitar las pruebas, sino que debe esbozar las razones que sustentan tal afirmación.

Es por todo lo anterior, su señoría, que solicito respetuosamente NO se decrete esta prueba pues la apoderada de la parte demandante estaba en la obligación de aportarla en el mismo momento en que nació su derecho de pedir las pruebas, esto es, la presentación de la demanda.

B. Me opongo al decreto de esta prueba sobre la cual *“El dictamen pericial que contiene la liquidación de los daños y perjuicios materiales a título de lucro cesante presente causados a los menores”* como

³⁴ C.G.P. ARTÍCULO 227. DICTAMEN APORTADO POR UNA DE LAS PARTES. La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas (...).

quiera que, conforme al artículo 227 del Código General del Proceso³⁵, la apoderada de la parte demandante estaba en la obligación de aportarlo en el mismo momento en que naciese su derecho procesal de solicitar pruebas, en el caso particular de la apoderada de la parte demandante, esto era al momento de presentar y radicar la demanda.

Ahora bien, esta prueba es abiertamente inconducente por cuanto la apoderada activa pretende solicitar un documento que no aportó al momento de presentar la demanda, nótese que se trata de una supuesta liquidación de perjuicios materiales a título de lucro cesante presente, lo que es a todas luces improcedente por cuanto en el acápite de pretensiones de la demanda inicial, no se mencionó nada al respecto, sólo se habló del lucro cesante futuro a favor de los menores, pero absolutamente nada del lucro cesante presente o consolidado.

No es posible que la apoderada del extremo procesal activo, en un momento procesal completamente diferente, pida el reconocimiento de unas sumas de dinero que no solicitó en el acápite de pretensiones de su demanda. Por otro lado, dentro de la solicitud de su “peritazgo” habla de una suma de dinero, más exactamente de \$ 62.499.360, que no tiene ningún fundamento fáctico ni jurídico, ni de dónde sale tal suma de dinero, ni a qué se refiere, nada en lo absoluto.

No es posible, señor Juez, que la apoderada del extremo procesal activo pida como pruebas periciales documentos abiertamente inconducentes, inoportunos y que no explicó ni argumentó al momento de solicitar las pretensiones de su demanda. Si la togada no explicó de dónde sale la suma de \$ 62.499.360 a favor de los menores a título de “lucro cesante presente”, no es dable que en este momento lo haga.

Recuérdese que “La prueba pericial es procedente para verificar hechos que interesen al proceso y requieran especiales conocimientos científicos, técnicos o artísticos”³⁶ (Negrilla y subrayado propio). La abogada debió, en su debido momento, solicitar este concepto, argumentando las razones fácticas y jurídicas para su procedencia, con la debida tasación objetiva y argumentada, pero no es posible que ahora lo pretenda hacer a través de un “peritazgo”.

³⁵ C.G.P. ARTÍCULO 227. DICTAMEN APORTADO POR UNA DE LAS PARTES. La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas (...).

³⁶ C.G.P. ARTÍCULO 226. PROCEDENCIA. La prueba pericial es procedente para verificar hechos que interesen al proceso y requieran especiales conocimientos científicos, técnicos o artísticos.

Es por todo lo anterior, su señoría, que solicito respetuosamente NO se decrete esta prueba pues es absolutamente inconducente, inoportuna y la apoderada del extremo procesal activo omitió solicitarla en su acápite de pretensiones.

IV. SOLICITUD Y APOORTE DE PRUEBAS POR PARTE DE AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

Solicito atentamente decretar y tener como pruebas las siguientes:

A. Documentales:

Solicito se tengan como tales las siguientes, que anexo al presente escrito y/o constan ya en el expediente:

- Poder a especial a mí conferido.
- Copia del Certificado de Existencia y Representación Legal de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
- Copia de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 vigente entre 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016, en la que funge como asegurada SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S.
- Condicionado general de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1000117 vigente entre 24 de octubre del 2015 hasta el 24 de octubre del 2016.

B. Interrogatorio de parte.

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su Despacho a las personas que integran la parte demandante, para que en audiencia pública absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito le formularé sobre los hechos en los que se sustenta la demanda. Concretamente se sirva convocar a:

- Bertha Inés Vivas.
- Alba Lucía Vivas.
- Yeniffer Mena Vivas.

- Yuliana Mena Vivas.

En igual sentido, me reservo el derecho de realizar el interrogatorio de parte a los representantes legales de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S., SALUD TOTAL E.P.S. S.A. y FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A. en este litigio.

C. Testimoniales.

Respetuosamente solicito decretar la práctica del testimonio del **Dr. Juan Sebastián Londoño Guerrero, asesor externo de Axa Colpatria Seguros S.A.**, el testigo podrá citarse en la Carrera 23 con calle 10, en la ciudad de Pereira (Risaralda) y al correo electrónico juan.londonogdp@gmail.com con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos en que se fundamentan las excepciones propuestas, y en especial para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza expedida por mi prohijada y vinculada en este proceso.

V. NOTIFICACIONES.

La parte actora y el llamante en garantía recibirán notificaciones en el lugar indicado en el escrito de la demanda y de la contestación de la demanda respectivamente.

A mi procurada AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 7 # 24 - 89 P 7 de la ciudad de Bogotá D.C. y para efectos de notificaciones electrónicas, a la dirección: notificacionesjudiciales@axacolpatria.co

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

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA.
C.C. No. 19.385.114 de Cali.
T.P. No. 39.116 el C. S. de la J.