Señores:

JUZGADO TERCERO (3°) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

j03cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA:	PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA.
DEMANDANTE:	ALEXANDRA CARMONA MONTOYA Y OTROS.
DEMANDADO*:*	ANA MARÍA SAAVEDRA VILLA Y OTROS.
RADICACIÓN:	76001 31 03 003-**2022-00255**-00

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en Cali, identificado con la Cédula de Ciudadanía No.19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando calidad de apoderado especial de **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.,** con NIT 890.903.407-9 y representada legalmente por el doctor Carlos Francisco Soler Peña, con dirección de notificaciones notificacionesjudiciales@suramericana.com.co; encontrándome dentro del término legal oportuno para hacerlo, con el debido respeto me dirijo a Usted señor Juez, con el fin de, en primer lugar, **CONTESTAR LA DEMANDA** de Responsabilidad Civil Médica promovida por ALEXANDRA CARMONA MONTOYA Y OTROS en contra de ANA MARÍA SAAVEDRA VILLA Y OTROS, y acto seguido, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado a mi procurada por la señora Ana María Saavedra, 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:

Es necesario precisar que el presente escrito se dividirá en dos capítulos: en el primero de ellos se hará la contestación a la demanda la cual da inició a este proceso, y en el segundo se hará la contestación al llamamiento en garantía realizado por la señora Ana María Saavedra.

CAPITULO I

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO PRIMERO DENOMINADO "HECHOS MÉDICOS INICIALES RELACIONADOS CON EL PACIENTE"

Se debe precisar que debido a la forma en que se encuentran redactados los hechos de la demanda, no es posible pronunciarse de forma particular frente a cada una de las circunstancias señaladas en el escrito petitorio, no obstante, el suscrito procederá a pronunciarse de forma individual frente a cada una de las circunstancias que se considera constituyen hechos diferentes pese a encontrarse en un mismo acápite:

FRENTE A LA ASISTENCIA DEL SEÑOR JANDER ALBERTO ARISTIZÁBAL POSADA A LA CLÍNICA SINERGIA SALUD UNIDAD BÁSICA EL DÍA 7 DE SEPTIEMBRE DE 2019: Teniendo en cuenta que el escrito de la demanda contiene información incompleta sobre la atención brindada al señor Jander Aristizábal el día 7 de septiembre de 2019, se procede a contestar realizando diversas precisiones:

- Es cierto que la presunta víctima ingresó a consulta en la clínica Sinergia Salud Unidad Básica Tequendama el día 7 de septiembre de 2019, siendo aproximadamente las 6:58 p.m. como se observa en la parte superior de la historia clínica aportada con la contestación de la demanda por parte de Coomeva EPS en liquidación:

General

Número historia:	163828477	**Centro de atención:**	(atencion Prioritaria Santa Clara - Sinergia)
Tipo documento:	Cedula Ciudadania	**Tipo afiliado:**	Beneficiario
Número documento:	16775248	**Prestador:**	Luis Mateos Jaramillo Orozco
Nombre completo:	Jander Alberto Aristizabal Posada	**Registro del Profesional Médico:**	1116157588
Edad:	49 Años (03-05-1970)	**Código Numérico:**	39714
Sexo:	Masculino	**Fecha de apertura:**	07-09-2019 18:58:14 PM
Estado civil:	Soltero	**Fecha de cierre:**	07-09-2019 19:13:46 PM
Ocupación:	No Aplica	**Duración (minutos):**	16
Dirección:	Carrera 41 No 6 35 APTO 11 04 TOR B	**Finalidad:**	No Aplica
Telefono:	0000000	**Causa externa:**	Enfermedad General
Ciudad:	Santiago De Cali	**Historia general:**	Consulta No Programada
IPS médica asignada:	(sinergia Salud Unidad Basica Tequendama)	**Estado:**	Cerrada
		Cita asociada:	211832550
		Nombre cotizante:	Alexandra Carmona Montoya
		Telefono cotizante:	0000000
		Parentesco cotizante:	Conyuge O Compañero Permanente
		Nombre acompañante:	
		Telefono acompañante:	
		Nombre del responsable:	Alexandra Carmona Montoya
		Telefono del responsable:	0000000
		Parentesco con el responsable:	Conyuge O Compañero Permanente
		Procedencia:	

- Ahora bien, la parte demandante omite mencionar que el paciente ingresó por segunda vez a consulta el día 7 de septiembre de 2019 casi a las 9:00 p.m. como se indica en el reporte de triage de la mencionada fecha:

REPORTE DE TRIAGE

No. y Hora Turno: ADUL59 07/09/2019 8:58:32 p. m.

INFORMACIÓN GENERAL ☑ Confirmado ☐ Paciente Ausente

Centro Atención: SEDE CALLE9C NO 50-25 **Nº Triage:** 622427 **Fecha del Triage:** 07/09/2019 9:23:54 p. m.

Documento: 16775248 **Paciente:** JANDER ALBERTO ARISTIZABAL POSADA **Edad:** 49 Años

Entidad: COOMEVA EPS SA **Municipio:** SANTIAGO DE CALI **Dapartamento:** VALLE

Conducta: Ninguna **Clasificación:** IV PRIORITARIA

SIGNOS VITALES

Tensión Arterial: 131/86 **Frecuencia Cardiaca:** 65 **Frecuencia Respiratoria:** 20 **Temperatura:** 36.8

SO2: 98 **Estado de Conciencia:** Alerta **Peso (kg):** 0,0000 ☐ Aliento a Alcohol

Motivo Consulta: PACIENTE QUE CONSULTA EL DIA DE HOY POR DOLOR EN EL PECHO QUE LE IRRADIA A BRAZO IZQUIERDO, REFIERE FUE VISTO EN PRIORITARIA Y LE REALIZARON ELECTROCARDIO GRAMA SIN ALTERACION. SE REALIZA TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA EL CUAL ES LEIDO POR MEDICOS DE TURNO NIEGA ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Observaciones: SE DIRECCIONA PACINETE A PRIORITARIA CON INDICACIONES MEDICAS

Hallazgos Positivos al Examen:

FRENTE A LOS SÍNTOMAS POR LOS CUALES EL SEÑOR JANDER ALBERTO ARISTIZÁBAL ACUDIÓ A LA CONSULTA EN LA CLÍNICA SINERGIA SALUD UNIDAD BÁSICA EL DÍA 7 DE SEPTIEMBRE DE 2019: Teniendo en cuenta que el escrito de la demanda contiene información incompleta sobre la atención brindada al señor Jander Aristizábal el día 7 de septiembre de 2019, se procede a contestar realizando diversas precisiones:

- Es cierto que el señor Jander Aristizábal ingresó a consulta el día 7 de septiembre del año 2019 con motivo de un dolor en el pecho, presentando dolor tipo opresivo en región torácica esternal que se exacerba con los movimientos respiratorios levemente con irradiación al cuello, acompañado con dificultad respiratoria, tal como se resalta en el siguiente acápite de la historia clínica:

Procedencia:

Cuestionarios

Consulta no programada

ANAMNESIS

Causa de Consulta	"DOLOR EN EL PECHO"	**Enfermedad Actual**	PACIENTE QUIEN CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 30 MIN DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR TIPO OPRESIVO EN REGIÓN TORÁCICA ESTERNAL QUE SE EXACERBA CON LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS LEVEMENTE; CON IRRADIACIÓN A CUELLO, ACOMPAÑADO DE SENSACIÓN DE DIFICULTAD RESPIRATORIA QUE HA MEJORADO GRADUALMENTE, NO REFIERE MAS SINTOMAS, AUTOMEDICACION NIEGA, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA POR PRIORITARIA, SE REALIZA ELECTROCARDIOGRAMA DEL 07/09/2019 18:47:03: RITMO SINUSAL, PATRON RR REGULAR, NO EXTRASISTOLES, QRS NORMAL, ONDA P POSITIVA, FC: 62 LPM, NO SIGNOS DE ISQUEMIA, NO SUPRA O INFRADESNIVEL, NO ARRITMIAS, NO BLOQUEOS, NO HIPERTROFIAS.
Antecedentes Personales	PATOLOGICOS: HIPERTRIGLICERIDEMIA QUIRURGICOS: MENISCO RODILLA IZQUIERDA TRAUMATICOS: NIEGA ALERGICOS: NIEGA TOXICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: ENFERMEDAD DE BASE OCUPACION: INDEPENDIENTE	**Antecedentes Familiares**	NIEGA
Revisión de Sistemas	LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL.		

Examen Físico

- Ahora bien, la demanda no menciona que el paciente acudió por segunda vez a consulta el día 7 de septiembre de 2019 siendo casi las 9:00 p.m., presentando los mismos síntomas descritos en la primera consulta, tal como se puede observar en el reporte de triage de la mencionada fecha:

REPORTE DE TRIAGE

No. y Hora Turno: ADUL59 07/09/2019 8:58:32 p. m.

INFORMACIÓN GENERAL ☑ Confirmado ☐ Paciente Ausente

Centro Atención: SEDE CALLE9C NO 50-25 **Nº Triage:** 622427 **Fecha del Triage:** 07/09/2019 9:23:54 p. m.

Documento: 16775248 **Paciente:** JANDER ALBERTO ARISTIZABAL POSADA **Edad:** 49 Años

Entidad: COOMEVA EPS SA **Municipio:** SANTIAGO DE CALI **Dapartamento:** VALLE

Conducta: Ninguna **Clasificación:** **IV PRIORITARIA**

SIGNOS VITALES

Tensión Arterial: 131/86 **Frecuencia Cardíaca:** 65 **Frecuencia Respiratoria:** 20 **Temperatura:** 36.8

SO2: 98 **Estado de Conciencia:** Alerta **Peso (kg):** 0.0000 ☐ Aliento a Alcohol

Motivo Consulta: PACIENTE QUE CONSULTA EL DIA DE HOY POR DOLOR EN EL PECHO QUE LE IRRADIA A BRAZO IZQUIERDO, REFIERE FUE VISTO EN PRIORITARIA Y LE REALIZARON ELECTROCARDIO GRAMA SIN ALTERACION. SE REALIZA TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA EL CUAL ES LEIDO POR MEDICOS DE TURNO NIEGA ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Observaciones: SE DIRECCIONA PACINETE A PRIORITARIA CON INDICACIONES MEDICAS

Hallazgos Positivos al Examen:

FRENTE A LOS EXÁMENTES PRACTICADOS AL SEÑOR JANDER ARISTIZÁBAL EL DÍA 7 DE SEPTIEMBRE DE 2019 Y SUS RESULTADOS: Teniendo en cuenta que en ese acápite se trae a colación diferentes afirmaciones sobre la atención brindada al paciente me pronunciaré sobre cada

una de ellas en la siguiente forma:

- Es cierto que al señor Jander Aristizábal le fue practicado un electrocardiograma.

- Los resultados anunciados por la parte demandante son parcialmente ciertos pues, conforme a la historia clínica, la descripción detallada de los mismos y las recomendaciones indicadas al paciente son las siguientes:

Plan de manejo

Conductas	PACIENTE QUIEN CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CON IMPRESIÓN DIAGNOSTICA DE DOLOR EN EL PECHO NO ESPECIFICADO VS PIROSIS, TRAE EKG NORMAL, EN EL MOMENTO PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIRS, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA SAT: 98% AA, NO LUCE TOXICO, AFEBRIL, HIDRATADO SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION, ALERTA, SE RECOMIENDA NO REALIZAR ESFUERZO FISICO QUE EXACERBE EL DOLOR, COLOCARSE PAÑITOS DE AGUA FRIA Y TIBIA SOBRE ZONA AFECTADA, SEGUIR CON TRATAMIENTO INDICADO NO AUTOMEDICARSE, SE DAN SIGNOS DE ALARMA COMO AUMENTO DE DOLOR EN EL PECHO PROGRESIVO CON IRRADIACION A BRAZO IZQUIERDO, CUELLO Y ESPALDA, QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, PALIDES EN CARA, SUDORACION FRIA GENERALIZADA, ETC, CONSULTAR INMEDIATAMENTE POR EL SERVICIO DE URGENCIAS, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Diagnósticos

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico	Contingencia Origen	Análisis
R074	Impresion Diagnostica	Dolor En El Pecho No Especificado	Enfermedad General	

Es claro en este punto que la parte demandante no solo omite detallar los resultados y las recomendaciones otorgadas por el personal médico de la clínica Sinergia, sino que omite señalar que las recomendaciones resultan ser acordes a la información obtenida tras realizar el respectivo electrocardiograma.

- Tampoco menciona la parte demandante en este hecho que la atención médica de la primera consulta fue brindada por el profesional Luis Mateos Jaramillo Orozco, y no por la asegurada, la señora Ana María Saavedra, como se evidencia en el siguiente extracto de la historia clínica aportada por Coomeva EPS en liquidación:

General

Número historia:	163828477	**Centro de atención:**	(atencion Prioritaria Santa Clara - Sinergia)
Tipo documento:	Cedula Ciudadania	**Tipo afiliado:**	Beneficiario
Número documento:	16775248	**Prestador:**	Luis Mateos Jaramillo Orozco
Nombre completo:	Jander Alberto Aristizabal Posada	**Registro del Profesional Médico:**	1116157588
Edad:	49 Años (03-05-1970)	**Código Numérico:**	39714
Sexo:	Masculino	**Fecha de apertura:**	07-09-2019 18:58:14 PM
Estado civil:	Soltero	**Fecha de cierre:**	07-09-2019 19:13:46 PM
Ocupación:	No Aplica	**Duración (minutos):**	16
Dirección:	Carrera 41 No 6 35 APTO 11 04 TOR B	**Finalidad:**	No Aplica
Telefono:	0000000	**Causa externa:**	Enfermedad General
Ciudad:	Santiago De Cali	**Historia general:**	Consulta No Programada
IPS médica asignada:	(sinergia Salud Unidad Basica Tequendama)	**Estado:**	Cerrada
		Cita asociada:	211832550
		Nombre cotizante:	Alexandra Carmona Montoya
		Telefono cotizante:	0000000
		Parentesco cotizante:	Conyuge O Compañero Permanente
		Nombre acompañante:	
		Telefono acompañante:	
		Nombre del responsable:	Alexandra Carmona Montoya
		Telefono del responsable:	0000000
		Parentesco con el responsable:	Conyuge O Compañero Permanente
		Procedencia:	

- Igualmente, la parte demandante omite mencionar que en la segunda consulta realizada el día 7 de septiembre del año 2019, el personal médico, de forma acertada, realizó nuevamente un electrocardiograma y remitió al paciente a cita prioritaria con indicaciones médicas, situación que se observa en el reporte de triage del 7 de septiembre:

REPORTE DE TRIAGE

No. y Hora Turno: ADUL59 07/09/2019 8:58:32 p. m.

INFORMACIÓN GENERAL			☑ Confirmado	☐ Paciente Ausente	
Centro Atención:	SEDE CALLE9C NO 50-25	**Nº Triage:**	622427	**Fecha del Triage:**	07/09/2019 9:23:54 p. m.
Documento:	16775248	**Paciente:**	JANDER ALBERTO ARISTIZABAL POSADA	**Edad:**	49 Años
Entidad:	COOMEVA EPS SA	**Municipio:**	SANTIAGO DE CALI	**Dapartamento:**	VALLE
Conducta:	Ninguna	**Clasificación:**	**IV PRIORITARIA**		
SIGNOS VITALES					
Tensión Arterial:	131/86	**Frecuencia Cardiaca:**	65	**Frecuencia Respiratoria:**	20 **Temperatura:** 36.8
SO2:	98	**Estado de Conciencia:**	Alerta	**Peso (kg):**	0.0000 ☐ Aliento a Alcohol
Motivo Consulta:	PACIENTE QUE CONSULTA EL DIA DE HOY POR DOLOR EN EL PECHO QUE LE IRRADIA A BRAZO IZQUIERDO, REFIERE FUE VISTO EN PRIORITARIA Y LE REALIZARON ELECTROCARDIO GRAMA SIN ALTERACION. SE REALIZA TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA EL CUAL ES LEIDO POR MEDICOS DE TURNO NIEGA ANTECEDENTES PATOLOGICOS				
Observaciones:	SE DIRECCIONA PACINETE A PRIORITARIA CON INDICACIONES MEDICAS				
Hallazgos Positivos al Examen:					

- Frente a esta consulta, resulta igualmente necesario precisar que la señora Ana Saavedra no fue quien atendió al paciente, sino que lo hizo el profesional de enfermería en el área de urgencias, el señor Yilder Stevenson Córdoba Moreno.

FRENTE A LA ASISTENCIA DEL SEÑOR JANDER ALBERTO ARISTIZÁBAL POSADA A LA CLÍNICA FARALLONES DE CALI EL DÍA 8 DE SEPTIEMBRE DE 2019: Es cierto que el señor Jander Alberto Aristizábal acudió a la Clínica Farallones de Cali el día 8 de septiembre de 2019 conforme se verifica en el reporte de triage que registra el ingreso a las 11:48 a.m.

FRENTE A LOS SÍNTOMAS POR LOS CUALES EL SEÑOR JANDER ALBERTO ARISTIZÁBAL ACUDIÓ A LA CONSULTA EN LA CLÍNICA FARALLONES DE CALI EL DÍA 8 DE SEPTIEMBRE DE 2019: Frente a este punto, se considera necesario realizar diferentes precisiones relacionadas con los síntomas del paciente y con los antecedentes que refiere. Por lo tanto, me pronunciaré de la siguiente forma:

- Conforme al reporte del triage realizado a las 11:48 a.m., es cierto que el paciente presenta un cuadro clínico de 1 día de evolución de dolor en el pecho, tipo opresivo sin radiación.

- No es cierto que la historia clínica del paciente del 8 de septiembre registre antecedentes patológicos como la hiperlipidemia. Contrario a lo manifestado por la parte demandante, el reporte de triage de las 11:48 a.m. señala que el paciente manifiesta no tener antecedentes y no ser alérgico a medicamentos como se observa a continuación:

REPORTE DE TRIAGE

No. y Hora Turno: ADUL23 08/09/2019 11:36:32 a. m.

INFORMACIÓN GENERAL ☑ Confirmado ☐ Paciente Ausente

Centro Atención: SEDE CALLE9C NO 50-25 **Nº Triage:** 622488 **Fecha del Triage:** 08/09/2019 11:48:22 a. m.

Documento: 16775248 **Paciente:** JANDER ALBERTO ARISTIZABAL POSADA **Edad:** 49 Años

Entidad: COOMEVA EPS SA **Municipio:** SANTIAGO DE CALI **Dapartamento:** VALLE

Conducta: Ninguna **Clasificación:** **IV PRIORITARIA**

SIGNOS VITALES

Tensión Arterial: 137/85 **Frecuencia Cardiaca:** 65 **Frecuencia Respiratoria:** 19 **Temperatura:** 36

SO2: 99 **Estado de Conciencia:** Alerta **Peso (kg):** 0,0000 ☐ Aliento a Alcohol

Motivo Consulta: PACIENTE CON CC DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE A DOLOR EN EL PECHO OPRESIVO HOY NIEGA SIN IRRADIACION, NIEGA ANTECEDENTES PATOLOGICOS, NIEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, EL DIA DE AYER CONSULTA POR MISMO DOLOR SE TOMA EKG EN PRIORITARIA Y EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SIN ENCONTRAL ALTERACIONES

Observaciones: SE DIRECCIONA A CITA MEDICA PRIORITARIA EN SINERGIA SALUD SANTA CLARA DIRECCION: CALLE 13 DIAG 23-130 SECTOR LA LUNAHORARIO: DESDE LAS 6: 00 AM HASTA LAS 10: 00 PM

Hallazgos Positivos al Examen: SE TOMA EKG SE COMENTA CON MEDICO DE TURNO NO ALTERACION DEL ST QUIEN INDICA RE CONSULTA AL SERVICIO DE PRIORITARIA , PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO FACIES DE DOLOR, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, NO DIAFORESIS,

ANTECEDENTES

Es necesario señalar que en esta consulta, en la cual el paciente oculta sus antecedentes patológicos, la señora Ana María Saavedra realiza la única interacción que tuvo con el señor Jander Aristizábal, tal como se muestra en el siguiente apartado del reporte de la epicrisis:

REPORTE DE TRIAGE

No. y Hora Turno: ADUL23 08/09/2019 11:36:32 a. m.

INFORMACIÓN GENERAL ☑ Confirmado ☐ Paciente Ausente

Centro Atención: SEDE CALLE9C NO 50-25 **Nº Triage:** 622488 **Fecha del Triage:** 08/09/2019 11:48:22 a. m.

Documento: 16775248 **Paciente:** JANDER ALBERTO ARISTIZABAL POSADA **Edad:** 49 Años

Entidad: COOMEVA EPS SA **Municipio:** SANTIAGO DE CALI **Dapartamento:** VALLE

Conducta: Ninguna **Clasificación:** **IV PRIORITARIA**

SIGNOS VITALES

Tensión Arterial: 137/85 **Frecuencia Cardiaca:** 65 **Frecuencia Respiratoria:** 19 **Temperatura:** 36

SO2: 99 **Estado de Conciencia:** Alerta **Peso (kg):** 0,0000 ☐ Aliento a Alcohol

Motivo Consulta: PACIENTE CON CC DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE A DOLOR EN EL PECHO OPRESIVO HOY NIEGA SIN IRRADIACION, NIEGA ANTECEDENTES PATOLOGICOS, NIEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, EL DIA DE AYER CONSULTA POR MISMO DOLOR SE TOMA EKG EN PRIORITARIA Y EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SIN ENCONTRAL ALTERACIONES

Observaciones: SE DIRECCIONA A CITA MEDICA PRIORITARIA EN SINERGIA SALUD SANTA CLARA DIRECCION: CALLE 13 DIAG 23-130 SECTOR LA LUNAHORARIO: DESDE LAS 6: 00 AM HASTA LAS 10: 00 PM

Hallazgos Positivos al Examen: SE TOMA EKG SE COMENTA CON MEDICO DE TURNO NO ALTERACION DEL ST QUIEN INDICA RE CONSULTA AL SERVICIO DE PRIORITARIA , PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO FACIES DE DOLOR, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, NO DIAFORESIS,

ANTECEDENTES

☐ Diabetes ☐ Enfermedad Coronaria ☐ ACV ☐ Enfermedad Pulmonar ☐ Convulciones ☐ Hipertenso

☐ Hospitalización reciente ☐ Infarto Reciente ☐ Anticoagulado ☐ Parto Reciente ☐ Otros Antecedentes

Otros Antece:

Cirugias:

Alergias:

Medicamentos:

☐ Planifica **Método:** Natural **Fecha Última Regla:**

ARRIBO A URGENCIAS **Tipo de Llegada:** Caminando

☐ Consulta Expontanea ☐ Remisión ☐ Collar Cervical ☐ Tabla Espinal ☐ Férula Extremidades ☐ Oxigeno

☐ LEV ☐ SNG ☐ S. Vesical ☐ Tubo de Torax ☐ Intubación traqueal ☐ Acción ☐ Soat

☐ Consulta Externa HUB ☐ Enfermedad

IMPRESION DIAGNÓSTICA

Diagnóstico 1:

Diagnóstico 2:

Diagnóstico 3:

Observaciones:

Recomendaciones:

Profesional	SAAVEDRA VILLA ANA MARIA
Tarjeta Profesional	11112772451
Especialidad	041 - ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

FRENTE A LOS EXÁMENTES PRACTICADOS AL SEÑOR JANDER ARISTIZÁBAL EL DÍA 8 DE SEPTIEMBRE DE 2019 Y SUS RESULTADOS: Teniendo en cuenta que este acápite abarca diferentes aspectos frente a la atención brindada al señor Jander Aristizábal, procederé a pronunciarme de la siguiente forma:

- Es cierto que el señor Jander Aristizábal fue redireccionado a cita médica prioritaria en la entidad

Sinergia Salud Santa Clara, conforme se verifica en el reporte de triage realizado a las 11:48 a.m.

- Es cierto que al señor Jander Aristizábal le fue practicado un electrocardiograma en la mencionada institución, conforme se verifica en el reporte de triage realizado a las 11:48 a.m.

- Conforme al reporte de triage antes mencionado, es cierto que el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, sin alteraciones de ST, no facies de dolor y en buenas condiciones generales.

FRENTE A LA REMSIÓN DEL PACIENTE A CITA PRIORITARIA POR PERSISTENCIA DEL DOLOR Y EL PADECIMIENTO DEL COLPASO: A mi representada no le consta, motivo por el cual la parte demandante deberá probar lo aquí afirmado conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

FRENTE AL FALLECIMIENTO DEL PACIENTE: Es cierto que el señor Jander Aristizábal fallece conforme al certificado de defunción antecedente para el registro civil, el cual es aportado al proceso, sin embargo, lo aquí señalado no quiere decir que dicho fallecimiento tenga por causa la atención negligente del personal de salud adscrito a la clínica Farallones de Cali y a la clínica Sinergia.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO DENOMINADO "HECHOS MÉDICOS CONSTITUTIVOS DE NEGLIGENCIA Y ERROR EN EL PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE, QUE GENERARON RIESGO EXTREMO A LA SALUD DEL PACIENTE": La redacción de lo aquí manifestado, requiere que se realicen diversas precisiones tal como se muestra a continuación:

- Lo plasmado en el escrito de la demanda, no constituye un hecho, sino una transcripción de lo que parece ser la opinión de un médico, la cual ni siquiera puede ser considerada como un dictamen pericial pues la parte demandante cita dicha apreciación del galeno extrayéndola de un documento anexo a la demanda que es aportado como dictamen pericial sin que cumpla las exigencias plasmadas en el artículo 226 del Código General del Proceso.

- Ahora bien, pese a lo anterior, se debe mencionar que no es cierto que se haya efectuado un error médico al no haber tomado niveles de biomarcadores séricos que indican daño en el miocardio, al contrario, el personal médico que atendió al paciente veló siempre por su salud y correcto tratamiento realizando los exámenes y brindando las recomendaciones pertinentes conforme a la información brindada por el mismo paciente y los resultados analizados.

- No le consta a mi representada que sea notorio el incumplimiento de la guía de atención del infarto agudo del miocardio emitida por el Ministerio de Salud, sin embargo, es de anotar que la

historia clínica aportada al proceso da cuenta de la correcta atención brindada al paciente sin que la parte demandante haya cumplido con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso para desvirtuar la correcta atención que derive en una hipotética responsabilidad médica

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Es necesario precisar de manera preliminar que en consideración a que las pretensiones se encuentran en el acápite denominado “DEMANDA”, y posteriormente su monto se precisa en el acápite de “JURAMENTO ESTIMATORIO”, en el presente capítulo el suscrito se pronuncia de forma concentrada frente a estas sin hacer distinción entre los acápites anteriormente referidos.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DECLARATIVA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA: **ME OPONGO** a que se declare civilmente responsables a los aquí demandados por un error médico inexistente en la prestación del servicio al señor Jander Aristizábal, toda vez que, de acuerdo con la información que reposa en el expediente, la señora Ana Saavedra y los demás codemandados actuaron diligentemente, empleando toda su pericia, destreza, experiencia y juicio clínico para atender al señor Jander Aristizábal conforme a los antecedentes por él reportados y los síntomas que presentaba, razón por la cual es imposible bajo cualquier circunstancia pretender endilgarle responsabilidad alguna, contrario a lo que, erróneamente, pretenden hacer ver los demandantes, por ello no es posible que el fallecimiento del señor Aristizábal pueda atribuírsele a la pasiva de este proceso y mucho menos por un error médico inexistente.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LA PASIVA POR LOS PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES: ME OPONGO a la declaratoria de responsabilidad civil por los perjuicios que alega la parte demandante haber padecido por el fallecimiento del señor Jander Aristizábal. Para sustentar esta oposición me pronunciaré frente a cada uno de os argumentos esbozados por la parte demandante de la siguiente forma:

1. No es cierto que se configure la existencia del error médico relacionado por la parte demandante consistente en no tomar los niveles de biomarcadores séricos que indican daño del miocardio. Esto por cuanto la atención médica se brindó conforme a los síntomas del paciente y los antecedentes sobre los cuales se le indagó, y que además negó. Adicionalmente, le fueron practicados diversos electrocardiogramas que indicaron resultados normales y fue remitido a citas prioritarias por parte del personal de salud, demostrando de manera fehaciente que se actuó de forma diligente, prudente, con pericia y en acatamiento de la *lex artis.*
2. **ME OPONGO** a la condena en costas solicitada toda vez que es una pretensión condenatoria consecuente de las pretensiones anteriores.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DEL RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS MORALES: ME OPONGO a la presente pretensión condenatoria por **daño moral** pues, al margen de no encontrarse probada la responsabilidad civil y la existencia de los mencionados perjuicios, el extremo procesal activo no acredita, argumenta, explica ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de las sumas de dinero pretendidas bajo el concepto de daño moral. Lo anterior, ya que únicamente se limita a solicitar un monto a favor de los demandantes, sin que se argumente y/o sustente lo allí pretendido. Por otro lado, las sumas pretendidas bajo este concepto son exageradas y no se encuentran delimitadas ni enmarcadas de acuerdo a los lineamientos jurisprudenciales de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DEL RECONOCIMIENTO DE DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN: ME OPONGO a esta pretensión condenatoria por **daño a la vida de relación**, toda vez que no se encuentra acreditada la responsabilidad en cabeza del asegurado y, según la jurisprudencia, se concede únicamente a la víctima directa en caso de lesiones personales, por lo que es improcedente acceder a las pretensiones del extremo actor en la forma solicitada, puesto que solicita la indemnización de este perjuicio frente a personas que no tienen la calidad de víctimas directas. Adicionalmente, la parte actora no ha acreditado las supuestas afectaciones derivadas del fallecimiento del señor Jander Aristizábal. Además, si este perjuicio fuera reconocido, se solicitó por sumas que exceden los baremos jurisprudenciales fijados por la Corte Suprema de Justicia.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DEL RECONOCIMIENTO DE LUCRO CESANTE: ME OPONGO a esta pretensión condenatoria por concepto de **lucro cesante**, toda vez que, de acuerdo con la información que reposa en el expediente, no se encuentra acreditada la responsabilidad civil que afirma la parte demandante que existe en el presente caso, e igualmente se verifica que no aportan los demandantes prueba idónea al respecto incumpliendo con la carga probatoria que les corresponde, dejando en tela de juicio que el señor Jander Aristizábal hubiere percibido de forma constante un ingreso equivalente a $9.000.000 m/cte con el cual se hiciera cargo del sostenimiento de las demandantes. Además, o obra en el plenario prueba alguna frente a la dependencia económica de las accionantes y del porcentaje del ingreso de la víctima destinado a suplir sus necesidades.

III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

El juramento estimatorio se objeta teniendo en cuenta que los valores referidos en el mismo deben ser estimados de forma razonada, sin embargo, en el acápite mencionado la parte demandante se limita a referir sumas de dinero sin indicar de dónde se extraen las mismas y sin que obren pruebas del origen del monto base de la liquidación por concepto de lucro cesante señalado en este acápite. Adicionalmente, el juramento estimatorio solo debe hacer referencia a perjuicios de índole patrimonial, quedando excluidos conforme a la ley los perjuicios extrapatrimoniales reclamados por la contraparte, situación que se desconoce al momento de elaborar el acápite en cuestión.

Conforme a lo establecido en el artículo 206 del Código General del Proceso: *"Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlos razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente (…)",* como se evidencia, el juramento estimatorio en efecto constituye un requisito exigido por la norma procesal el cual debe ser cumplido al momento de presentar la demanda o petición correspondiente. Pese a lo mencionado, el Código General del Proceso ha establecido la procedencia del juramento estimatorio con exclusión de supuestos concretos teniendo en cuenta que la naturaleza del mismo es la de servir de prueba del monto reclamado en tanto no sea objetado.

En concordancia con lo anterior, una de las circunstancias en las cuales no opera la estimación razonada de los perjuicios a través del mencionado mecanismo, es la relacionada con la solicitud de indemnización de perjuicios inmateriales, de manera tal, que el mismo artículo antes citado excluye de forma taxativa los mentados perjuicios: *"(…) el juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales",* luego adolece el mencionado acápite de la demanda de una formulación apropiada debido a que en este se relaciona el monto solicitado por concepto de perjuicios morales y de daño a la vida de relación, los cuales por su naturaleza obedecen a perjuicios de carácter extrapatrimonial.

Por otra parte, al considerar el prejuicio de lucro cesante solicitado a favor de las demandantes Alexandra Carmona y Ana María Aristizábal, debe recordarse que incluso desde los mismos pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia[1], este tipo de perjuicio solo puede ser reconocido en tanto el mismo se encuentre debidamente probado, sin entrar a especular sobre el monto dejado de percibir con ocasión del hecho generador del daño. No obstante, en el caso concreto, los demandantes no aportan prueba idónea, dejando en tela de juicio que el señor Jander Aristizábal hubiere percibido de forma constante un ingreso por el valor de $9.000.000 m/cte, el cual utilizara para el sostenimiento de su hija Ana María Aristizábal Carmona, así como el porcentaje del mencionado monto destinado a este fin, de igual forma, no se aportó al proceso prueba alguna que dé cuenta de la dependencia económica de la señora Alexandra Carmona frente al señor Jarden Aristizábal.

En efecto, se verifica que el juramento estimatorio toma como base un ingreso mensual de $9.000.000, sin embargo, no existe prueba alguna en el expediente que permita corroborar el ingreso mensual señalado, limitando su "existencia" a las simples afirmaciones realizadas en el escrito petitorio por la parte actora.

De forma complementaria a lo mencionado, la capacidad económica de la víctima, con la cual se busca fundamentar la petición exorbitante del lucro cesante, se encuentra rodeada aún de mayor

[1] sentencias SC16690 de 2016 y SC11575-2015 del 05 de mayo de 2015

incertidumbre al realizar la respectiva consulta de la afiliación del señor Jander Aristizábal al sistema de seguridad social en salud, de esta forma, en el ADRES se verifica que el paciente se encontraba afiliado como beneficiario del régimen contributivo tal como se muestra a continuación:

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	16775248
NOMBRES	JANDER ALBERTO
APELLIDOS	ARISTIZABAL POSADA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	SANTIAGO DE CALI

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
AFILIADO FALLECIDO	COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. "COOMEVA E.P.S. S.A."	CONTRIBUTIVO	03/10/1996	07/09/2019	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/22/2024 14:48:36	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La naturaleza de afiliación de la víctima en el sistema de seguridad social en salud no resulta de poca trascendencia, pues si en realidad devengaba mensualmente los ingresos señalados en la demanda, o incluso un salario mínimo para el momento de su fallecimiento, dicha capacidad económica se hubiera visto reflejada en la vinculación como cotizante del sistema, y no como beneficiario.

Ahora bien, no solo se refiere un ingreso mensual exorbitante como base para liquidar el perjuicio patrimonial reclamado, sino que tampoco se refiere de dónde se obtiene dicho monto, y el porcentaje del mismo destinado al sostenimiento de las demandantes.

Por lo anterior es claro que el juramento estimatorio contenido en la demanda no cumple los criterios del artículo 206 del Código General del Proceso ya que: i) refiere perjuicios extrapatrimoniales a pesar de que la norma los excluye de forma expresa, y; ii) no se cumple con el criterio de la estimación razonada del perjuicio patrimonial reclamado pues se desconoce de dónde se obtuvo el monto discriminado como ingreso mensual, el porcentaje de dicho monto destinado al sostenimiento de las víctimas que lo reclaman, y la existencia de la relación de dependencia económica entre las demandantes y la víctima.

Conforme a lo anterior solicito no tener en cuenta el juramento estimatorio presentado por la parte actora.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO

LAS EXCEPCIONES PLANTEADAS POR LA SEÑORA ANA MARÍA SAAVEDRA QUIÉN EFECTÚA LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI PROCURADA

Solicito al Juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda, todas las planteadas por la señora Ana María Saavedra, las cuales coadyuvo, en cuanto favorezcan los intereses de mi procurada, y en ese mismo sentido y tenor las que expongo a continuación:

1. **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR ACTUACION DILIGENTE, CUIDADOSA, OPORTUNA Y CONFORME A LOS PROTOCOLOS DE MANEJO ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO Y EN GENERAL A LA LEX ARTIS POR PARTE DE LOS DEMANDADOS**

Esta excepción se fundamenta en el hecho de que ésta controversia está encuadrada dentro del espectro de la responsabilidad médica cuyos elementos en esencia, son plenamente conocidos, la culpa médica (negligencia, impericia, imprudencia, violación de la lex artis), daño y el nexo de causalidad entre aquellos; en esa línea, es importante anotar que esa especie de declaración de responsabilidad civil, viene aparejada de una importante labor probatoria por parte del reclamante, en el entendido que al ser la medicina una obligación de medio y no resultado, se está ante un régimen de culpa probada y allí la parte demandante adquiere una postura sumamente dinámica y proactiva en orden a dejar en evidencia la impericia, negligencia, dejadez y descuido del galeno tratante.

La Corte Suprema de Justicia, sobre el punto, anotó lo siguiente:

> *"(…) 6.3.1. Suficientemente es conocido, en el campo contractual, la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las "estipulaciones especiales de las partes" (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.*
>
> *La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.*

Como tiene explicado la Corte, "(…) [s]i, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio específico, éste debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquél en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que, con estricto apego al contenido del contrato, pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado" (CSJ. Civil. Sentencia 174 de 13 de septiembre de 2002, expediente 6199.)

En coherencia, para el demandado, el manejo de la prueba dirigida a exonerarse de responsabilidad médica, no es el mismo. En las obligaciones de medio, le basta demostrar debida diligencia y cuidado (artículo 1604-3 del Código Civil); y en las de resultado, al presumirse la culpa, le incumbe destruir el nexo causal entre la conducta imputada y el daño irrogado, mediante la presencia de un elemento extraño, como la fuerza mayor o el caso fortuito, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero…".

Tales aspectos son significativos en la responsabilidad del médico, quien tiene dicho la Corte, "se compromete con su paciente a tratarlo o intervenirlo quirúrgicamente (…) con el fin de liberarlo, en lo posible de sus dolencias; para este efecto aquél debe emplear sus conocimientos profesionales en forma ética, con el cuidado y diligencia que se requieran (…)" (casación civil de 26 de noviembre de 1986, Gaceta Judicial No. 2423, pp. 359 ss); "el médico no puede responder sino cuando su comportamiento, dentro de la estimativa profesional, fue determinante del perjuicio causado", examinándose in casu conforme al marco fáctico de circunstancias y a los elementos de convicción (cas.civ. sentencia de 30 de enero de 2001, exp. 5507).

Al respecto se tiene que de la simple lectura de la historia clínica evidencia que el procedimiento aplicado al Sr. Jander Aristizábal por el equipo médico fue realizado conforme a los protocolos de manejo establecidos para el efecto y en general a la Lex Artis.

Del contenido de la historia clínica se concluye que la actuación de los demandados fue ininterrumpida, diligente, profesional, oportuna donde el equipo médico puso al servicio del Sr.

Aristizábal todos sus conocimientos, experiencia y técnicas para solucionar los trastornos de salud que se presentaron, utilizando los equipos e instrumentos disponibles para tal cometido; dentro de las obligaciones de medio y no de resultado, correspondiendo por tal motivo al demandante acreditar la culpa como causa de imputación jurídica del daño.

En ese orden de ideas, la parte demandante no demostró los elementos de la responsabilidad medica que pretende endilgar en el presente caso, entendiéndose que el reproche principal es no prestar la atención médica adecuada por parte del personal de enfermería de acuerdo a las guías para la atención de infarto del miocardio, aspecto en el que se destaca:

1. Que el día 7 de septiembre de 2019 a las 9:23 pm ingreso a Clínica Farallones se registra por el enfermero Yilder Stevenson Córdoba que fue manejado en consulta prioritaria con realización de electrocardiograma con reporte normal, consulta por dolor en el pecho que se irradia a brazo izquierdo, se registra que niega antecedentes patológicos, lo cual claramente es una prueba que oculto la información sobre su antecedente de hipertrigliceridemia dato importante a tener en cuenta para su atención médica , se toma la conducta de clasificación triage IV lo que significa atención prioritaria.

2. Según lo evidenciado en historia clínica el paciente no asistió a la solicitud realizada desde Clínica Farallones y solo reconsultó hasta el día 8 de septiembre de 2019 a las 11:48 am, a urgencias de Clínica Farallones. Para este nuevo ingreso es atendido por Ana María Saavedra enfermera de triage la cual clasifica en IV su atención, es decir de tipo prioritaria.

3. Registrando cuadro de un día de evolución consistente en dolor en el pecho opresivo, sin irradiación, niega antecedentes patológicos, niega alergias a medicamentos ayer consultó por el mismo dolor.

4. Para esta oportunidad se toma nuevo EKG con lectura por parte del médico de turno con reporte normal y se define derivar a consulta prioritaria, se registra paciente hemodinámicamente estable, no facies de dolor, en buenas condiciones generales, caminando por sus propios medios, no diaforesis.

5. Todo lo anterior traducía en un paciente que su estado general no era congruente con un dolor de origen miocárdico según la literatura médica el dolor es intenso que compromete su estado general, estando en observación paciente sufre colapso por lo que es trasladado a sala de reanimación, se aplican maniobras cardiocerebropulmonares sin recuperar ritmo cardiaco, paciente presenta taquicardia ventricular posteriormente fibrilación ventricular se inicia nuevamente desfibrilación sin respuesta se declara fallecido después de 25 minutos de asistolia.

6. Como se evidencia en su nota de epicrisis el paciente presentó una muerte súbita a causa de

una fibrilación ventricular, hallazgo de arritmia cardiaca que no se encontraba en las anteriores consultas, de modo que solo hasta ese día 8 de septiembre presentó una alteración cardiaca que lo llevo a su muerte.

7. La fibrilación ventricular se considera una de las arritmias que más frecuentemente produce muerte súbita.

Lo que se traduce en que ni la institución ni el equipo médico generaron un riesgo no permitido.

Es claro que, conforme a lo manifestado, la señora Ana María Saavedra, al igual que los demás profesionales que atendieron al señor Jander Aristizábal, procedieron de conformidad con la *lex artis* y trataron al paciente de forma acorde a los resultados de los exámenes médicos pertinentes realizados según los síntomas presentados por el paciente y a los antecedentes que informa los cuales, vale precisar, no fueron manifestados a la señora Ana Saavedra ni al señor Yilder Stevenson Córdoba. De esta forma, es claro que no se verifica la configuración de la culpa de los galenos por la existencia de impericia, negligencia, imprudencia o incumplimiento de la *lex artis,* por lo tanto, no se configura la responsabilidad médica alegada.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

2. INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL

En este aspecto se destaca que sobre el demandante gravita la carga de la prueba no solo sobre la supuesta culpa que pretende atribuir al personal de ENFERMERIA en la que funda sus exorbitantes pretensiones, sino la de la imprescindible relación de causalidad entre el ACTO DE ENFERMERIA y el daño padecido por el enfermo, circunstancias que no se encuentran probadas.

Es así como contrario a lo expuesto por la parte actora, obra prueba sustentada médica y administrativamente, que los servicios dispensados por los ENFERMEROS CORDOBA Y SAAVEDRA , fueron prestados diligentemente, con el concurso de todos los medios humanos, técnicos, farmacéuticos, científicos, observando en todo momento el cuidado exigible, de conformidad con la técnica científica actual y los criterios adoptados a nivel mundial, a contrario sensu, no obra prueba idónea y conducente de la parte actora demostrando la falta u omisión que predica y en la que funda sus pretensiones.

Frente a lo anteriormente expresado, las pretensiones de la demanda habrán de ser negadas por la imposibilidad de demostrar el nexo causal entre la omisión o negligencia que aduce la parte demandante sin prueba alguna, y el resultado dañoso porque tal como hemos mostrado, el grupo de enfermería, la institución médica, el médico tratante y demás operadores del servicio médico asistencial de la CLINICA FARALLONES actuaron con la diligencia y cuidado exigibles.

En ese sentido, al no estar probados dos elementos neurálgicos de la responsabilidad civil, a saber, culpa del personal de enfermería y nexo de causalidad, es apenas lógico concluir que se abre paso esta excepción, por lo tanto, solicito que se declare probada.

3. CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El servicio asistencial prestado por la CLINICA FARALLONES S.A y los ENFERMEROS CORDOBA Y SAAVEDRA se realizó en forma oportuna, dentro de las mejores condiciones y no se causó ni directa ni indirectamente daño alguno al paciente.

La clínica, puso todos sus recursos humanos, logísticos y científicos, al servicio del Sr. Aristizábal, como puede demostrarse a través de la historia clínica, con las características de inmediatez, continuidad, idoneidad, experiencia, recursos tecnológicos y humanos, calidad, humanidad, respeto por la dignidad del paciente, de manera que no se le causó daño alguno.

Ante la evidente prestación de calidad del servicio médico, y el incumplimiento de la carga probatoria impuesta a la parte demandante conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso, pues no se evidencias fallas en el servicio de salud prestado, solicito al Despacho declarar probada esta excepción.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA SOLICITUD EXORBITANTE DE PERJUICIOS

4. TASACIÓN EXCESIVA DEL DAÑO MORAL RECLAMADO

Toda vez que los demandantes pretenden una cuantiosa indemnización con ocasión de unos supuestos perjuicios extrapatrimoniales, se propone la presente excepción, sin que ello implique aceptación alguna de responsabilidad de ninguna índole por parte de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA. Así, por medio de la presente excepción se pretende demostrar al Honorable Despacho que el extremo procesal activo no acredita, argumenta, explica ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de las sumas de dinero pretendidas bajo el concepto de daño moral. Lo anterior, pues únicamente se limita a solicitar un monto a favor de los demandantes, sin que se argumente y/o sustente lo allí pretendido. Por otro lado, las sumas pretendidas bajo este concepto son exageradas y no se encuentran delimitadas ni enmarcadas conforme a los lineamientos jurisprudenciales de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia.

Sobre este tipo de perjuicio, la Corte ha reseñado que el mismo no *"constituye un «regalo u obsequio»,"* por el contrario se encuentra encaminado a "reparar la congoja, impacto directo en el

estado anímico espiritual y en la estabilidad emocional de la persona que sufrió la lesión y de sus familiares"[2], con sujeción a los elementos de convicción y las particularidades de la situación litigiosa», sin perjuicio de los criterios orientadores de la jurisprudencia, en procura de una verdadera, justa, recta y eficiente impartición de justicia[3].

En esa medida y sin que implique asunción de responsabilidad, es evidente la inexactitud del cálculo que hace el apoderado de la actora para establecer el monto de las pretensiones de esta demanda, pues de manera desproporcionada solicita el pago de 300 SMLMV equivalentes actualmente al valor de $390.000.000 a favor de los demandantes, que incluso superan el valor máximo de $60.000.000 reconocido por la Corte Suprema de Justicia (Órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria civil) por concepto de perjuicios morales en caso de muerte, además, es improbable que se acredite la reunión de los elementos que conformarían una responsabilidad civil y por eso ruego a su señoría que frente a la abismal pretensión del accionante, la cual denota evidentemente un afán de lucro injustificado, imposible de satisfacer, su juzgado proceda conforme a derecho negándola.

Cabe resaltar que los tipos de perjuicios extrapatrimoniales que solicita la parte actora sean reparados económicamente, resultan o tratan de una compleja tipología de perjuicios cuya configuración depende de la existencia de una serie de elementos subjetivos y de los que su tasación si bien se encuentra deferida *"al arbitrium judicis"*, es decir, al recto criterio del fallador, sí deben por lo menos, estar sujetos a su comprobación y acreditación mediante los medios de prueba conducentes para el efecto. En ese sentido, es fundamental que realmente se logre comprobar que, respecto a la indemnización de perjuicios por concepto de daño moral, esos sentimientos de angustia, el impacto psicológico, y el dolor secundario al daño, los cuales afirman las víctimas les fueron causados, son producto del hecho dañoso configurativo de este proceso.

Así las cosas, es menester que quien aduce la generación de este tipo de perjuicios, demuestre plenamente la aflicción sufrida, tanto física como sentimental, para que, si quiera, se entre a considerar si tienen lugar o no lugar a obtención de un resarcimiento económico.

> *"(…) Por cierto que las pautas de la jurisprudencia en torno a la tasación de perjuicios extra-patrimoniales, con fundamento el prudente arbitrio del juez, fueron acogidas expresamente por el artículo 25 del Código General del Proceso (...)».*
>
> *Y aunque tal regla está prevista para la cuantía de los procesos, en general,* ***permite ver que el sistema procesal es reacio a aceptar pretensiones de indemnización inmaterial por montos exagerados, a voluntad de las partes****, ya que así se*

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

generan distorsiones en las instancias y recursos que razonablemente deben tener los trámites judiciales (…)[4] (Énfasis propio)

Ha señalado igualmente la Corte[5] que, dentro de la concepción jurídica de los perjuicios extrapatrimoniales, específicamente respecto al daño moral, por ejemplo, no hay una valoración pecuniaria en sentido estricto, ya que al pertenecer a la siquis de cada persona *"es inviable de valorar al igual que una mercancía o bien de capital"*, de ahí entonces que sea razonable estimar que, (i) en cada caso el juez realice una valoración concreta, con la debida objetividad y conforme lo que se logre probar en el transcurso del proceso; y, (ii) no resulta apropiado que las partes puedan estimar el valor económico de su propio sufrimiento*, "ya que eso iría en contravía de la naturaleza especial del perjuicio inmaterial o espiritual, que escapa al ámbito de lo pecuniario"*.

De igual manera, no existe ninguna presunción que opere en favor de la parte demandante que permita emitir una condena por la sola enunciación de un aparente perjuicio. Sobre esto, la Corte Suprema de Justicia[6] ha manifestado claramente:

"(…) Señálese que, con el fin de evitar ***antojadizas intuiciones pergeñadas a la carrera para sustentar condenas excesiva****s, la determinación del daño en comentario debe atender a las «las condiciones personales de la víctima, apreciadas según los usos sociales, la intensidad de la lesión, la duración del perjuicio» (SC5885, 6 may. 2016, rad. n.° 2004-00032-01), aspectos todos ausentes de prueba en la foliatura."*

Pero además de lo anterior, resulta necesario destacar que la suma pretendida resulta abiertamente desproporcionada y contraria los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia, teniendo en cuenta que la mentada Corporación ha reconocido una suma igual a sesenta millones de pesos ($ 60.000.000)[7] por este perjuicio, como consecuencia del fallecimiento de un ser querido[8], por lo que resulta evidentemente desproporcionado acceder a las sobrevaloradas pretensiones del extremo actor, ya que no solo no tienen sustento probatorio alguno sino que, además, la petición de este tipo de perjuicio para cada víctima sobrepasa el límite fijado por la jurisprudencia por un valor excedente de $70.000.000.

En conclusión, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte

---

[4] Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, 11 de mayo de 2017, Radicado: 11001-02-03-000- 2017-00405-00.
[5] Ibidem.
[6] CSJ, SC-5340-2018.
[7] CSJ, SC-5340-2018.
[8] En el fallo referenciado se resolvió: "Declarar que los convocados Alejandro Quintero Osorio y Diana Patricia Restrepo Ochoa, son civil y solidariamente responsables de los perjuicios padecidos por Luz Marina Gómez Ramírez, con ocasión del fallecimiento de su cónyuge Luis Orlando Ramírez Zuluaga. En consecuencia, se les condena a indemnizarle por concepto de lucro cesante consolidado y futuro la suma de seiscientos sesenta y nueve millones setecientos setenta y tres mil ciento diez pesos ($669.773.110), por perjuicios morales sesenta millones de pesos ($60.000.000) y por daño a la vida de relación, treinta millones de pesos ($30.000.000)".

Demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada. En tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto de daño moral que supere los montos fijados a partir de acuerdo a las sentencias anteriormente mencionadas. En consecuencia, la suma solicitada por el Demandante resulta exorbitante y se encuentra por fuera de los lineamientos en mención, por lo tanto, corresponderá al arbitrio del juez determinar el valor del daño moral, teniendo en cuenta los elementos probatorios que reposan en el expediente, los cuales no corroboran lo peticionado por la parte demandante y en tal virtud la misma debe ser desestimada.

En consecuencia, solicito declarar probada esta excepción.

5. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL PERJUICIO DENOMINADO DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN SOLICITADO EN LA DEMANDA

Esta excepción se propone en atención al criterio jurisprudencial establecido por la Corte Suprema de Justicia, que ha determinado que el daño a la vida de relación se concede únicamente a la víctima directa en caso de lesiones personales, por lo que es improcedente acceder a las pretensiones del extremo actor en la forma solicitada, puesto que solicita la indemnización de este perjuicio frente a personas que no fueron usuarios directos de la atención médica brindada en la clínica Sinergia y la clínica Farallones de Cali. Además, en todo caso, si este perjuicio fuera reconocido, se solicitó por sumas que exceden los baremos jurisprudenciales fijados por la Corte Suprema de Justicia.

La Corte Suprema de Justicia ha establecido que el daño a la vida de relación se presenta cuando la víctima sufre una alteración psíquica o física que el impide o dificulta gozar de actividades rutinarias que disfrutaba antes del hecho lesivo. No obstante, el daño a la vida en relación sólo se le debe reconocer a la víctima directa. En otras palabras, el daño a la vida en relación sólo se debe reconocer a quien sufrió una alteración física o psíquica con motivo en la atención médica, esto es, a la víctima directa. En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia indicó:

> *"(…) b) Daño a la vida de relación:*
> ***Este rubro se concede únicamente a la víctima directa*** *del menoscabo a la integridad psicofísica como medida de compensación por la pérdidadel bien superior a la salud, que le impedirá tener una vida de relación encondiciones normales (…)"*[21]
> (Subrayado y negrilla fuera del texto original).[9]

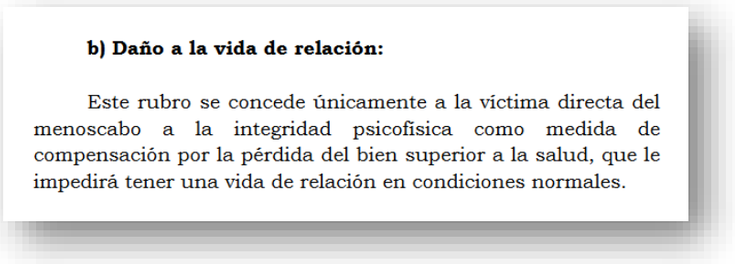
Según la jurisprudencia citada, es inviable el reconocimiento del daño a la vida de relación a los

[9] Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC5340-2018 de 7 de diciembre de 2018. Magistrado Ponente: Arnoldo Wilson Quiroz Monsalvo.

demandantes, pues no fueron víctimas directas del hecho dañoso. En efecto, conforme a la sentencia SC9193-2017 de la Corte Suprema de Justicia, dicho perjuicio resulta procedente **únicamente en favor de la víctima directa**[10]. Así mismo, se debe considerar que en la sentencia SC 562-2020 de la CSJ, se sostuvo la misma postura, esto es, el daño a la vida de relación sólo se le reconoce a la víctima directa del daño en caso de lesiones personales, es decir, el mismo solo procedería frente al señor Jander Aristizábal en caso de que la responsabilidad civil de la parte pasiva se encuentre demostrada, situación que en el caso de marras resulta de imposible ocurrencia debido a su fallecimiento.

Sobre este particular, resulta fundamental que el señor Juez tenga en cuenta los siguientes extractos jurisprudenciales, que indiscutiblemente muestran el error del extremo accionante:

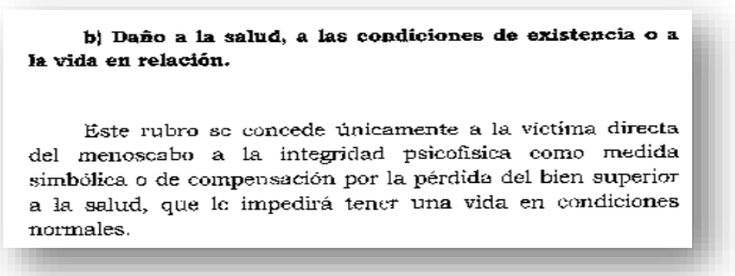
- **Sentencia SC9193-2017**[11]:



b) Daño a la vida de relación:

Este rubro se concede únicamente a la víctima directa del menoscabo a la integridad psicofísica como medida de compensación por la pérdida del bien superior a la salud, que le impedirá tener una vida de relación en condiciones normales.

- **SC 562-2020**[12]:



b) Daño a la salud, a las condiciones de existencia o a la vida en relación.

Este rubro se concede únicamente a la víctima directa del menoscabo a la integridad psicofísica como medida simbólica o de compensación por la pérdida del bien superior a la salud, que le impedirá tener una vida en condiciones normales.

De las anteriores sentencias de la Corte Suprema emerge con claridad como el daño a la vida de relación no puede ser reconocido a personas distintas a la víctima directa del daño, por lo tanto, en caso de una hipotética condena, el Juez de conocimiento no podría reconocer este perjuicio debido a que la supuesta víctima directa, el señor Jander Aristizábal, ha fallecido y ninguno de los accionantes tiene dicha calidad de víctima directa. Ahora bien, si el Despacho considerara procedente el reconocimiento de este perjuicio a favor de los demandantes, el mismo no podrá tener un valor equivalente al solicitado en la demanda pues es claro que la tasación de 100 SMLMV para

[10] "*b) Daño a la vida de relación:* ***Este rubro se concede únicamente a la víctima directa del menoscabo*** (…)".
[11] Sentencia SC9193-2017, Rad. 11001-31-03-039-2011-00108-01, 28 de junio de 2017, M.P. Ariel Salazar Ramírez.
[12] Sentencia SC 562-2020, Rad. 73001-31-03-004-2012-00279-01, 27 de febrero de 2020, M.P. Ariel Salazar Ramírez.

cada uno de los accionantes resulta excesiva, más aún cuando no es posible verificar en el escrito de la demanda ni en el acervo probatorio los presupuestos fácticos que den cuenta de la alteración a las condiciones de existencia de los demandantes.

Aunado a lo anterior, es preciso decir que la parte demandante no refiere ni demuestra la alteración a las condiciones de existencia producto de una hipotética responsabilidad imputable a los demandados, sino que se limita a mencionar de forma genérica la imposibilidad de desarrollar un proyecto de vida en familia debido al fallecimiento del señor Jander Aristizábal, situación que no es claramente diferenciada de los supuestos perjuicios morales causados por las afectaciones psicológicas que su ausencia pudiere producir en los demandantes. Quiere decir lo anterior que, en caso de una hipotética condena, el Despacho no podría reconocer el perjuicio reclamado debido a que los fundamentos fácticos de su reclamación son los mismos que fundamentan la solicitud del reconocimiento de daño a la vida de relación, por lo tanto, reconocer este perjuicio implicaría resarcir dos veces a las víctimas por un mismo daño.

Conforme a lo manifestado, no existe sustento alguno para que la parte demandante pueda reclamar el perjuicio de daño a la vida de relación pues dicha solicitud desconoce los parámetros establecidos jurisprudencialmente para su procedencia y cuantificación, por lo tanto, el Despacho no puede conceder dichas pretensiones.

Solicito al juzgado declarar probada esta excepción.

6. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL PERJUICIO DENOMINADO LUCRO CESANTE

El lucro cesante no puede ser reconocido por el Juez a menos de que el mismo quede plenamente demostrado en el proceso, no obstante, los demandantes no aportan prueba idónea al respecto incumpliendo con la carga probatoria que les corresponde, dejando en tela de juicio que el señor Jander Aristizábal hubiere percibido de forma constante un ingreso por el valor de $9.000.000 m/cte, el cual utilizara para el sostenimiento de su hija Ana María Aristizábal Carmona, de igual forma, no se aportó al proceso el registro civil de matrimonio u otra prueba pertinente que diera cuenta del vínculo existente entre la señora Alexandra Carmona Montoya y el señor Jander Aristizábal al momento del lamentable deceso que permita inferir la dependencia económica de la señora Alexandra respecto del señor Jander. Por lo anterior es improcedente que el juzgado reconozca el mentado perjuicio y peor aún en la forma que lo solicitan los accionantes pues ello implicaría reconocer un perjuicio no acreditado.

En esta línea, es pertinente señalar que la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC11575-2015 del 05 de mayo de 2015, manifestó:

> *"(…) El lucro cesante, jurídicamente considerado en relación con la responsabilidad extracontractual, es entonces la privación de una ganancia esperada en razón de la ocurrencia del hecho lesivo, o, en palabras de la Corte, "está constituido por todas las ganancias ciertas que han dejado de percibirse o que se recibirán luego, con el mismo fundamento de hecho" (CSJ SC de 7 de mayo de 1968)".*

De forma complementaria, y en relación con el lucro cesante futuro, mediante sentencia SC16690 de 2016 ha manifestado la misma Corporación que:

> *"(…) procede la reparación de esta clase de daño en la medida en que obre en autos, a disposición del proceso, prueba concluyente en orden a acreditar la verdadera entidad de los mismos y su extensión cuantitativa, lo que significa rechazar por principio conclusiones dudosas o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener, apoyadas tales conclusiones en simples esperanzas, expresadasestas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación teórica, y no enprobabilidades objetivas demostradas con el rigor debido (…)"*

Como se evidencia en el caso concreto, la parte demandante no ha dado cumplimiento a los parámetros establecidos jurisprudencialmente con el fin de demostrar que el señor Jander Aristizábal percibiera un ingreso mensual ni su valor, o la forma de determinar el mismo. En igual sentido, no ha demostrado que la víctima percibiera un ingreso de $9.000.000 m/cte, y el porcentaje de este destinado al sostenimiento de su hija Ana Aristizábal, así como tampoco se acreditó el vínculo entre la señora Alexandra Montoya y la víctima, o la dependencia económica de la primera frente a este último.

En efecto, al verificar el escrito de la demanda la parte actora manifiesta que al momento del fallecimiento, el señor Jander tenía 49 años de edad y contaba con un ingreso mensual de $9.000.000 m/cte, sin embargo, no existe prueba alguna en el expediente que permita corroborar el ingreso mensual señalado, limitando su "existencia" a las simples afirmaciones realizadas en el escrito petitorio por la parte actora, siendo improcedente su reconocimiento e incluso su liquidación sobre esta base salarial.

De manera complementaria a lo mencionado, la capacidad económica de la víctima, con la cual se busca fundamentar la petición exorbitante del lucro cesante, se encuentra rodeada aún de mayor incertidumbre al realizar la respectiva consulta de la afiliación del señor Jander Aristizábal al sistema de seguridad social en salud, de esta forma, en el ADRES se verifica que el paciente se encontraba afiliado como beneficiario del régimen contributivo tal como se muestra a continuación:

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	16775248
NOMBRES	JANDER ALBERTO
APELLIDOS	ARISTIZABAL POSADA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	SANTIAGO DE CALI

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
AFILIADO FALLECIDO	COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. "COOMEVA E.P.S. S.A."	CONTRIBUTIVO	03/10/1996	07/09/2019	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/22/2024 14:48:36	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La naturaleza de afiliación de la víctima en el sistema de seguridad social en salud no resulta de poca trascendencia, pues si en realidad devengaba mensualmente los ingresos señalados en la demanda, o incluso un salario mínimo para el momento de su fallecimiento, dicha capacidad económica se hubiera visto reflejada en la vinculación como cotizante del sistema, y no como beneficiario.

De esta forma, es evidente la inexistencia de las pruebas conducentes a probar el ingreso devengado de forma regular, su monto, y la dependencia económica, siendo imposible reconocer el perjuicio reclamado pues carece de todo sustento, lo que evidencia que la parte demandante no cumplió la carga impuesta en el artículo167 del Código General del Proceso y en la jurisprudencia.

Por lo anterior solicito al señor juez declarar probada esta excepción.

7. ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA

Acorde con lo manifestado a lo largo de este escrito de contestación, es necesario acudir a la figura del Enriquecimiento sin Justa Causa. Este postulado se encuentra plasmado en el artículo 831 del Código de Comercio. El artículo proscribe el enriquecimiento sin causa a expensas de otra persona.

La Corte Suprema de Justicia advierte:

> *"(…) Hay que precisar, a ese respecto, que la jurisprudencia fundacional de lo que hoy es el querer de la ley, se orientaba a* ***corregir las situaciones en las cuales el patrimonio de un sujeto de derecho sufría mengua, mientras otro acrecía sus***

haberes en la misma medida, sin que existiera una razón que explicara esa alteración*, caso en el cual se imponía al juez el deber de adoptar los correctivos necesarios* ***en procura de que se restableciera la equidad*** *(…)"*[13] (Énfasis propio)

De todo lo anterior se desprende que en caso de condenar a las codemandadas a la indemnización de perjuicios pretendida por la demandante se estaría generando un enriquecimiento de la parte demandante y un empobrecimiento correlativo en el demandado. No sólo el actuar temeroso de la demandante hace necesaria esta conclusión, sino también el que no haya cumplido con su carga probatoria al no estar demostrado con los medios de pruebas pertinentes, útiles y conducentes que las codemandadas, generaron un daño en la parte demandante que las obligue a su indemnización. Además, en el hipotético caso en que si se determine que hubo un daño imputable a la demandada y que se haya causado a la parte demandante –lo cual no sucede en este caso-, debe restringirse su indemnización a los perjuicios probados, en la medida que tal como lo establece el honorable tratadista Dr. Juan Carlos Henao en su obra *"El daño"*: *"****se debe indemnizar el daño, sólo el daño y nada más que el daño****"* (Pág. 45).

Conforme a lo expuesto solicito declarar probada esta excepción.

EXCEPCIONES FRENTE AL CONTRATO DE SEGURO

8. AUSENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR PARTE DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. POR FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LAS PÓLIZAS CONTRATADAS

Sin perjuicio de las excepciones anteriores, y sin que implique ningún reconocimiento de responsabilidad de mi mandante, debo indicar que no existe viabilidad jurídica para reclamar el pago de una eventual condena con base en el seguro vinculado, por cuanto no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal claims made para afectarlo. Lo anterior, toda vez que los hechos objeto del presente proceso ocurrieron por fuera de la vigencia pactada en la Póliza No. 0825933-8 con la cual se vincula a mi representada, también ocurrieron de forma anterior a la vigencia de la póliza No. 0738965-0 la cual se encontraba suscrita al momento de realizar la reclamación extrajudicial a la asegurada y, adicionalmente, en el año 2019 se encontraba vigente la póliza No. 058496-3, es decir una póliza totalmente independiente de las anteriormente relacionadas.

En particular, resulta relevante tener en cuenta que la cobertura temporal en este caso indica que la responsabilidad de la aseguradora surge frente a los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales

[13] Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. 19 de diciembre de 2012. Exp. 54001-3103-006-1999-00280-01.

producto del ejercicio profesional, siempre y cuando los hechos hayan sucedido en el periodo de retroactividad de la póliza y la reclamación respectiva se surta durante su vigencia, es decir, la condición frente a la ocurrencia de los hechos y la fecha de reclamación deben ocurrir de forma simultánea, de lo contrario, no se satisface el requisito de temporalidad señalado. Sin embargo, los presupuestos enunciados no se cumplen en el presente caso ya que: **i)** los hechos que fundamentan la acción ocurrieron los días 7 y 8 de septiembre de 2019, es decir dentro de la vigencia la póliza No. 058496-3 comprendida entre el 17 de septiembre de 2018 y el 17 de septiembre de 2019, la cual fue posteriormente renovada con vigencia del 17 de septiembre de 2019 al 17 de septiembre de 2020; **ii)** la reclamación extrajudicial a la asegurada se efectúa el día 25 de marzo de 2021 mediante la celebración de la audiencia de conciliación extrajudicial, encontrándose vigente la póliza No. 0738965-0 desde el día 12 de enero del 2021 al 12 de enero del año 2022; **iii)** la vinculación de mi procurada se realiza en vigencia de la póliza No. 0825933-8, cuyo periodo inició el día 28 de marzo de 2022 y finalizó el día 28 de marzo de 2023 y; **iv)** adicionalmente, ninguna de las pólizas suscritas por la asegurada con posterioridad a la ocurrencia de los hechos estipula un periodo de retroactividad que cubra la fecha de la atención médica y el lamentable deceso, motivo por el cual se entiende que el periodo de retroactividad comprende el mismo lapso que la vigencia pactada cada una de las pólizas. Por lo tanto, es evidente que los hechos ocurrieron durante la vigencia de una póliza totalmente distinta a la que operaba al momento de realizar la reclamación extrajudicial, y a la existente para el momento del llamamiento en garantía realizado a mi prohijada, de maneral tal, que la reclamación no se hizo durante el periodo de vigencia de determinada póliza, y los hechos no ocurrieron dentro del periodo de retroactividad de la misma. Estas circunstancias deberán ser tenidas en cuenta con el fin de que el juzgado, determine la ausencia de obligación por parte de la aseguradora.

Siendo consciente el legislador que en materia de derecho privado la voluntad de las partes resulta de gran trascendencia con el fin de convenir las cláusulas por las cuales se regirá el negocio que celebren, fue su voluntad plasmar de forma clara dicha libertad contractual en la normativa aplicable al contrato de seguro, es de esta forma que en el artículo 1056 del Código de Comercio dispuso:

> *"(...) Artículo 1056. Delimitación contractual de los riesgos: con las restricciones legales, el asegurador podrá, 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 (…)"*

Es posible vislumbrar en la mentada norma que el ordenamiento jurídico faculta al asegurador para delimitar los riesgos que decide asumir, ahora bien, dicha delimitación puede ser realizada en la práctica restringiendo temporalmente los hechos que pueden constituir eventualmente la ocurrencia del riesgo asegurado, en este sentido la Corte Suprema de Justicia ha expresado lo siguiente:

> *"(…) se reconoce plena autonomía al asegurador, a quien el artículo 1056 ejusdem,*

norma aplicable a los seguros de daños y de personas, ***le otorgó la potestad de delimitar espacial, temporal, causal y objetivamente*** *los eventos por cuya ocurrencia se obligaría condicionalmente a indemnizar al beneficiario, pues estatuyó que podía asumir, con las restricciones legales (…)"* (Subrayado y negrita fuera del texto original)[14].

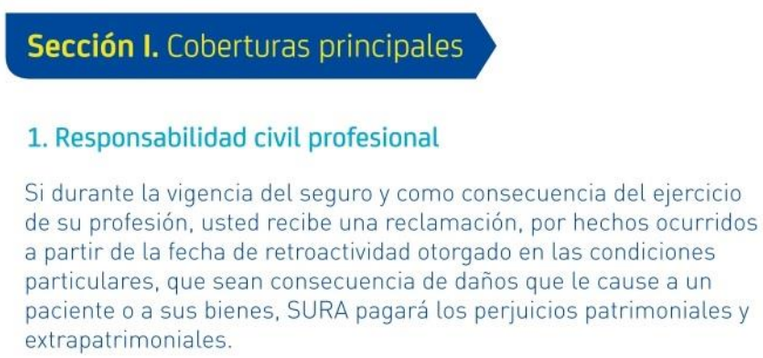
Adicionalmente, es indispensable rememorar lo que ha dicho la Corte Suprema de Justicia sobre la modalidad de cobertura Claims Made:

> "*Acorde con el artículo 1127 del Código de Comercio, el seguro de responsabilidad civil "impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra (...)", al paso que el canon 1131 ejusdem instituye que "[e]n el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado".*
>
> *Por lo dicho, tradicionalmente estos seguros amparan el riesgo de detrimento patrimonial del asegurado, originado en un "hecho externo", dañoso, indudablemente, acontecido durante la vigencia de la póliza (seguro basado en la ocurrencia).* ***Sin embargo, las razones que expuso esta Sala en la Sentencia CSJ SC10300-2017, 18 de julio, llevaron al legislador patrio a viabilizar pactos orientados a "limitar temporalmente la garantía asegurativa****".*
>
> ***En efecto, el artículo 4º de la Ley 389 de 1997 consagró que "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".*
>
> *Esa norma franqueó el paso a dos tipologías negociales distintas al tradicional seguro basado en la ocurrencia.* ***En la primera de ellas, la aseguradora se obliga a mantener indemne el patrimonio del asegurado***

[14] Corte Suprema de Justicia Sala Civil. Sentencia SC 4527 del 23 de noviembre de 2020. Rad.: 2011-00361.01.

> ***frente a la responsabilidad originada en un "hecho externo" que le sea imputable, sin importar la época de su ocurrencia, siempre y cuando la víctima del evento dañoso formule la reclamación al asegurado, o al asegurador, durante la vigencia de la póliza (modalidad claims made).***
>
> *En la segunda, la aseguradora asume la protección del patrimonio del asegurado frente a débitos relacionados con un "hecho externo" que le sea imputable, siempre y cuando (i) ese "hecho externo" sobrevenga en vigencia de la póliza, y (ii) la víctima del evento dañoso formule reclamación al asegurado, o al asegurador, dentro de un lapso convenido, contado partir de la expiración del término contractual, y que no puede ser inferior a dos años (modalidad de ocurrencia sunset).*
>
> *Teniendo en cuenta, que para la primera de esas tipologías (pólizas claims made), no es trascendente el momento en el que "acaezca el hecho externo imputable al asegurado",* ***resulta posible que la aseguradora indemnice desmedros patrimoniales cuyo origen se sitúa en eventos dañosos acaecidos con antelación a la celebración del contrato de seguro, siempre y cuando, claro está, la reclamación de la víctima se presente durante su vigencia***". (Resaltado intencional).

En el presente caso debe tenerse en cuenta que las diferentes pólizas contratadas por la llamante en garantía instrumentalizan el seguro de responsabilidad civil para profesionales de la salud frente al cual, bajo las prerrogativas otorgadas por la misma ley y desarrolladas por la jurisprudencia, Seguros Generales Suramericana S.A. estableció en las condiciones generales la cobertura temporal en la modalidad claims made, delimitando su responsabilidad frente a las reclamaciones realizadas dentro de la vigencia de la póliza por hechos ocurridos a partir de su fecha de retroactividad como se verifica a continuación:



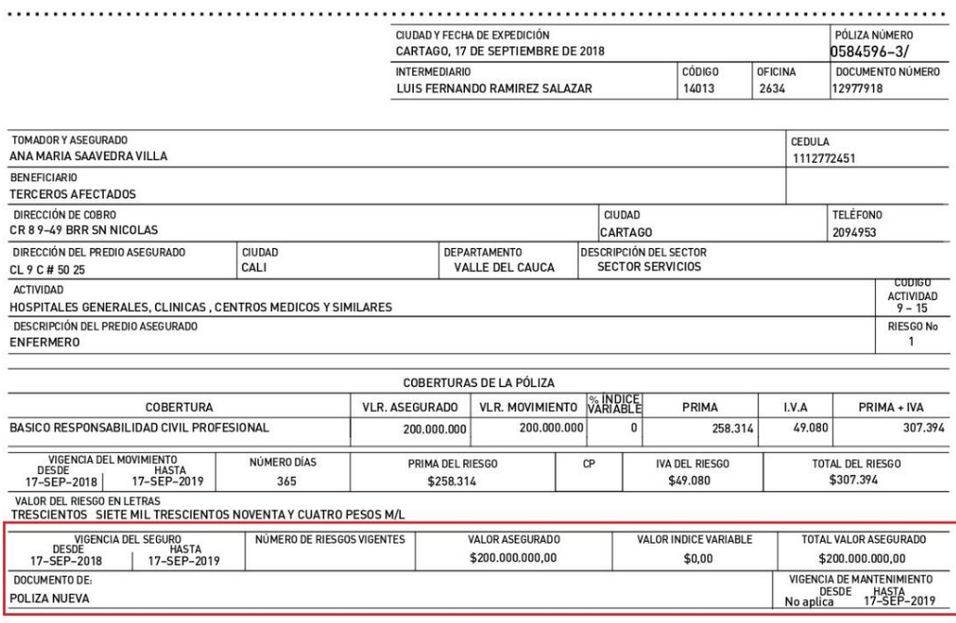
Sección I. Coberturas principales

1. Responsabilidad civil profesional

Si durante la vigencia del seguro y como consecuencia del ejercicio de su profesión, usted recibe una reclamación, por hechos ocurridos a partir de la fecha de retroactividad otorgado en las condiciones particulares, que sean consecuencia de daños que le cause a un paciente o a sus bienes, SURA pagará los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales.

Con el fin de verificar el cumplimiento del requisito de la cláusula claims made, se hace necesario señalar la vigencia de cada una de las pólizas contratadas por la señora Ana Saavedra y verificar si las mismas establecen una fecha de retroactividad, en ese sentido, frente a las pólizas de responsabilidad civil para profesionales de la salud se tiene la siguiente información:

- Póliza No. 0584596-3, esta póliza tuvo una vigencia comprendida inicialmente entre el 17 de septiembre de 2018 y el 17 de septiembre del 2019, posteriormente, fue renovada con una vigencia comprendida entre el 17 de septiembre de 2019 y el 17 de septiembre del 2020. En ninguna de las vigencias mencionadas se determinó un periodo de retroactividad como se muestra a continuación



CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN			PÓLIZA NÚMERO
CARTAGO, 17 DE SEPTIEMBRE DE 2018			0584596-3/
INTERMEDIARIO	CÓDIGO	OFICINA	DOCUMENTO NÚMERO
LUIS FERNANDO RAMIREZ SALAZAR	14013	2634	12977918

TOMADOR Y ASEGURADO	CEDULA
ANA MARIA SAAVEDRA VILLA	1112772451
BENEFICIARIO	
TERCEROS AFECTADOS	

DIRECCIÓN DE COBRO	CIUDAD	TELÉFONO
CR 8 9-49 BRR SN NICOLAS	CARTAGO	2094953

DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO	CIUDAD	DEPARTAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR
CL 9 C # 50 25	CALI	VALLE DEL CAUCA	SECTOR SERVICIOS

ACTIVIDAD	CODIGO ACTIVIDAD 9 - 15
HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES	
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO	RIESGO No
ENFERMERO	1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

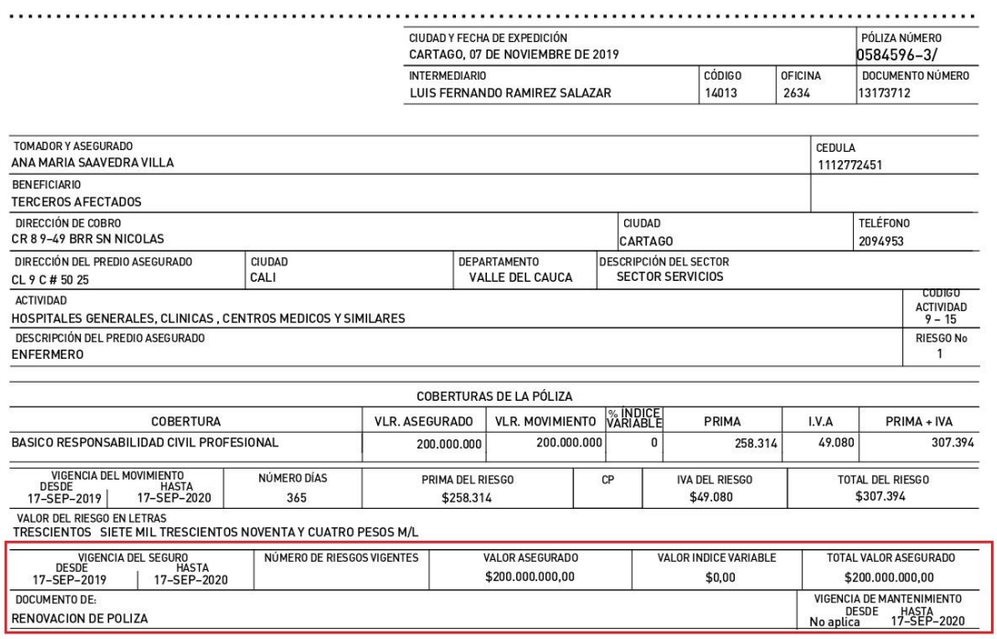
COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	200.000.000	200.000.000	0	258.314	49.080	307.394

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE	HASTA	NÚMERO DÍAS	PRIMA DEL RIESGO	CP	IVA DEL RIESGO	TOTAL DEL RIESGO
17-SEP-2018	17-SEP-2019	365	$258.314		$49.080	$307.394

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
TRESCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE	HASTA	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
17-SEP-2018	17-SEP-2019		$200.000.000,00	$0,00	$200.000.000,00

DOCUMENTO DE:	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE	HASTA
POLIZA NUEVA	No aplica	17-SEP-2019



CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN			PÓLIZA NÚMERO
CARTAGO, 07 DE NOVIEMBRE DE 2019			0584596-3/
INTERMEDIARIO	CÓDIGO	OFICINA	DOCUMENTO NÚMERO
LUIS FERNANDO RAMIREZ SALAZAR	14013	2634	13173712

TOMADOR Y ASEGURADO	CEDULA
ANA MARIA SAAVEDRA VILLA	1112772451
BENEFICIARIO	
TERCEROS AFECTADOS	

DIRECCIÓN DE COBRO	CIUDAD	TELÉFONO
CR 8 9-49 BRR SN NICOLAS	CARTAGO	2094953

DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO	CIUDAD	DEPARTAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR
CL 9 C # 50 25	CALI	VALLE DEL CAUCA	SECTOR SERVICIOS

ACTIVIDAD	CODIGO ACTIVIDAD 9 - 15
HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES	
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO	RIESGO No
ENFERMERO	1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	200.000.000	200.000.000	0	258.314	49.080	307.394

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE	HASTA	NÚMERO DÍAS	PRIMA DEL RIESGO	CP	IVA DEL RIESGO	TOTAL DEL RIESGO
17-SEP-2019	17-SEP-2020	365	$258.314		$49.080	$307.394

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
TRESCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE	HASTA	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
17-SEP-2019	17-SEP-2020		$200.000.000,00	$0,00	$200.000.000,00

DOCUMENTO DE:	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE	HASTA
RENOVACION DE POLIZA	No aplica	17-SEP-2020

Se precisa que los hechos objeto de la demanda ocurrieron entre los días 7 y 8 de septiembre de 2019, es decir, cuando se encontraba vigente la póliza nueva referida en este acápite, sin embargo, no existe ninguna reclamación realizada durante el periodo de vigencia inicial o durante la vigencia de la renovación de la póliza.

- Póliza No. 0738965-0, esta póliza tuvo una vigencia comprendida entre el 12 de enero de 2021 y el 12 de enero del 2022, sin que se haya determinado un periodo de retroactividad como se muestra a continuación

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN			PÓLIZA NÚMERO
CARTAGO, 12 DE ENERO DE 2021			0738965-0/
INTERMEDIARIO	CÓDIGO	OFICINA	DOCUMENTO NÚMERO
LUIS FERNANDO RAMIREZ SALAZAR	14013	2634	13402215

TOMADOR Y ASEGURADO	CEDULA
ANA MARIA SAAVEDRA VILLA	1112772451
BENEFICIARIO	
TERCEROS AFECTADOS	

DIRECCIÓN DE COBRO	CIUDAD	TELÉFONO
CRA 8 9 49	CARTAGO	2094953

DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO	CIUDAD	DEPARTAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR
CL 9 C # 50 25	CALI	VALLE DEL CAUCA	SECTOR SERVICIOS

ACTIVIDAD	CODIGO ACTIVIDAD 9 - 15
HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES	
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO	RIESGO No
ENFERMERO	1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	200.000.000	200.000.000	0	258.314	49.080	307.394

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE	HASTA	NÚMERO DÍAS	PRIMA DEL RIESGO	CP	IVA DEL RIESGO	TOTAL DEL RIESGO
12-ENE-2021	12-ENE-2022	365	$258.314		$49.080	$307.394

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
TRESCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/L

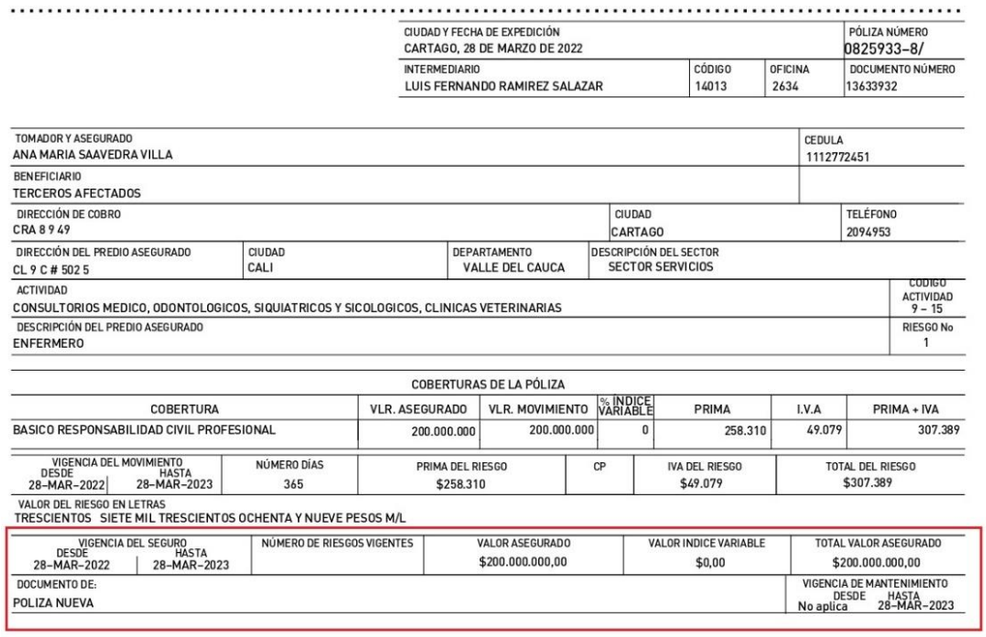
VIGENCIA DEL SEGURO DESDE	HASTA	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
12-ENE-2021	12-ENE-2022		$200.000.000,00	$0,00	$200.000.000,00

DOCUMENTO DE:	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE	HASTA
POLIZA NUEVA	No aplica	12-ENE-2022

DEDUCIBLES

Frente a esta póliza se resaltan dos circunstancias: **i)** durante su vigencia se realiza la reclamación extrajudicial a la asegurada, concretamente el día 25 de marzo de 2021, y; **ii)** no se determinó un periodo de retroactividad, por lo cual se entiende que este periodo es igual al de la vigencia de la póliza, por lo tanto, los hechos habrían ocurrido por fuera de dicho término.

- Póliza No. 0825933-8, esta póliza tuvo una vigencia comprendida entre el 28 de marzo de 2022 y el 28 de marzo del 2023, sin que se haya determinado un periodo de retroactividad como se muestra a continuación:



CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN CARTAGO, 28 DE MARZO DE 2022			PÓLIZA NÚMERO 0825933-8/
INTERMEDIARIO LUIS FERNANDO RAMIREZ SALAZAR	CÓDIGO 14013	OFICINA 2634	DOCUMENTO NÚMERO 13633932

TOMADOR Y ASEGURADO ANA MARIA SAAVEDRA VILLA	CEDULA 1112772451
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS	

DIRECCIÓN DE COBRO CRA 8 9 49	CIUDAD CARTAGO	TELÉFONO 2094953

DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CL 9 C # 502 5	CIUDAD CALI	DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS

ACTIVIDAD CONSULTORIOS MEDICO, ODONTOLOGICOS, SIQUIATRICOS Y SICOLOGICOS, CLINICAS VETERINARIAS	CODIGO ACTIVIDAD 9 – 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO ENFERMERO	RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	200.000.000	200.000.000	0	258.310	49.079	307.389

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE	HASTA	NÚMERO DÍAS	PRIMA DEL RIESGO	CP	IVA DEL RIESGO	TOTAL DEL RIESGO
28-MAR-2022	28-MAR-2023	365	$258.310		$49.079	$307.389

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
TRESCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE	HASTA	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
28-MAR-2022	28-MAR-2023		$200.000.000,00	$0,00	$200.000.000,00

DOCUMENTO DE:	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE	HASTA
POLIZA NUEVA	No aplica	28-MAR-2023

DEDUCIBLES

Mediante esta póliza se vincula a mi representada al proceso que ocupa nuestra atención, no obstante se constata que: **i)** No es susceptible de afectarse debido a que se efectuó previamente reclamación extrajudicial el día 25 de marzo de 2021, siendo necesario que la eventual obligación condicional de mi prohijada se analice con fundamento en la póliza vigente para la época; **ii)** en todo caso, la póliza por medio de la cual se vincula a la compañía aseguradora al proceso no determinó un periodo de retroactividad, por lo cual se entiende que este periodo es igual al de la vigencia de la póliza, por lo tanto, los hechos habrían ocurrido por fuera de dicho término.

En concordancia con lo anterior, la ocurrencia de los hechos tuvo lugar en los días 7 y 8 de septiembre de 2019, por lo tanto, estos sucedieron antes de la vigencia de la póliza No. 0738965-0, contratada para el momento de la reclamación extrajudicial.

Conforme a lo manifestado, la reclamación extrajudicial a la asegurada ocurrió por fuera de la vigencia de la póliza que, para el caso concreto, resulta ser el mismo periodo de retroactividad. Así, debe recordarse que las pólizas concertadas bajo la modalidad de cobertura denominada *claims made* o de reclamación exigen la concurrencia de los siguientes requisitos para ofrecer cobertura a un evento determinado: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro del período de retroactividad pactado; y, (ii) que se realice la reclamación dentro de la vigencia de la póliza. Así las cosas, este tipo de pólizas requiere la verificación de ambos requisitos de forma concurrente, por lo que la ocurrencia de los hechos por fuera de dicho término impide la configuración de cobertura temporal del seguro sin importar que la reclamación se haya conocido por primera vez en la vigencia del mismo.

En este orden de ideas, no existe viabilidad jurídica para reclamar el pago de una eventual condena

con base en el seguro vinculado, por cuanto no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal claims made para afectarlo. La limitación temporal en este caso indica que serán cubiertas los perjuicios ocasionados por hechos ocurridos durante el periodo de retroactividad pactado en la póliza, cuya reclamación extrajudicial o judicial se realice durante la vigencia de la misma. Sin embargo, ninguno de estos presupuestos se materializa en este caso, por lo tanto, estas circunstancias deberán ser tenidas en cuenta con el fin de que el juzgado, determine la ausencia de obligación por parte de la aseguradora.

De lo anterior se concluye de manera acertada que los hechos por los cuales se reclama una indemnización alegando la existencia de responsabilidad civil en cabeza del llamante en garantía sucedieron por fuera del marco temporal delimitado en la póliza por parte de la aseguradora para establecer su eventual responsabilidad consistente en el pago de una indemnización o, de ser el caso, proceder con el reembolso a favor del asegurado, incumpliéndose los requisitos pactados en la modalidad claims made, razón por la que el juez deberá declarar probada esta excepción y acto seguido, abstenerse de condenar a Seguros Generales Suramericana S.A. al pago de cualquier suma de dinero.

Por lo mencionado, solicito declarar probada esta excepción.

9. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA, POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD PARA PROFESIONALES DE LA SALUD No. 0738965-0 Y NO ENCONTRARSE PROBADA LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL C.CO.

Es necesario aclarar que, para que nazca a la vida jurídica la obligación condicional del asegurador, es requisito que el solicitante del amparo demuestre tanto la realización del riesgo asegurado, como también la cuantía de la pérdida. En tal virtud, si no se prueban estos dos elementos (la realización del riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida) la prestación condicional de la aseguradora no nace a la vida jurídica y no podrá hacerse efectiva ninguna de las pólizas. Dado que en el presente caso no se demostró la realización del riesgo asegurado, es decir, la responsabilidad civil del asegurado porque, como se dijo antes, no se probó la culpa y el nexo de causalidad entre las conductas de los demandados y el daño alegado por el demandante, toda vez que se configura una completa ausencia de medios de prueba que permitan dilucidar la responsabilidad de los accionados por los hechos ocurridos los días 7 y 8 de septiembre del año 2019, es claro que no nació obligación de indemnizar por parte de los demandados, lo anterior aunado al hecho de que se evidencia una total orfandad probatoria respecto al valor de los perjuicios solicitados, pues no se ha corroborado que aquellos en efecto se hayan causado.

Así entonces, para efectos de solicitudes de indemnización por los riesgos amparados, la carga

probatoria gravita sobre la parte demandante. En ese sentido, el artículo 1077 del Código de Comercio, estableció:

> *"(…)* ***ARTÍCULO 1077.<CARGA DE LA PRUEBA>****.* ***Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso*** *(…)." (subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

> *"(…) Es asunto averiguado que en virtud del negocio aseguraticio, el asegurador contrae una obligación condicional que el artículo 1045 del código de comercio califica como elemento esencial del contrato, cuyo objeto se concreta a pagar la indemnización cuando se realice el riesgo asegurado. Consecuente con esta concepción, el artículo 1054 de dicho estatuto puntualiza que la verificación del riesgo -como suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador- "da origen a la obligación del asegurado" (se resalta), lo que significa que es en ese momento en el que nace la deuda y, al mismo tiempo, se torna exigible (…)"*
>
> *"(…) Luego la obligación del asegurador nace cuando el riesgo asegurado se materializa, y cual, si fuera poco, emerge pura y simple.*
>
> *Pero hay más. Aunque dicha obligación es exigible desde el momento en que ocurrió el siniestro,* ***el asegurador, ello es medular, no está obligado a efectuar el pago hasta tanto el asegurado o beneficiario le demuestre que el riesgo se realizó y cuál fue la cuantía de su perdida****. (…) Por eso el artículo 1080 del Código de Comercio establece que "el asegurador estará obligado a efectuar el pago…[cuando] el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077". Dicho en breve, el asegurador sabe que tiene un deber de prestación, pero también sabe que mientras el acreedor no cumpla con una carga, no tendrá que pagar (…)"*
>
> *"(…) Se dirá que el asegurado puede acudir al proceso declarativo, y es cierto; pero aunque la obligación haya nacido y sea exigible, la pretensión fracasará si no se atiende la carga prevista en el artículo 1077 del Código de Comercio, porque sin el cumplimiento de ella el asegurador no debe "efectuar el pago" (C. de CO., art. 1080) (…)"*[15] *(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

[15] ÁLVAREZ GÓMEZ Marco Antonio. "Ensayos sobre el Código General del Proceso. Volumen I. Hipoteca,

De lo anterior, se infiere que, en todo tipo de seguros, cuando el asegurado o beneficiario quiera hacer efectiva la garantía deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y de ser necesario, también deberá demostrar la cuantía de la pérdida. Para el caso en estudio, debe señalarse como primera medida que la parte demandante no cumplió con la carga de la prueba consistente en demostrar la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1072 del Código de Comercio. Según las pruebas documentales obrantes en el plenario, no se han probado estos factores, por lo que, en ese sentido, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional del asegurador.

Así pues, al interior del caso de marras, es claro como la parte demandante esta llamada a aportar los medios probatorios que permitan acreditar la estructuración de los elementos propios de la responsabilidad civil médica con el fin de demostrar la ocurrencia del riesgo asegurado contenido en la póliza de responsabilidad civil para profesionales de la salud No. 0738965-0, no obstante, la parte demandante soporta sus pretensiones únicamente en el concepto del médico Jorge Hernán Ramírez Escobar, el cual adolece de sendas falencias a fin de acreditar lo pretendido por la activa de la acción toda vez que, en primer lugar, dicho concepto se relaciona como dictamen pericial sin que cumpla los requisitos exigidos por el artículo 226 del Código General del Proceso, y; en segundo lugar, dichas falencias impiden conocer en qué basa el galeno su dicho científico, el método utilizado, la experiencia en el campo de la medicina y los estudios realizados en la materia que lo convierten en el experto idóneo que de forma certera pueda informar sobre las supuestas fallas alegadas frente a la atención médica.

En efecto, siendo inexistente la responsabilidad civil en cabeza del asegurado al no contar con soporte probatorio alguno, no se realizó el riesgo asegurado en la póliza de responsabilidad civil civil para profesionales de la salud No. 0738965-0 contratada con mi representada, de conformidad con el tenor literal de las condiciones generales del negocio aseguraticio en la que literalmente se estipuló lo siguiente:

Fiducia mercantil, Prescripción, Seguros, Filiación, Partición de bienes en vida y otras cuestiones sobre obligaciones y contratos". Segunda Edición. Editorial Temis, Bogotá, 2018. Pág. 121-125.

Sección I. Coberturas principales

1. Responsabilidad civil profesional

Si durante la vigencia del seguro y como consecuencia del ejercicio de su profesión, usted recibe una reclamación, por hechos ocurridos a partir de la fecha de retroactividad otorgado en las condiciones particulares, que sean consecuencia de daños que le cause a un paciente o a sus bienes, SURA pagará los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales.

Como podemos apreciar, la póliza de responsabilidad civil para profesionales de la salud se extiende exclusivamente a cubrir los perjuicios causados en virtud de la responsabilidad en que incurra el asegurado como consecuencia del ejercicio de su profesión, por reclamaciones realizadas durante la vigencia de la póliza, con fundamento en hechos ocurridos a partir de la fecha de retroactividad estipulada en las condiciones particulares, responsabilidad que en este caso nunca existió, pues es evidente la ausencia de los elementos esenciales para la configuración del título de imputación alguno en contra de la asegurada.

Lo anterior, debido a que no hay ningún tipo de evidencia en el plenario que dé cuenta que el fallecimiento del señor Jander Aristizábal ocurrió por la mala atención médica de la asegurada o los demás demandados, al contrario, al apreciar la historia clínica aportada tanto con la demanda como con las contestaciones de la entidad de salud y de los demandados, se verifica que al señor Jander le fue practicado en más de una ocasión el electrocardiograma respectivo, el cual no señaló resultados que ameritaran llevar a cabo otro tipo de exámenes, adicionalmente, los exámenes practicados y las remisiones a consulta prioritaria eran concordantes con los síntomas presentados por el paciente y la información sobre sus antecedentes, la cual fue oculta al momento de acudir a la consulta en la que fuere atendido por la señora Ana Saavedra como se refleja en el reporte de triage del 8 de septiembre de 2019 que se trae a colación:

REPORTE DE TRIAGE

No. y Hora Turno: ADUL23 08/09/2019 11:36:32 a. m.

INFORMACIÓN GENERAL				☑ Confirmado	☐ Paciente Ausente
Centro Atención:	SEDE CALLE9C NO 50-25		**Nº Triage:** 622488	**Fecha del Triage:**	08/09/2019 11:48:22 a. m.
Documento:	16775248	**Paciente:**	JANDER ALBERTO ARISTIZABAL POSADA	**Edad:**	49 Años
Entidad:	COOMEVA EPS SA	**Municipio:**	SANTIAGO DE CALI	**Dapartamento:**	VALLE
Conducta:	Ninguna		**Clasificación:**	**IV PRIORITARIA**	
SIGNOS VITALES					
Tensión Arterial:	137/85	**Frecuencia Cardiaca:**	65	**Frecuencia Respiratoria:**	19 **Temperatura:** 36
SO2:	99	**Estado de Conciencia:**	Alerta	**Peso (kg):**	0,0000 ☐ Aliento a Alcohol
Motivo Consulta:	PACIENTE CON CC DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE A DOLOR EN EL PECHO OPRESIVO HOY NIEGA SIN IRRADIACION NIEGA ANTECEDENTES PATOLOGICOS, NIEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, EL DIA DE AYER CONSULTA POR MISMO DOLOR SE TOMA EKG EN PRIORITARIA Y EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SIN ENCONTRAL ALTERACIONES				
Observaciones:	SE DIRECCIONA A CITA MEDICA PRIORITARIA EN SINERGIA SALUD SANTA CLARA DIRECCION: CALLE 13 DIAG 23-130 SECTOR LA LUNAHORARIO: DESDE LAS 6: 00 AM HASTA LAS 10: 00 PM				
Hallazgos Positivos al Examen:	SE TOMA EKG SE COMENTA CON MEDICO DE TURNO NO ALTERACION DEL ST QUIEN INDICA RE CONSULTA AL SERVICIO DE PRIORITARIA , PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO FACIES DE DOLOR, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, NO DIAFORESIS,				
ANTECEDENTES					

Corolario de lo expuesto es que la parte demandante no demostró la responsabilidad civil médica

en cabeza de asegurado al no haber aportado las pruebas idóneas que den cuenta de la supuesta falla en la atención médica, por lo tanto, tampoco acreditó la ocurrencia del siniestro, es decir, del riesgo asegurado en la póliza de RC, siendo improcedente su afectación.

De otro lado, en lo que atañe a la cuantía de la pérdida, la misma no se encuentra acreditada debido a que: i) no se aporta al plenario prueba que dé cuenta de los ingresos percibidos por el señor Jander Aristizábal, la proporción en que estos eran destinados al sostenimiento de su hija, y la dependencia económica por parte de la señora Alexandra Carmona; ii) no se aporta prueba fehaciente de las supuestas afectaciones psicológicas consecuencia del fallecimiento por las cuales sea procedente solicitar el reconocimiento del perjuicio moral; iii) no se aporta prueba alguna de la alteración a las condiciones de existencia que justifiquen los pedimentos del daño a la vida de relación, señalando además que el único sustento fáctico de este pedimento es el mismo que sirve de base al daño moral, situación que señala la búsqueda de obtener un doble resarcimiento por los mismos hechos. Por lo anterior, es claro que la parte demandante tampoco probó la cuantía de la pérdida.

En conclusión, para el caso en estudio debe señalarse: i) que la póliza de responsabilidad civil para profesionales de la salud No. 0738965-0 no podrá ser afectada por cuanto la parte actora no demostró la realización del riesgo asegurado, pues no se ha presentado un evento en el cual haya sido declarada la responsabilidad civil del asegurado; (ii) la parte actora no acreditó en forma alguna la cuantía de la pérdida, siendo este el segundo requisito indispensable para la procedencia de la afectación de la póliza. De esa forma, como se incumplieron las cargas de que trata el artículo 1077 del Código de Comercio, es claro que no ha nacido la obligación condicional del asegurador.

Con lo señalado anteriormente, se puede observar que la parte demandante no cumplió los requisitos previstos en el artículo 1077 del Código de Comercio, en tanto no acreditó la ocurrencia del siniestro ni la cuantía de la pérdida, siendo improcedente que exista obligación alguna en cabeza de mi representada toda vez que no se configura la condición establecida en la póliza y en la legislación para su surgimiento.

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

10. EL SEGURO CONTENIDO EN LA PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD No. 0738965-0 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 que sirvió de soporte a la presente demanda. Lo anterior, como se consagra en el artículo 1088 del Código de Comercio, establece que jamás el seguro podrá

constituir fuente de enriquecimiento. Asimismo, el artículo 1127 ibidem, sólo obliga al asegurador a indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con ocasión de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley, siempre que no esté expresamente excluido en el contrato de seguro. Por lo tanto, con esa condición suprema, la responsabilidad del asegurador que se enmarca dentro del límite máximo asegurado, consistente en la obligación de pagar la indemnización, alcanzará solo hasta el monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado, como lo ordena el artículo 1089 ibidem, también infringida por la parte activa de esta acción.

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

> *"(...)* ***Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio****. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato (...)"*[16] (Negrita por fuera de texto).

Es importante mencionar que la materia propia del seguro que sirvió de fundamento a la presente acción, de acuerdo con la naturaleza del riesgo que se protege, es de contenido puramente indemnizatorio conforme a lo preceptuado en el artículo 1088 del Código de Comercio y sólo podrá ser afectado según lo reza el artículo 1127 ibidem. 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.

En vista de lo anterior, para el caso concreto, como se expuso en las excepciones de fondo planteadas frente a la demanda, las pretensiones que se busca sean reconocidas por el actor del presente pleito están indebidamente cuantificadas, no sólo por la orfandad probatoria con la que se pretenden demostrar, sino porque supera totalmente los baremos jurisprudenciales reiterados en muchas oportunidades por la Corte Suprema de Justicia, Sala de casación Civil. Esto supone a todas luces un enriquecimiento injustificado de los demandantes. En consecuencia, al encontrarse una indebida pretensión de enriquecimiento con base en un contrato de seguro, se vulnera la disposición que establece el carácter meramente indemnizatorio del mismo.

[16] CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065.

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

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

11. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

Se propone esta excepción, sin que con ello se esté comprometiendo mi procurada, a fin de manifestar que la obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora sólo surge cuando efectivamente el riesgo amparado en el contrato de seguro fue efectivamente realizado, en los términos de su cobertura y no opere ninguna causal legal o convencional de exclusión o inoperancia del mismo. Así las cosas, si hubiere lugar a la responsabilidad de la Compañía, la misma se sujetará a lo consignado al tenor literal la póliza y, por tanto, a las condiciones particulares de la misma, entre ellas, a la suma asegurada, el deducible y las exclusiones que se hayan pactado.

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

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

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

> *"(…) Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la*

indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización (…)"[17].

En orden de lo comentado, las condiciones estipuladas en la póliza No. 0738965-0, expedida por Seguros Generales Suramericana, indicarán el límite de su obligación indemnizatoria, en el remoto caso en que se profiera una sentencia en su contra. Tales condiciones fueron establecidas así:

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	200.000.000	200.000.000	0	258.314	49.080	307.394

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE	HASTA	NÚMERO DÍAS	PRIMA DEL RIESGO	CP	IVA DEL RIESGO	TOTAL DEL RIESGO
12-ENE-2021	12-ENE-2022	365	$258.314		$49.080	$307.394

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
TRESCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE	HASTA	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
12-ENE-2021	12-ENE-2022		$200.000.000,00	$0,00	$200.000.000,00

DOCUMENTO DE:	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE	HASTA
POLIZA NUEVA	No aplica	12-ENE-2022

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: 10% de la pérdida, mínimo 2000000 SMMLV.

Siendo las cosas de ese modo, si en gracia de discusión naciera obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, esta no podrá exceder el límite del valor asegurado, porque con ello, además, se garantiza el equilibrio económico que llevó a la aseguradora a asumir el riesgo asegurado.

Por todo lo anterior, ruego al despacho que, si eventualmente reconociera indemnizaciones en favor de la parte actora y no diera por probadas las excepciones propuestas en este escrito, tenga en cuenta las condiciones pactadas dentro del condicionado de la póliza de seguro que vincula a mi representada al presente proceso.

12. EN CUALQUIER CASO, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA EL DEDUCIBLE PACTADO

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga

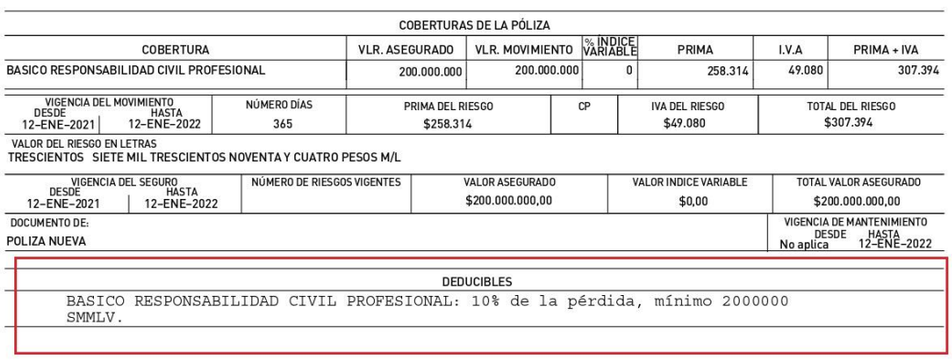
[17] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. MP. Jorge Antonio Castillo Rugeles. EXP 5952.

en cuenta el siguiente deducible pactado en el contrato de seguro, esto es 10% del valor de la pérdida, o mínimo $2.000.000 m/cte.

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

> *"Una de tales modalidades,* ***la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida****, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.*
>
> *En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a "Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes"*[18] *(Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

Para el caso en concreto se puede verificar que en la carátula de la póliza vinculada se pactó un deducible equivalente al 10% del valor de la pérdida y mínimo $2.000.000 m/cte como se observa a continuación:



COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	200.000.000	200.000.000	0	258.314	49.080	307.394

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE	HASTA	NÚMERO DÍAS	PRIMA DEL RIESGO	CP	IVA DEL RIESGO	TOTAL DEL RIESGO
12-ENE-2021	12-ENE-2022	365	$258.314		$49.080	$307.394

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
TRESCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE	HASTA	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
12-ENE-2021	12-ENE-2022		$200.000.000,00	$0,00	$200.000.000,00

DOCUMENTO DE:	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE	HASTA
POLIZA NUEVA	No aplica	12-ENE-2022

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: 10% de la pérdida, mínimo 2000000 SMMLV.

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador

[18] Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, corresponde a 10% del valor de la pérdida o mínimo $2.000.000 m/cte. Lo anterior, como consta en la respectiva póliza de seguro.

Por todo lo anterior, se solicita al Despacho tener por probada esta excepción

13. DISPONIBILIDAD DE LA SUMA ASEGURADA

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

14. EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA DE SEGURO No. 0738965-0

Por medio de la presente, se solicita al Despacho que, en caso de que en el curso del proceso se configure alguna exclusión contemplada en las condiciones particulares o generales del contrato de seguro No. 0738965-0, la declare probada, por cuanto hizo parte del negocio contractual que celebraron las partes.

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

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (artículos 1056 y 1127 del Código de Comercio), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del derecho de daños. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la póliza de seguro No. 0738965-0 en sus condiciones generales

señala una serie de exclusiones, y de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohijada.

En conclusión, de configurarse alguna de las exclusiones que constan en el clausulado general de la póliza, no podrá existir responsabilidad en cabeza del asegurador, por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la póliza de seguro No. 0738965-0 pues las partes acordaron expresamente pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

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

15. EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES

Sin que esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna, es pertinente mencionar que la obligación de la aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, convencionales o legales. Esto significa que la responsabilidad se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del respectivo contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada se limita a la suma asegurada, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de daños y responsabilidad civil contiene el estatuto mercantil, que en su Art. 1079 establece que *"(…) El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada (…)".* Por lo que el Despacho tendrá que resolver la relación sustancial que vincula a mi mandante con este proceso en atención a las condiciones de los aseguramientos por ella expedidos.

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, 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.

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 vincular a mi mandante en esta causa, al contenido de las condiciones de la póliza.

Consecuentemente la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende rigurosamente 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; por ello, al no haberse demostrado la realización del evento asegurado, inadmisible resultaría que, con fundamento en los hechos que hoy son objeto de litigio, se afecte la póliza vinculada y se le exija a mi mandante pago indemnizatorio alguno.

Ciertamente, su afectación es improcedente en este caso toda vez que, de conformidad con lo ya ampliamente explicado no se cumplen los presupuestos de la responsabilidad civil médica y, aún si se hallaren probados, no se acreditó la ocurrencia del riesgo trasladado a la Compañía. Así entonces, como no se reúnen los requisitos de la responsabilidad en cabeza de la asegurada a la evidencia obrante en el plenario, no se puede predicar responsabilidad en cabeza de la entidad y, consecuentemente de mi representada.

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

16. GENÉRICA, INNOMINADA Y OTRAS

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley en virtud de lo reglado en el artículo 282 del Código General del Proceso.

CAPITULO II:

CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA SEÑORA ANA MARÍA SAAVEDRA A SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

AL HECHO "1": Es cierto, así consta en el auto admisorio de la demanda.

AL HECHO "2": Parcialmente cierto, la redacción de este hecho contiene diferentes afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente forma:

- Es cierto que mi representada suscribió el contrato de seguro de responsabilidad civil

instrumentalizado mediante la póliza No. 0825933-8.

- No es cierto que el contrato de seguro haya sido suscrito desde el año 2018 y se haya prorrogado de forma ininterrumpida y sucesiva hasta el año 2023. Como se puede apreciar en la prueba documental anexa al llamamiento en garantía, el documento que señala la vigencia comprendida entre los años 2018 y 2019 obedece simplemente a una cotización de póliza, como se muestra a continuación:

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad y fecha de cotización	Oficina de radicación	Número de cotización	Documento de
10/09/2018	2634		COTIZACION POLIZA NUEVA

Vigencia del seguro		Vigencia del movimiento	
Desde 24:00 Horas del 17a/09/2018	Hasta 24:00 Horas del 17a/09/2019	Desde 24:00 Horas del 17a/09/2018	Hasta 24:00 Horas del 17a/09/2019

Actividad	Moneda
Profesional de la Salud	Pesos Colombianos

ASESOR

Nombre	Código
Luis Fernando Ramirez Salazar	14013

TOMADORES

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación	Segmento	Dirección de correspondencia
Ana Maria Saavedra Villa	CC	1112772451	Negocios Personales Y Familiar	Cra 8 #9-49

SOLUCIÓN

Responsabilidad Civil Profesionales de la Salud

ASEGURADO

Ana Maria Saavedra Villa

Por lo anterior, la póliza no cuenta con la vigencia señalada por la asegurada, además, se verifica que la asegurada suscribió diferentes pólizas sin que la mayoría de ellas fueran renovadas como se explica a continuación: **i)** la póliza No. 0584496-3, con vigencia inicial del 17 de septiembre del 2018 al 17 de septiembre del 2019, posteriormente renovada para el periodo comprendido entre el 17 de septiembre de 2019 al 17 de septiembre de 2020; **ii)** la póliza No. 073895-0 vigente del 12 de enero del 2021 al 12 de enero del año 2022, y; **iii)** la póliza No. 0825933-8 vigente del 28 de marzo del 2022 al 28 de marzo del año 2023.

- Es cierto que el valor asegurado de la póliza por medio de la cual se vincula a mi representada asciende a $200.000.000 m/cte, sin embargo, debe considerarse que la póliza aplicable al presente caso es la No. 073895-0, la cual estipula en su carátula un deducible del 10% de la pérdida o mínimo $2.000.000 como se evidencia a continuación:

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	200.000.000	200.000.000	0	258.314	49.080	307.394

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE	HASTA	NÚMERO DÍAS	PRIMA DEL RIESGO	CP	IVA DEL RIESGO	TOTAL DEL RIESGO
12-ENE-2021	12-ENE-2022	365	$258.314		$49.080	$307.394

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
TRESCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE	HASTA	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
12-ENE-2021	12-ENE-2022		$200.000.000,00	$0,00	$200.000.000,00

DOCUMENTO DE:	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE	HASTA
POLIZA NUEVA	No aplica	12-ENE-2022

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: 10% de la pérdida, mínimo 2000000 SMMLV.

AL HECHO "3": No es cierto, como se mencionó anteriormente, la póliza cuenta únicamente con vigencia desde el día 28 de marzo del año 2022 al 28 de marzo del año 2023. El documento aportado por la parte demandante en el cual se señala la vigencia de la póliza desde el mes de septiembre del año 2018 obedece simplemente a una cotización que en todo caso no puede ser equiparable a la existencia de la póliza. Además, la póliza vigente para la época señalada es la No. 0584496-3.

AL HECHO "4": No es cierto, la vigencia de la póliza mediante la cual se vincula a mi prohijada inicia de forma posterior a la ocurrencia de los hechos, los cuales datan de los días 7 y 8 de septiembre de 2019, momento para el cual se encontraba vigente la póliza No. 0584496-3 que, en todo caso, no podrá ser afectada en caso de evidenciar una hipotética responsabilidad profesional de la asegurada.

AL HECHO "5": Es cierto, al momento en el que se efectuó el llamamiento en garantía la póliza por medio de la cual se vincula a mi representada se encontraba vigente.

AL HECHO "6": Es cierto, conforme se puede corroborar en el memorial poder.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente a la pretensión "1": No hay lugar a pronunciarse sobre el fondo de esta solicitud, atendiendo a que esta pretensión ya fue resuelta favorablemente por el Despacho de forma previa a la contestación de este llamamiento en garantía.

En todo caso en el plenario no obra prueba alguna que acredite las supuestas acciones u omisiones que constituyeron la alegada falla en la prestación de los servicios médicos recibidos por el señor Jander Aristizábal, es decir, no se acreditó la ocurrencia del riesgo trasladado a la Compañía. Así entonces, como no se reúnen los requisitos de la responsabilidad en cabeza de la asegurada, y puesto que esta fue totalmente diligente, de acuerdo a la evidencia obrante en el plenario, no se puede predicar responsabilidad en cabeza de la señora Ana Saavedra y, consecuentemente, de mi

representada.

Frente a la pretensión "2": ME OPONGO a que se condene a mi representada al pago de la indemnización o reembolso, como quiera que no obra prueba alguna que acredite las supuestas acciones u omisiones que constituyeron la alegada falla en la prestación de los servicios médicos recibidos por el señor Jander Aristizábal, es decir, no se acreditó la ocurrencia del riesgo trasladado a la Compañía.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO

17. AUSENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR PARTE DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. POR FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LAS PÓLIZAS CONTRATADAS

Sin perjuicio de las excepciones anteriores, y sin que implique ningún reconocimiento de responsabilidad de mi mandante, debo indicar que no existe viabilidad jurídica para reclamar el pago de una eventual condena con base en el seguro vinculado, por cuanto no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal claims made para afectarlo. Lo anterior, toda vez que los hechos objeto del presente proceso ocurrieron por fuera de la vigencia pactada en la Póliza No. 0825933-8 con la cual se vincula a mi representada, también ocurrieron de forma anterior a la vigencia de la póliza No. 0738965-0 la cual se encontraba suscrita al momento de realizar la reclamación extrajudicial a la asegurada y, adicionalmente, en el año 2019 se encontraba vigente la póliza No. 058496-3, es decir una póliza totalmente independiente de las anteriormente relacionadas.

En particular, resulta relevante tener en cuenta que la cobertura temporal en este caso indica que la responsabilidad de la aseguradora surge frente a los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales producto del ejercicio profesional, siempre y cuando los hechos hayan sucedido en el periodo de retroactividad de la póliza y la reclamación respectiva se surta durante su vigencia, es decir, la condición frente a la ocurrencia de los hechos y la fecha de reclamación deben ocurrir de forma simultánea, de lo contrario, no se satisface el requisito de temporalidad señalado. Sin embargo, los presupuestos enunciados no se cumplen en el presente caso ya que: **i)** los hechos que fundamentan la acción ocurrieron los días 7 y 8 de septiembre de 2019, es decir dentro de la vigencia la póliza No. 058496-3 comprendida entre el 17 de septiembre de 2018 y el 17 de septiembre de 2019, la cual fue posteriormente renovada con vigencia del 17 de septiembre de 2019 al 17 de septiembre de 2020; **ii)** la reclamación extrajudicial a la asegurada se efectúa el día 25 de marzo de 2021 mediante la celebración de la audiencia de conciliación extrajudicial, encontrándose vigente la póliza No. 0738965-0 desde el día 12 de enero del 2021 al 12 de enero del año 2022; **iii)** la vinculación de mi procurada se realiza en vigencia de la póliza No. 0825933-8, cuyo periodo inició el día 28 de marzo de 2022 y finalizó el día 28 de marzo de 2023 y; **iv)** adicionalmente, ninguna de las pólizas

suscritas por la asegurada con posterioridad a la ocurrencia de los hechos estipula un periodo de retroactividad que cubra la fecha de la atención médica y el lamentable deceso, motivo por el cual se entiende que el periodo de retroactividad comprende el mismo lapso que la vigencia pactada cada una de las pólizas. Por lo tanto, es evidente que los hechos ocurrieron durante la vigencia de una póliza totalmente distinta a la que operaba al momento de realizar la reclamación extrajudicial, y a la existente para el momento del llamamiento en garantía realizado a mi prohijada, de maneral tal, que la reclamación no se hizo durante el periodo de vigencia de determinada póliza, y los hechos no ocurrieron dentro del periodo de retroactividad de la misma. Estas circunstancias deberán ser tenidas en cuenta con el fin de que el juzgado, determine la ausencia de obligación por parte de la aseguradora.

Siendo consciente el legislador que en materia de derecho privado la voluntad de las partes resulta de gran trascendencia con el fin de convenir las cláusulas por las cuales se regirá el negocio que celebren, fue su voluntad plasmar de forma clara dicha libertad contractual en la normativa aplicable al contrato de seguro, es de esta forma que en el artículo 1056 del Código de Comercio dispuso:

> *"(...) Artículo 1056. Delimitación contractual de los riesgos: con las restricciones legales, el asegurador podrá, 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 (…)"*

Es posible vislumbrar en la mentada norma que el ordenamiento jurídico faculta al asegurador para delimitar los riesgos que decide asumir, ahora bien, dicha delimitación puede ser realizada en la práctica restringiendo temporalmente los hechos que pueden constituir eventualmente la ocurrencia del riesgo asegurado, en este sentido la Corte Suprema de Justicia ha expresado lo siguiente:

> *"(…) se reconoce plena autonomía al asegurador, a quien el artículo 1056 ejusdem, norma aplicable a los seguros de daños y de personas,* ***le otorgó la potestad de delimitar espacial, temporal, causal y objetivamente*** *los eventos por cuya ocurrencia se obligaría condicionalmente a indemnizar al beneficiario, pues estatuyó que podía asumir, con las restricciones legales (…)"* (Subrayado y negrita fuera del texto original)[19].

Adicionalmente, es indispensable rememorar lo que ha dicho la Corte Suprema de Justicia sobre la modalidad de cobertura Claims Made:

> "*Acorde con el artículo 1127 del Código de Comercio, el seguro de responsabilidad civil "impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en*

[19] Corte Suprema de Justicia Sala Civil. Sentencia SC 4527 del 23 de noviembre de 2020. Rad.: 2011-00361.01.

que incurra (...)", al paso que el canon 1131 ejusdem instituye que "[e]n el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado".

Por lo dicho, tradicionalmente estos seguros amparan el riesgo de detrimento patrimonial del asegurado, originado en un "hecho externo", dañoso, indudablemente, acontecido durante la vigencia de la póliza (seguro basado en la ocurrencia). ***Sin embargo, las razones que expuso esta Sala en la Sentencia CSJ SC10300-2017, 18 de julio, llevaron al legislador patrio a viabilizar pactos orientados a "limitar temporalmente la garantía asegurativa****".*

En efecto, el artículo 4º de la Ley 389 de 1997 consagró que "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".*

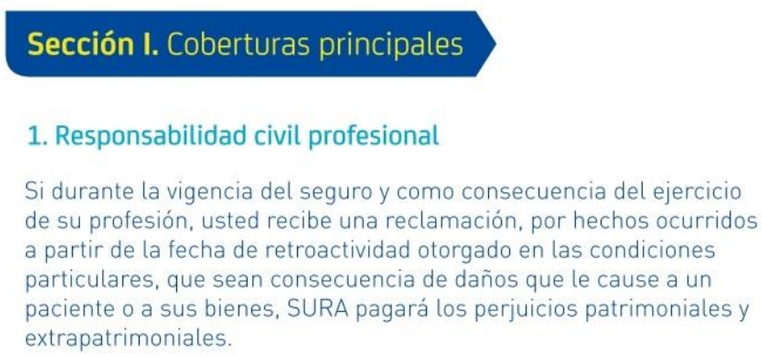
Esa norma franqueó el paso a dos tipologías negociales distintas al tradicional seguro basado en la ocurrencia. ***En la primera de ellas, la aseguradora se obliga a mantener indemne el patrimonio del asegurado frente a la responsabilidad originada en un "hecho externo" que le sea imputable, sin importar la época de su ocurrencia, siempre y cuando la víctima del evento dañoso formule la reclamación al asegurado, o al asegurador, durante la vigencia de la póliza (modalidad claims made).***

En la segunda, la aseguradora asume la protección del patrimonio del asegurado frente a débitos relacionados con un "hecho externo" que le sea imputable, siempre y cuando (i) ese "hecho externo" sobrevenga en vigencia de la póliza, y (ii) la víctima del evento dañoso formule reclamación al asegurado, o al asegurador, dentro de un lapso convenido, contado partir de la expiración del término contractual, y que no puede ser inferior a dos años (modalidad de ocurrencia sunset).

Teniendo en cuenta, que para la primera de esas tipologías (pólizas claims made), no es trascendente el momento en el que "acaezca el hecho externo imputable al asegurado", ***resulta posible que la aseguradora indemnice desmedros patrimoniales cuyo origen se sitúa en eventos dañosos acaecidos con***

antelación a la celebración del contrato de seguro, siempre y cuando, claro está, la reclamación de la víctima se presente durante su vigencia". (Resaltado intencional).

En el presente caso debe tenerse en cuenta que las diferentes pólizas contratadas por la llamante en garantía instrumentalizan el seguro de responsabilidad civil para profesionales de la salud frente al cual, bajo las prerrogativas otorgadas por la misma ley y desarrolladas por la jurisprudencia, Seguros Generales Suramericana S.A. estableció en las condiciones generales la cobertura temporal en la modalidad claims made, delimitando su responsabilidad frente a las reclamaciones realizadas dentro de la vigencia de la póliza por hechos ocurridos a partir de su fecha de retroactividad como se verifica a continuación:


Sección I. Coberturas principales

1. Responsabilidad civil profesional

Si durante la vigencia del seguro y como consecuencia del ejercicio de su profesión, usted recibe una reclamación, por hechos ocurridos a partir de la fecha de retroactividad otorgado en las condiciones particulares, que sean consecuencia de daños que le cause a un paciente o a sus bienes, SURA pagará los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales.

Con el fin de verificar el cumplimiento del requisito de la cláusula claims made, se hace necesario señalar la vigencia de cada una de las pólizas contratadas por la señora Ana Saavedra y verificar si las mismas establecen una fecha de retroactividad, en ese sentido, frente a las pólizas de responsabilidad civil para profesionales de la salud se tiene la siguiente información:

- Póliza No. 0584596-3, esta póliza tuvo una vigencia comprendida inicialmente entre el 17 de septiembre de 2018 y el 17 de septiembre del 2019, posteriormente, fue renovada con una vigencia comprendida entre el 17 de septiembre de 2019 y el 17 de septiembre del 2020. En ninguna de las vigencias mencionadas se determinó un periodo de retroactividad como se muestra a continuación

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN			PÓLIZA NÚMERO
CARTAGO, 17 DE SEPTIEMBRE DE 2018			0584596-3/
INTERMEDIARIO	CÓDIGO	OFICINA	DOCUMENTO NÚMERO
LUIS FERNANDO RAMIREZ SALAZAR	14013	2634	12977918

TOMADOR Y ASEGURADO			CEDULA
ANA MARIA SAAVEDRA VILLA			1112772451
BENEFICIARIO			
TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO		CIUDAD	TELÉFONO
CR 8 9-49 BRR SN NICOLAS		CARTAGO	2094953
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO	CIUDAD	DEPARTAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR
CL 9 C # 50 25	CALI	VALLE DEL CAUCA	SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD			CÓDIGO ACTIVIDAD
HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES			9 – 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO			RIESGO No
ENFERMERO			1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	200.000.000	200.000.000	0	258.314	49.080	307.394

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE	HASTA	NÚMERO DÍAS	PRIMA DEL RIESGO	CP	IVA DEL RIESGO	TOTAL DEL RIESGO
17-SEP-2018	17-SEP-2019	365	$258.314		$49.080	$307.394

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
TRESCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE	HASTA	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
17-SEP-2018	17-SEP-2019		$200.000.000,00	$0,00	$200.000.000,00

DOCUMENTO DE:	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE	HASTA
POLIZA NUEVA	No aplica	17-SEP-2019

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN			PÓLIZA NÚMERO
CARTAGO, 07 DE NOVIEMBRE DE 2019			0584596-3/
INTERMEDIARIO	CÓDIGO	OFICINA	DOCUMENTO NÚMERO
LUIS FERNANDO RAMIREZ SALAZAR	14013	2634	13173712

TOMADOR Y ASEGURADO			CEDULA
ANA MARIA SAAVEDRA VILLA			1112772451
BENEFICIARIO			
TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO		CIUDAD	TELÉFONO
CR 8 9-49 BRR SN NICOLAS		CARTAGO	2094953
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO	CIUDAD	DEPARTAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR
CL 9 C # 50 25	CALI	VALLE DEL CAUCA	SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD			CÓDIGO ACTIVIDAD
HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES			9 – 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO			RIESGO No
ENFERMERO			1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	200.000.000	200.000.000	0	258.314	49.080	307.394

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE	HASTA	NÚMERO DÍAS	PRIMA DEL RIESGO	CP	IVA DEL RIESGO	TOTAL DEL RIESGO
17-SEP-2019	17-SEP-2020	365	$258.314		$49.080	$307.394

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
TRESCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE	HASTA	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
17-SEP-2019	17-SEP-2020		$200.000.000,00	$0,00	$200.000.000,00

DOCUMENTO DE:	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE	HASTA
RENOVACION DE POLIZA	No aplica	17-SEP-2020

Se precisa que los hechos objeto de la demanda ocurrieron entre los días 7 y 8 de septiembre de 2019, es decir, cuando se encontraba vigente la póliza nueva referida en este acápite, sin embargo, no existe ninguna reclamación realizada durante el periodo de vigencia inicial o durante la vigencia de la renovación de la póliza.

- Póliza No. 0738965-0, esta póliza tuvo una vigencia comprendida entre el 12 de enero de 2021 y el 12 de enero del 2022, sin que se haya determinado un periodo de retroactividad como se muestra a continuación

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN			PÓLIZA NÚMERO
CARTAGO, 12 DE ENERO DE 2021			0738965-0/
INTERMEDIARIO	CÓDIGO	OFICINA	DOCUMENTO NÚMERO
LUIS FERNANDO RAMIREZ SALAZAR	14013	2634	13402215

TOMADOR Y ASEGURADO			CEDULA
ANA MARIA SAAVEDRA VILLA			1112772451
BENEFICIARIO			
TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO		CIUDAD	TELÉFONO
CRA 8 9 49		CARTAGO	2094953
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO	CIUDAD	DEPARTAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR
CL 9 C # 50 25	CALI	VALLE DEL CAUCA	SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD			CÓDIGO ACTIVIDAD
HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES			9 - 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO			RIESGO No
ENFERMERO			1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% ÍNDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	200.000.000	200.000.000	0	258.314	49.080	307.394

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE	HASTA	NÚMERO DÍAS	PRIMA DEL RIESGO	CP	IVA DEL RIESGO	TOTAL DEL RIESGO
12-ENE-2021	12-ENE-2022	365	$258.314		$49.080	$307.394

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
TRESCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE	HASTA	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
12-ENE-2021	12-ENE-2022		$200.000.000,00	$0,00	$200.000.000,00

DOCUMENTO DE:	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE	HASTA
POLIZA NUEVA	No aplica	12-ENE-2022

DEDUCIBLES

Frente a esta póliza se resaltan dos circunstancias: **i)** durante su vigencia se realiza la reclamación extrajudicial a la asegurada, concretamente el día 25 de marzo de 2021, y; **ii)** no se determinó un periodo de retroactividad, por lo cual se entiende que este periodo es igual al de la vigencia de la póliza, por lo tanto, los hechos habrían ocurrido por fuera de dicho término.

- Póliza No. 0825933-8, esta póliza tuvo una vigencia comprendida entre el 28 de marzo de 2022 y el 28 de marzo del 2023, sin que se haya determinado un periodo de retroactividad como se muestra a continuación

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN			PÓLIZA NÚMERO
CARTAGO, 28 DE MARZO DE 2022			0825933-8/
INTERMEDIARIO	CÓDIGO	OFICINA	DOCUMENTO NÚMERO
LUIS FERNANDO RAMIREZ SALAZAR	14013	2634	13633932

TOMADOR Y ASEGURADO			CEDULA
ANA MARIA SAAVEDRA VILLA			1112772451
BENEFICIARIO			
TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO		CIUDAD	TELÉFONO
CRA 8 9 49		CARTAGO	2094953
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO	CIUDAD	DEPARTAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR
CL 9 C # 502 5	CALI	VALLE DEL CAUCA	SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD			CÓDIGO ACTIVIDAD
CONSULTORIOS MEDICO, ODONTOLOGICOS, SIQUIATRICOS Y SICOLOGICOS, CLINICAS VETERINARIAS			9 - 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO			RIESGO No
ENFERMERO			1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% ÍNDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	200.000.000	200.000.000	0	258.310	49.079	307.389

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE	HASTA	NÚMERO DÍAS	PRIMA DEL RIESGO	CP	IVA DEL RIESGO	TOTAL DEL RIESGO
28-MAR-2022	28-MAR-2023	365	$258.310		$49.079	$307.389

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
TRESCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE	HASTA	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
28-MAR-2022	28-MAR-2023		$200.000.000,00	$0,00	$200.000.000,00

DOCUMENTO DE:	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE	HASTA
POLIZA NUEVA	No aplica	28-MAR-2023

DEDUCIBLES

Mediante esta póliza se vincula a mi representada al proceso que ocupa nuestra atención, no obstante se constata que: **i)** No es susceptible de afectarse debido a que se efectuó previamente

reclamación extrajudicial el día 25 de marzo de 2021, siendo necesario que la eventual obligación condicional de mi prohijada se analice con fundamento en la póliza vigente para la época; **ii)** en todo caso, la póliza por medio de la cual se vincula a la compañía aseguradora al proceso no determinó un periodo de retroactividad, por lo cual se entiende que este periodo es igual al de la vigencia de la póliza, por lo tanto, los hechos habrían ocurrido por fuera de dicho término.

En concordancia con lo anterior, la ocurrencia de los hechos tuvo lugar en los días 7 y 8 de septiembre de 2019, por lo tanto, estos sucedieron antes de la vigencia de la póliza No. 0738965-0, contratada para el momento de la reclamación extrajudicial.

Conforme a lo manifestado, la reclamación extrajudicial a la asegurada ocurrió por fuera de la vigencia de la póliza que, para el caso concreto, resulta ser el mismo periodo de retroactividad. Así, debe recordarse que las pólizas concertadas bajo la modalidad de cobertura denominada *claims made* o de reclamación exigen la concurrencia de los siguientes requisitos para ofrecer cobertura a un evento determinado: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro del período de retroactividad pactado; y, (ii) que se realice la reclamación dentro de la vigencia de la póliza. Así las cosas, este tipo de pólizas requiere la verificación de ambos requisitos de forma concurrente, por lo que la ocurrencia de los hechos por fuera de dicho término impide la configuración de cobertura temporal del seguro sin importar que la reclamación se haya conocido por primera vez en la vigencia del mismo.

En este orden de ideas, no existe viabilidad jurídica para reclamar el pago de una eventual condena con base en el seguro vinculado, por cuanto no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal claims made para afectarlo. La limitación temporal en este caso indica que serán cubiertas los perjuicios ocasionados por hechos ocurridos durante el periodo de retroactividad pactado en la póliza, cuya reclamación extrajudicial o judicial se realice durante la vigencia de la misma. Sin embargo, ninguno de estos presupuestos se materializa en este caso, por lo tanto, estas circunstancias deberán ser tenidas en cuenta con el fin de que el juzgado, determine la ausencia de obligación por parte de la aseguradora.

De lo anterior se concluye de manera acertada que los hechos por los cuales se reclama una indemnización alegando la existencia de responsabilidad civil en cabeza del llamante en garantía sucedieron por fuera del marco temporal delimitado en la póliza por parte de la aseguradora para establecer su eventual responsabilidad consistente en el pago de una indemnización o, de ser el caso, proceder con el reembolso a favor del asegurado, incumpliéndose los requisitos pactados en la modalidad claims made, razón por la que el juez deberá declarar probada esta excepción y acto seguido, abstenerse de condenar a Seguros Generales Suramericana S.A. al pago de cualquier suma de dinero.

Por lo mencionado, solicito declarar probada esta excepción.

18. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA, POR CUANTO NO SE HA CONFIGURADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD PARA PROFESIONALES DE LA SALUD No. 0738965-0

No existe obligación indemnizatoria a cargo de la Compañía Aseguradora respecto de la póliza de responsabilidad para profesionales de la salud no. 0738965-0, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en la póliza, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al asegurado, puesto que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de la señora asegurada Ana María Saavedra. Lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado.

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

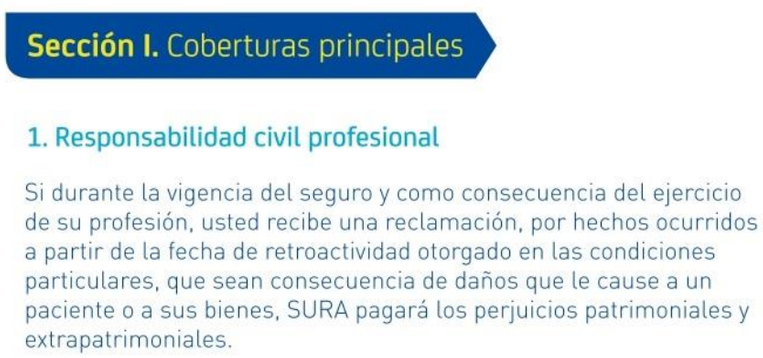
Ahora bien, el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro: "*(…) ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado (…)"*. De tal manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes. En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

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

algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...)".[20] *(Énfasis propio).*

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones bajo las cuales asumen los mismos. Así las cosas, se evidencia que la cobertura principal de la Póliza de responsabilidad civil para profesionales de la salud No. 0738965-0 es amparar la responsabilidad civil imputable al asegurado derivada del ejercicio profesional, tal y como se expone a continuación:



Como podemos apreciar, la póliza de responsabilidad civil para profesionales de la salud se extiende exclusivamente a cubrir los perjuicios causados en virtud de la responsabilidad en que incurra el asegurado como consecuencia del ejercicio de su profesión, por reclamaciones realizadas durante la vigencia de la póliza, con fundamento en hechos ocurridos a partir de la fecha de retroactividad estipulada en las condiciones particulares, responsabilidad que en este caso nunca existió, pues es evidente la ausencia de los elementos esenciales para la configuración del título de imputación alguno en contra de la asegurada.

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

Lo anterior, debido a que no hay ningún tipo de evidencia en el plenario que dé cuenta que el fallecimiento del señor Jander Aristizábal ocurrió por la mala atención médica de la asegurada o los demás demandados, al contrario, al apreciar la historia clínica aportada tanto con la demanda como con las contestaciones de la entidad de salud y de los demandados, se verifica que al señor Jander le fue practicado en más de una ocasión el electrocardiograma respectivo, el cual no señaló resultados que ameritaran llevar a cabo otro tipo de exámenes, adicionalmente, los exámenes practicados y las remisiones a consulta prioritaria eran concordantes con los síntomas presentados por el paciente y la información sobre sus antecedentes, la cual fue oculta al momento de acudir a la consulta en la que fuere atendido por la señora Ana Saavedra como se refleja en el reporte de triage del 8 de septiembre de 2019 que se trae a colación:

REPORTE DE TRIAGE

No. y Hora Turno: ADUL23 08/09/2019 11:36:32 a. m.

INFORMACIÓN GENERAL			☑ Confirmado	☐ Paciente Ausente	
Centro Atención:	SEDE CALLE9C NO 50-25	**Nº Triage:**	622488	**Fecha del Triage:**	08/09/2019 11:48:22 a. m.
Documento:	16775248	**Paciente:**	JANDER ALBERTO ARISTIZABAL POSADA	**Edad:**	49 Años
Entidad:	COOMEVA EPS SA	**Municipio:**	SANTIAGO DE CALI	**Dapartamento:**	VALLE
Conducta:	Ninguna	**Clasificación:**	**IV PRIORITARIA**		
SIGNOS VITALES					
Tensión Arterial:	137/85	**Frecuencia Cardiaca:**	65	**Frecuencia Respiratoria:**	19 **Temperatura:** 36
SO2:	99	**Estado de Conciencia:**	Alerta	**Peso (kg):**	0,0000 ☐ Aliento a Alcohol
Motivo Consulta:	PACIENTE CON CC DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE A DOLOR EN EL PECHO OPRESIVO HOY NIEGA SIN IRRADIACION, NIEGA ANTECEDENTES PATOLOGICOS, NIEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, EL DIA DE AYER CONSULTA POR MISMO DOLOR SE TOMA EKG EN PRIORITARIA Y EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SIN ENCONTRAL ALTERACIONES				
Observaciones:	SE DIRECCIONA A CITA MEDICA PRIORITARIA EN SINERGIA SALUD SANTA CLARA DIRECCION: CALLE 13 DIAG 23-130 SECTOR LA LUNAHORARIO: DESDE LAS 6: 00 AM HASTA LAS 10: 00 PM				
Hallazgos Positivos al Examen:	SE TOMA EKG SE COMENTA CON MEDICO DE TURNO NO ALTERACION DEL ST QUIEN INDICA RE CONSULTA AL SERVICIO DE PRIORITARIA , PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO FACIES DE DOLOR, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, NO DIAFORESIS,				
ANTECEDENTES					

Corolario de lo expuesto es que la parte demandante no demostró la responsabilidad civil médica en cabeza de asegurado al no haber aportado las pruebas idóneas que den cuenta de la supuesta falla en la atención médica, por lo tanto, tampoco acreditó la ocurrencia del siniestro, es decir, del riesgo asegurado en la póliza de RC, siendo improcedente su afectación.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro. Es decir, que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, 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 Póliza con la cual fue vinculada mi prohijada al proceso.

En conclusión, para el caso en estudio debe señalarse que la póliza de responsabilidad civil para profesionales de la salud No. 0825933-8 no podrá ser afectada por cuanto la parte actora no demostró la realización del riesgo asegurado, pues no se ha presentado un evento en el cual haya sido declarada la responsabilidad civil del asegurado.

Por todo lo anterior, solicito comedidamente al Despacho declarar probada la presente excepción.

19. EL SEGURO CONTENIDO EN LA PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD No. 0738965-0 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 que sirvió de soporte a la presente demanda. Lo anterior, como se consagra en el artículo 1088 del Código de Comercio, establece que jamás el seguro podrá constituir fuente de enriquecimiento. Asimismo, el artículo 1127 ibidem, sólo obliga al asegurador a indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con ocasión de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley, siempre que no esté expresamente excluido en el contrato de seguro. Por lo tanto, con esa condición suprema, la responsabilidad del asegurador que se enmarca dentro del límite máximo asegurado, consistente en la obligación de pagar la indemnización, alcanzará solo hasta el monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado, como lo ordena el artículo 1089 ibidem, también infringida por la parte activa de esta acción.

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

> *"(...)* ***Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio****. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato (...)"*[21] (Negrita por fuera de texto).

Es importante mencionar que la materia propia del seguro que sirvió de fundamento a la presente acción, de acuerdo con la naturaleza del riesgo que se protege, es de contenido puramente indemnizatorio conforme a lo preceptuado en el artículo 1088 del Código de Comercio y sólo podrá ser afectado según lo reza el artículo 1127 ibidem. 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.

[21] CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065.

En vista de lo anterior, para el caso concreto, como se expuso en las excepciones de fondo planteadas frente a la demanda, las pretensiones que se busca sean reconocidas por el actor del presente pleito están indebidamente cuantificadas, no sólo por la orfandad probatoria con la que se pretenden demostrar, sino porque supera totalmente los baremos jurisprudenciales reiterados en muchas oportunidades por la Corte Suprema de Justicia, Sala de casación Civil. Esto supone a todas luces un enriquecimiento injustificado de los demandantes. En consecuencia, al encontrarse una indebida pretensión de enriquecimiento con base en un contrato de seguro, se vulnera la disposición que establece el carácter meramente indemnizatorio del mismo.

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

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

20. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

Se propone esta excepción, sin que con ello se esté comprometiendo mi procurada, a fin de manifestar que la obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora sólo surge cuando efectivamente el riesgo amparado en el contrato de seguro fue efectivamente realizado, en los términos de su cobertura y no opere ninguna causal legal o convencional de exclusión o inoperancia del mismo. Así las cosas, si hubiere lugar a la responsabilidad de la Compañía, la misma se sujetará a lo consignado al tenor literal la póliza y, por tanto, a las condiciones particulares de la misma, entre ellas, a la suma asegurada, el deducible y las exclusiones que se hayan pactado.

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

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

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

> *"(…) Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización (…)"*[22].

En orden de lo comentado, las condiciones estipuladas en la póliza No. 0738965-0, expedida por Seguros Generales Suramericana, indicarán el límite de su obligación indemnizatoria, en el remoto caso en que se profiera una sentencia en su contra. Tales condiciones fueron establecidas así:

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	200.000.000	200.000.000	0	258.314	49.080	307.394

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE	HASTA	NÚMERO DÍAS	PRIMA DEL RIESGO	CP	IVA DEL RIESGO	TOTAL DEL RIESGO
12-ENE-2021	12-ENE-2022	365	$258.314		$49.080	$307.394

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
TRESCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE	HASTA	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
12-ENE-2021	12-ENE-2022		$200.000.000,00	$0,00	$200.000.000,00

DOCUMENTO DE:	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE	HASTA
POLIZA NUEVA	No aplica	12-ENE-2022

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: 10% de la pérdida, mínimo 2000000 SMMLV.

Siendo las cosas de ese modo, si en gracia de discusión naciera obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, esta no podrá exceder el límite del valor asegurado, porque con ello, además, se garantiza el equilibrio económico que llevó a la aseguradora a asumir el riesgo asegurado.

Por todo lo anterior, ruego al despacho que, si eventualmente reconociera indemnizaciones en favor de la parte actora y no diera por probadas las excepciones propuestas en este escrito, tenga en

[22] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. MP. Jorge Antonio Castillo Rugeles. EXP 5952.

cuenta las condiciones pactadas dentro del condicionado de la póliza de seguro que vincula a mi representada al presente proceso.

Solicito al Despacho declarar probada esta excepción.

21. EN CUALQUIER CASO, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA EL DEDUCIBLE PACTADO

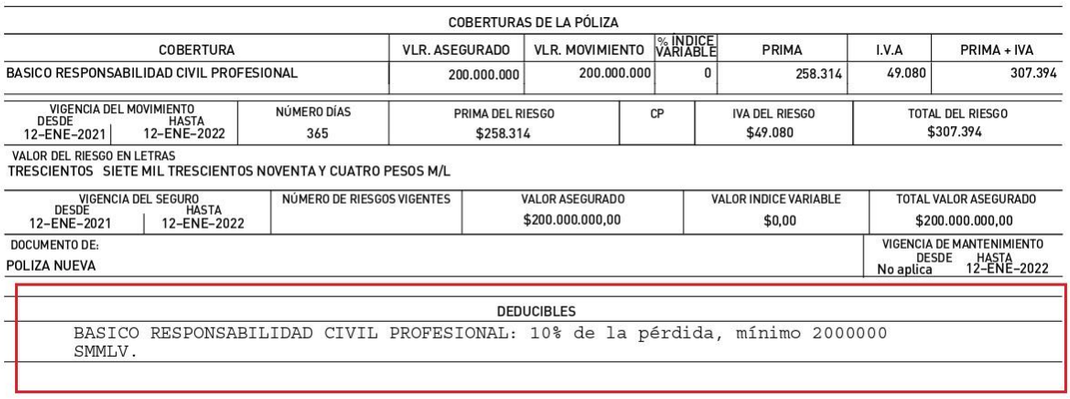
Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el siguiente deducible pactado en el contrato de seguro, esto es 10% del valor de la pérdida, o mínimo $2.000.000 m/cte.

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

> *"Una de tales modalidades,* ***la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida****, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.*
>
> *En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a "Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes"*[23] *(Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

[23] Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

Para el caso en concreto se puede verificar que en la carátula de la póliza vinculada se pactó un deducible equivalente al 10% del valor de la pérdida y mínimo $2.000.000 m/cte como se observa a continuación:



COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% ÍNDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	200.000.000	200.000.000	0	258.314	49.080	307.394

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE	HASTA	NÚMERO DÍAS	PRIMA DEL RIESGO	CP	IVA DEL RIESGO	TOTAL DEL RIESGO
12-ENE-2021	12-ENE-2022	365	$258.314		$49.080	$307.394

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
TRESCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE	HASTA	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
12-ENE-2021	12-ENE-2022		$200.000.000,00	$0,00	$200.000.000,00

DOCUMENTO DE:	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE	HASTA
POLIZA NUEVA	No aplica	12-ENE-2022

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: 10% de la pérdida, mínimo 2000000 SMMLV.

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, corresponde a 10% del valor de la pérdida o mínimo $2.000.000 m/cte. Lo anterior, como consta en la respectiva póliza de seguro.

Por todo lo anterior, se solicita al Despacho tener por probada esta excepción.

22. DISPONIBILIDAD DE LA SUMA ASEGURADA

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

23. EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA DE SEGURO No. 0738965-0

Por medio de la presente, se solicita al Despacho que, en caso de que en el curso del proceso se configure alguna exclusión contemplada en las condiciones particulares o generales del contrato de seguro No. 0738965-0, la declare probada, por cuanto hizo parte del negocio contractual que celebraron las partes.

En materia de seguros, el asegurador según el artículo 1056 del Código de Comercio podrá a su

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

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (artículos 1056 y 1127 del Código de Comercio), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del derecho de daños. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la póliza de seguro No. 0738965-0 en sus condiciones generales señala una serie de exclusiones, y de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohijada.

En conclusión, de configurarse alguna de las exclusiones que constan en el clausulado general de la póliza, no podrá existir responsabilidad en cabeza del asegurador, por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la póliza de seguro No. 0738965-0 pues las partes acordaron expresamente pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

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

24. EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES

Sin que esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna, es pertinente mencionar que la obligación de la aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, convencionales o legales. Esto significa que la responsabilidad se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del respectivo contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada se limita a la suma asegurada, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de daños y responsabilidad civil contiene el estatuto mercantil, que en su Art. 1079 establece que *"(…) El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada (…)".* Por lo que el Despacho tendrá que resolver la relación sustancial que vincula a mi mandante con

este proceso en atención a las condiciones de los aseguramientos por ella expedidos.

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, 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.

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 vincular a mi mandante en esta causa, al contenido de las condiciones de la póliza.

Consecuentemente la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende rigurosamente 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; por ello, al no haberse demostrado la realización del evento asegurado, inadmisible resultaría que, con fundamento en los hechos que hoy son objeto de litigio, se afecte la póliza vinculada y se le exija a mi mandante pago indemnizatorio alguno.

Ciertamente, su afectación es improcedente en este caso toda vez que, de conformidad con lo ya ampliamente explicado no se cumplen los presupuestos de la responsabilidad civil médica y, aún si se hallaren probados, no se acreditó la ocurrencia del riesgo trasladado a la Compañía. Así entonces, como no se reúnen los requisitos de la responsabilidad en cabeza de la asegurada a la evidencia obrante en el plenario, no se puede predicar responsabilidad en cabeza de la entidad y, consecuentemente de mi representada.

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

25. GENÉRICA, INNOMINADA Y OTRAS

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se

origine en la Ley en virtud de lo reglado en el artículo 282 del Código General del Proceso.

IV. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS MEDIOS DE PRUEBA DE LA DEMANDA

A. INTERVENCIÓN FRENTE A DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS

Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, nos reservamos el derecho de controvertir las pruebas documentales presentadas al proceso y participar en la práctica de las testimoniales que lleguen a ser decretadas, así como del correspondiente interrogatorio de parte e intervenir en las diligencias de ratificación y otras pruebas solicitadas.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito al H Juez, proceder de conformidad.

B. RATIFICACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS POR LA PARTE DEMANDANTE

El artículo 262 del Código General del Proceso faculta a las partes dentro de un proceso para que, si a bien lo tienen, soliciten la ratificación de los documentos provenientes de terceros aportados por la parte contraria. Vale la pena resaltar que esta disposición establece una clara consecuencia jurídica ante el evento en que una parte solicite la ratificación del documento y ello no se lleve a cabo: "(…) Artículo 262. Documentos declarativos emanados de terceros. Los documentos privados de contenido declarativo emanados de terceros se apreciarán por el juez sin necesidad de ratificar su contenido, salvo que la parte contraria solicite su ratificación (…)" Entonces, cabe resaltar que Juez sólo podrá apreciar probatoriamente los documentos cuya ratificación se solicita si efectivamente ésta se hace, como lo consagra el citado artículo; y en tal virtud, solicito al Despacho que no se les conceda valor alguno demostrativo a los documentos provenientes de terceros aportados por la parte demandante mientras esta no solicite y obtenga su ratificación, y entre ellos, de manera enunciativa enumero el siguiente:

- informe pericial médico realizado por el doctor JORGE HERNAN RAMIREZ ESCOBAR, registro medico 1646001. El cual no cumple el lleno de los requisitos del artículo 226 del Código General del proceso para que pueda ser considerado dictamen pericial, por lo tanto deberá considerarse un documento privado susceptible de la ratificación solicitada.

C. INTERVENCIÓN EN DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS

Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, nos reservamos el derecho de contradecir las pruebas documentales presentadas al proceso y participar en la práctica de las testimoniales que lleguen a ser decretadas, así como del correspondiente interrogatorio de parte e intervenir en las diligencias de ratificación y otras pruebas solicitadas.

D. CONTRADICCIÓN DE DICTAMEN

Si bien se considera que la prueba denominada “informe pericial médico realizado por el doctor JORGE HERNAN RAMIREZ ESCOBAR, registro medico 1646001” no cumple con ninguno de los requisitos contemplados en el artículo 226 del Código General del Proceso para otorgarle el valor de un dictamen pericial, en caso de que su Despacho considere lo contrario, conforme a lo establecido en el artículo 228 del Código General del Proceso, solicito de forma subsidiaria que se decrete la comparecencia a audiencia del médico Jorge Hernán Ramírez con el fin de controvertir el concepto médico aportado con el escrito de demanda referente a la prueba que debió realizarse al señor Jander Aristizábal.

V. MEDIOS DE PRUEBA SOLICITADOS Y APORTADOS POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

A. DOCUMENTALES

-Carátula de las pólizas No. 0584496-3, 0738965-0, y 0825933-8.

-Condiciones generales aplicables a las mencionadas pólizas.

B. INTERROGATORIO DE PARTE

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a las demandantes Alexandra Carmona Montoya, Ana María Aristizábal y Laura Alejandra Aristizábal, y en calidad de demandados al representante legal de Coomeva EPS en liquidación, Luis Mateo Jaramillo Orozco, Yilder Stevenson Córdoba Moreno y Ana María Saavedra Villa, para que en audiencia pública absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito, le formularé sobre los hechos de la demanda.

C. TESTIMONIALES

- Respetuosamente me permito solicitar decretar el testimonio de la doctora **DARLYN MARCELA MUÑOZ** , identificada con la cédula de ciudadanía 1.061.751.492 de Popayán, quien tiene domicilio en la ciudad de Popayán, y puede ser citada en la Carrera 2 Bis No. 4-16, o en la dirección electrónica darlingmarcela1@gmail.com cuyo objeto de prueba del testimonio será declarar sobre las características la Póliza vinculada al proceso, sobre su cobertura material y exclusiones, y sobre los hechos objetos de litigio; los límites a los valores asegurados, el deducible, la cobertura temporal de la póliza y sobre los demás aspectos relevantes sobre el particular.

- Respetuosamente me permito solicitar el decreto de los testimonios de los profesionales que se nombran a continuación quienes intervinieron en la atención brindada a la paciente y podrán testificar sobre los hechos de la demanda relacionados con la atención y estado de salud del paciente, situación que da cuenta de la pertinencia, conducencia y utilidad de la prueba. Los médicos mencionados a continuación podrán ser citados en la Calle 9 C # 50-25 Cali., o al correo electrónico centronotificaciones@christus.co:

    - Médico internista, doctor Gustavo Zafra;
    - Médico, Francisca Hurtado Hurtado;
    - Enfermera, Lixa Stefani Brinez Rodriguez.

D. DECLARACIÓN DE PARTE

En virtud de lo establecido en el artículo 165 y 198 del Código General del Proceso, solicito se decrete la declaración de parte del Representante Legal de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., para que en audiencia pública absuelva el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito le formularé sobre los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía y las excepciones formuladas. El representante legal podrá ser citado en la dirección de correo electrónica: notificacionesjudiciales@suramericana.com.co.

E. DICTAMEN PERICIAL

Conforme a lo dispuesto en el artículo 227 del Código General del Proceso *"la parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas. Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días".*

Teniendo en cuenta lo prescrito en la norma, mi representada se valdrá de dictamen pericial rendido por el profesional que designará posteriormente con el fin de determinar si los exámenes realizados al señor Jander Aristizábal fueron los indicados teniendo en cuenta los antecedentes manifestados por el paciente y los resultados médicos obtenidos.

Debido a que se debe realizar el respectivo análisis de la historia clínica, se tiene que el término para contestar el llamamiento en garantía resulta insuficiente para aportar el dictamen pericial, por lo tanto, solicito al señor juez que al momento de decretar la prueba señale el término para aportarla en un término no inferior a veinte (20) días hábiles.

VI. ANEXOS

1. Poder especial otorgado al suscrito por SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. para representar a la compañía aseguradora en el presente trámite.

2. Certificado de existencia y representación legal de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

3. Las demás relacionadas en el acápite de pruebas.

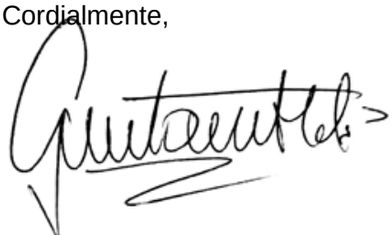
VII. NOTIFICACIONES

La parte demandante, en el lugar indicado en el escrito de demanda. El llamante en garantía en el escrito allegado.

Mi representada, SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. se recibirán notificaciones en la Carrera 63 No. 49A - 31 Piso 1 Ed. Camacol de la ciudad de Medellín. Dirección electrónica: notificacionesjudiciales@suramericana.com.co.

El suscrito recibirá notificaciones en la secretaria de su despacho o en la Avenida 6ª Bis No.35N–100 Oficina 212 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C.C No. 19.395.114 de Bogotá D.C
T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.