

Señores

JUZGADO QUINTO (5°) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

j05cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA.
DEMANDANTES: JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR Y OTROS.
DEMANDADOS: E.P.S. SANITAS S.A.S. Y OTROS.
RADICADO: 760013103005-**2022-00091**-00.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con dirección electrónica notificaciones@gha.com.co, actuando en mi calidad de Apoderado General de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**, sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT 860.028.415-5, representada legalmente por el doctor Néstor Raúl Hernández Ospina¹, con dirección de notificaciones notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** promovida por JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR Y OTROS en contra de E.P.S. SANITAS S.A.S. Y OTROS y procedo a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** que esta última hizo frente a mi representada, 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:

I. OPORTUNIDAD

Mi representada fue notificada personalmente de la admisión del llamamiento en garantía mediante correo electrónico del 17 de enero del 2024:

¹ Código General del Proceso, artículo 96 numeral 1.

De: Edgardo Jose Escamilla Soto <ejescamilla@keralty.com>

Enviado el: miércoles, 17 de enero de 2024 3:32 p. m.

Para: Notificacionesjudicialeslaequidad

<Notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop>

CC: j05cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

Asunto: NOTIFICACIÓN LLAMAMIENTO EN GARNATÍA - SEGUROS EQUIDAD - RAD
76001310300520220009100

Señores

**LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO,**

notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop

Asunto: Notificación de auto por el cual se admite un llamamiento en
garantía.

Radicado: 760013103005-2022-00091-00

Despacho: JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

Por lo anterior, el término para contestar la demanda y el llamamiento en garantía fenece el día 16 de febrero de 2024, contando los dos días de que trata la Ley 2213 de 2022. Por ende, este escrito del 15 de febrero de 2024 se radica dentro del término de traslado y de forma oportuna.

CAPÍTULO I CONTESTACIÓN FRENTE A LA DEMANDA

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA²

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

Frente al hecho “1.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, revisada la base de datos pública del ADRES se observa que el demandante está afiliado en salud a E.P.S. SANITAS S.A.S. desde el 7 de octubre de 2004:

² Código General del Proceso, artículo 96 numeral 2.

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	14955676
NOMBRES	JAIRO ENRIQUE
APELLIDOS	DE LA ROSA TOVAR
FECHA DE NACIMIENTO	****/****
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	SANTIAGO DE CALI

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	07/10/2004	31/12/2999	COTIZANTE

Además de lo anterior, en la contestación de la demanda de E.P.S. SANITAS S.A.S. se admitió este hecho como cierto.

Frente al hecho “2.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, se destaca que según la historia clínica emitida por Clínica de Occidente S.A., que obra en el plenario, el demandante nació el 26 de marzo de 1949, por lo que, para la fecha de presentación de la demanda (21 de abril de 2022) tenía la edad de 73 años. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “3.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, en el expediente reposa un Registro Civil de Matrimonio que corrobora la información vertida en este hecho.

Frente al hecho “4.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, en el expediente reposan unos Registros Civiles de Nacimiento que corroboran el vínculo de consanguinidad entre el señor Jairo Enrique de la Rosa Tovar y Graciela Blanco Restrepo con Andrés Felipe, Claudia Marcela y Jairo Enrique de la Rosa Blanco.

Frente al hecho “5.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, no obra medio de prueba alguno encaminado a confirmar la información vertida en este hecho. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “6.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin

embargo, de acuerdo con la historia clínica del demandante, conforme a las anotaciones del 12 de septiembre de 2016, el nombrado padecía los siguientes antecedentes:

2016-09-12	<p>*ANTECEDENTES*</p> <ul style="list-style-type: none">- PATOLOGICOS: REFIERE QUE LE ESTAN ESTUDIANDO NEOPLASIA OSEA ???, NEUROPATIA, LESION EN PIE DERECHO, FA PAROXISTICA.- FARMACOLOGICOS: XARELTO 20 MG DIA.- ALERGICO: BUSCAPINA- QX: COLECISTECTOMIA, ARTROSCOPIA RODILLA IZQUIERDA, APEDICETOMIA, AMIGDALECTOMIA.- TOXICOS: NIEGA
------------	---

Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “7.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, tal como se ilustró en el pronunciamiento frente al hecho anterior, el nombrado en efecto padecía antecedentes patológicos, farmacológicos, alérgicos y quirúrgicos, de modo que lo dicho por la parte actora en este hecho NO es cierto. En todo caso, desde ya solicito al despacho tener como confesión³ lo manifestado respecto al diagnóstico de *neuropatía de nervio periférico desmielinizante* desde el año 2004.

Frente al hecho “8.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento por cuanto este hecho refiere: **(i)** una presunta reunión familiar y supuestas “molestias” del demandante, que, por lo mismo, conciernen a su esfera íntima; y **(ii)** una supuesta atención médica, en la que mi procurada, en su calidad de aseguradora, no intervino ni tuvo participación alguna. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “9.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

³ Artículo 193. Confesión por apoderado judicial. La confesión por apoderado judicial valdrá cuando para hacerla haya recibido autorización de su poderdante, la cual se entiende otorgada para la demanda y las excepciones, las correspondientes contestaciones, la audiencia inicial y la audiencia del proceso verbal sumario. Cualquier estipulación en contrario se tendrá por no escrita.

Frente al hecho “10.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “11.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “12.”: ES UN HECHO AMBIGUO por cuanto no contiene circunstancias de tiempo, modo y lugar. Sin embargo, NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Además, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “13.”: ES UN HECHO AMBIGUO por cuanto no contiene circunstancias de tiempo, modo y lugar. Sin embargo, NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Además, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “14.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “15.”: ES UN HECHO AMBIGUO por cuanto no contiene circunstancias de tiempo, modo y lugar. Sin embargo, NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Además, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “16.”: ES UN HECHO AMBIGUO por cuanto no contiene circunstancias de tiempo, modo y lugar. Sin embargo, NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Además, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “17.”: ES UN HECHO AMBIGUO por cuanto no contiene circunstancias de tiempo, modo y lugar. Sin embargo, NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Además, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de

lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “18.”: ES UN HECHO AMBIGUO por cuanto no contiene circunstancias de tiempo, modo y lugar. Sin embargo, NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Además, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “19.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “20.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “21.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de

lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “22.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “23.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “24.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “25.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del

Proceso.

Frente al hecho “26.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “27.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “28.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “29.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “30.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no

le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “31.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “32.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “33.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “34.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud,

no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “35.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “36.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “37.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “38.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha atención médica aparentemente se prestó por una entidad completamente diferente a E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo que dicha actuación no le es oponible a SANITAS, la cual deviene su objeto social en el aseguramiento en salud, no en la prestación directa de servicios médicos, por lo tanto, su labor es eminentemente

administrativa y no profesional médica. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “39.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, de acuerdo a los registros y las autorizaciones dadas por parte de E.P.S. SANITAS S.A.S., se identifica que el cubrimiento del servicio de enfermería se prestó las 24 horas del día y no sólo en el día, como lo manifiesta la parte demandante. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “40.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, de acuerdo a los registros y las autorizaciones dadas por parte de E.P.S. SANITAS S.A.S., se identifica el cubrimiento del servicio de fisioterapia domiciliaria. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “41.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa la información vertida en este hecho, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, nótese que, en ninguno de los hechos antes referidos, la parte demandante cuestiona o reprocha las actuaciones de E.P.S. SANITAS S.A.S., en su calidad de asegurador en salud, pues en efecto no hubo ninguna situación que pudiera ser controvertida, censurada, criticada o recriminada, pues todas las actuaciones de E.P.S. SANITAS S.A.S. estuvieron encaminadas a velar por el cuidado en salud del paciente, ya que autorizó oportunamente todos los servicios médicos requeridos por el demandante, como era su deber legal hacerlo. Por el contrario, el presente caso se limita a cuestionar actos médicos, atenciones en salud, procedimientos llevados a cabo por galenos, pero nada se cuestiona sobre los procedimientos administrativos ejecutados por E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo tanto, dicha entidad y consecuentemente mi representada deben ser exoneradas de cualquier tipo de responsabilidad.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES⁴

El demandante no enumera sus pretensiones, por lo que procedo a oponerme frente a cada uno de sus peticiones en la misma forma y en el mismo orden en que fueron planteadas, así:

⁴ Código General del Proceso, artículo 96 numeral 2.

Frente a la pretensión “*De manera muy respetuosa, solicito a usted señor Juez que en el presente caso, se proceda a la declaración de la responsabilidad civil de carácter contractual, reconocimiento de daños y perjuicios en favor de los demandantes y en consecuencia se condene a los demandados al pago de la correspondiente indemnización de perjuicios inmateriales por todos y cada uno de los rubros que se enuncian a continuación, los cuales se han estimado de la siguiente forma*”: **ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión por carecer de fundamentos fácticos y jurídicos. Lo anterior, comoquiera que no le son fáctica ni jurídicamente atribuibles a los demandados los presuntos padecimientos del señor JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR, en tanto son inexistentes las supuestas acciones u omisiones que constituyeron la alegada falla en la prestación de los servicios médicos recibidos por el nombrado. Además: **(i)** La parte demandante no cuestiona o reprocha las actuaciones de E.P.S. SANITAS S.A.S., en su calidad de asegurador en salud, pues en efecto no hubo ninguna situación que pudiera ser controvertida, censurada, criticada o recriminada; **(ii)** Todas las actuaciones de E.P.S. SANITAS S.A.S. estuvieron encaminadas a velar por el cuidado en salud del paciente, ya que autorizó oportunamente todos los servicios médicos requeridos por el demandante, como era su deber legal hacerlo; **(iii)** El presente caso se limita a cuestionar actos médicos, atenciones en salud, procedimientos llevados a cabo por galenos, pero nada se cuestiona sobre los procedimientos administrativos ejecutados por E.P.S. SANITAS S.A.S.; **(iv)** Por lo tanto, dicha entidad y consecuentemente mi representada deben ser exoneradas de cualquier tipo de responsabilidad.

Frente al “**DAÑO MORAL**”: **ME OPONGO** de manera rotunda al reconocimiento y pago de la suma de \$ 454.263.000 por concepto de perjuicios morales a favor de los demandantes, comoquiera que no se estructuró responsabilidad alguna en cabeza de la pasiva y, por ende, no surge su obligación indemnizatoria. Pero además de lo anterior, si en gracia de discusión resultara probada la supuesta falla en que incurrió la pasiva, las sumas reclamadas son abiertamente desproporcionadas y contrarían los parámetros que jurisprudencialmente se han dictado sobre el asunto. En efecto, la Corte Suprema de Justicia accedió al reconocimiento de sumas equivalentes a SESENTA MILLONES DE PESOS (\$ 60.000.000), como consecuencia del fallecimiento de un ser querido⁵, de manera que es inadmisibles considerar que podría obtenerse lo pedido en los términos de la parte actora, cuando el presente caso comporta una gravedad mucho menor. Mientras que en el presente caso: **(i)** No existe dictamen de PCL del demandante que permita conocer, de forma más o menos objetiva, su estado actual de salud y las supuestas consecuencias de las actuaciones y omisiones endilgadas a la pasiva; **(ii)** No existen informes periciales de medicina legal que dictaminen una incapacidad provisional o definitiva del demandante, tampoco si tuvo secuelas transitorias o permanentes; **(iii)** La condición clínica del entonces paciente y la poca o nula evolución de su patología obedeció a las varias comorbilidades que padecía, entre ellas, una neuropatología periférica inespecífica; **(iv)** La condición de

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.

sus extremidades obedece de forma exclusiva al desarrollo natural y propio de sus patologías.

Frente al “**DAÑOS A INTERESES PERSONALISIMOS DE ESPECIAL RELEVANCIA CONSTITUCIONAL**”: **ME OPONGO** de manera rotunda al reconocimiento y pago de la suma de \$ 181.705.200 por este concepto indemnizatorio a favor de los demandantes, comoquiera que no se estructuró responsabilidad alguna en cabeza de la pasiva y, por ende, no surge su obligación indemnizatoria. Pero además de lo anterior, en todo caso no puede accederse al reconocimiento del daño a intereses constitucionales de especial protección que no se causaron, máxime cuando el eventual perjuicio es susceptible de ser reconocido bajo otros conceptos, ya establecidos jurisprudencialmente. En efecto, sobre este perjuicio, excepcionalmente causado, la Corte Suprema de Justicia tiene dicho que “(...) *Tal protección, sin embargo, para que sea eficaz, presupone que esta clase de daño guarde correspondencia con los valores del ordenamiento jurídico que le imprimen sentido y coherencia al sistema, lo que impone la necesidad de delimitar la extensión del resarcimiento (...)*”. Como consecuencia de lo anterior, es claro que: **(i)** NO hay lugar al reconocimiento del perjuicio, comoquiera que no se estructuró la responsabilidad civil de la pasiva, y **(ii)** en cualquier caso, no se encuentran estructurados los presupuestos necesarios para acceder al reconocimiento del mismo.

Frente al “**DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN**”: **ME OPONGO** de manera rotunda al reconocimiento y pago de la suma de \$ 181.705.200 por concepto de daño a la vida de relación a favor de los demandantes, comoquiera que no se estructuró responsabilidad alguna en cabeza de la pasiva y, por ende, no surge su obligación indemnizatoria. En todo caso, no se acreditaron los presupuestos necesarios para acceder al mismo. En efecto, 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. Pero además de lo anterior, resulta necesario destacar que la suma pretendida resulta abiertamente desproporcionada y contraría los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia, teniendo en cuenta que la mentada Corporación ha reconocido una suma igual a TREINTA MILLONES DE PESOS (\$ 30.000.000)⁶ por este perjuicio, como consecuencia del fallecimiento de un ser querido⁷, por lo que resulta evidentemente desproporcionado acceder a las sobrevaloradas pretensiones del extremo actor. Mientras que en el presente caso: **(i)** No existe dictamen de PCL del demandante que permita conocer, de forma más o menos objetiva, su estado actual de salud y las supuestas consecuencias de las actuaciones y omisiones endilgadas a la pasiva; **(ii)** No existen informes periciales de medicina legal que

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.

⁷ 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)*”.

dictaminen una incapacidad provisional o definitiva del demandante, tampoco si tuvo secuelas transitorias o permanentes; **(iii)** La condición clínica del entonces paciente y la poca o nula evolución de su patología obedeció a las varias comorbilidades que padecía, entre ellas, una neuropatología periférica inespecífica; **(iv)** La condición de sus extremidades obedece de forma exclusiva al desarrollo natural y propio de sus patologías.

Con todo, no resulta aceptable que en el hecho que motivó la controversia y que resulta mucho menos gravoso para el demandante, se tase en una suma excesiva y desbordada.

Frente al “DAÑO EMERGENTE”: ME OPONGO de manera rotunda al reconocimiento y pago de \$ 152.000.000 por concepto de daño emergente, comoquiera que, primero, no se estructura responsabilidad civil en cabeza de la pasiva y, por tanto, no nace su eventual obligación indemnizatoria y segundo, porque resulta improcedente cualquier suma que se pretenda por tal modalidad de perjuicio, como a continuación se expone: **(i)** Las presuntas razones sobre la enajenación del inmueble corresponden a un factor discrecional y propio de la esfera íntima de los actores, cuya única prueba pretende ser su propio dicho, de manera que evidentemente ninguna certeza existe sobre la causación de ese daño; y **(ii)** En todo caso, en el expediente reposan todas las autorizaciones de servicios que emitió E.P.S. SANITAS S.A.S. en favor del demandante, observándose que no existió ninguna omisión administrativa por parte de la aseguradora en salud, por lo tanto, todos los insumos que requirió el paciente fueron debida y oportunamente autorizados y suministrados por la EPS, es decir, el demandante no tuvo que incurrir en gastos propios para suplir la compra de los insumos anunciados en la demanda; **(iv)** Varias de las autorizaciones dadas por E.P.S. SANITAS S.A.S. estaban “IMPRESAS APROBADAS” lo que significa que se trataba de servicios autorizados no utilizados por el demandante; **(v)** Varias de las autorizaciones dadas por E.P.S. SANITAS S.A.S. estaban “COBRADAS” lo que significa que se trataba de servicios autorizados y utilizados por el demandante.

Los demás gastos que pretenden ser reconocidos a través de este rubro (honorarios de abogado, dictamen pericial, gastos de conciliación) pertenecen en realidad a las costas procesales, por lo que resulta improcedente y prematuro la pretensión del pago de tales presuntas erogaciones bajo esa tipología de daño, máxime cuando su liquidación corresponde a la secretaría del juzgado.

Frente a la pretensión “Sírvese señor Juez, condenar en costas y en agencias en derecho a los demandados en el caso de que la sentencia sea favorable a la parte demandante”: ME OPONGO a la prosperidad de estas peticiones de condena en costas del proceso y agencias en derecho. Reitero mi oposición, toda vez que, se repite, la parte demandada no tiene ninguna obligación indemnizatoria derivada de los hechos descritos en el escrito genitor. Por tal motivo solicito que, en vista de que no se identifica ninguna actuación que refleje la necesidad de un reproche jurídico por parte de la demandada, se

condene en costas a los demandantes, pues sometió al extremo pasivo y a mi prohijada, sin justificación ni respaldo probatorio alguno, al agotamiento innecesario de estas instancias judiciales.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

De conformidad con lo establecido en el inciso primero del artículo 206 del Código General del Proceso y con el fin mantener un equilibrio procesal, garantizar pedimentos razonables y salvaguardar el derecho de defensa de mi procurada, procedo a **OBJETAR** el juramento estimatorio de la demanda en los siguientes términos:

A) Frente al daño emergente.

Sobre el daño emergente debo indicar, tal como se manifestó al momento de oponerme en las pretensiones de la demanda, que: **(i)** Las presuntas razones sobre la enajenación del inmueble corresponden a un factor discrecional y propio de la esfera íntima de los actores, cuya única prueba pretende ser su propio dicho, de manera que evidentemente ninguna certeza existe sobre la causación de ese daño; y **(ii)** En todo caso, en el expediente reposan todas las autorizaciones de servicios que emitió E.P.S. SANITAS S.A.S. en favor del demandante, observándose que no existió ninguna omisión administrativa por parte de la aseguradora en salud, por lo tanto, todos los insumos que requirió el paciente fueron debida y oportunamente autorizados y suministrados por la EPS, es decir, el demandante no tuvo que incurrir en gastos propios para suplir la compra de los insumos anunciados en la demanda; **(iv)** Varias de las autorizaciones dadas por E.P.S. SANITAS S.A.S. estaban “IMPRESAS APROBADAS” lo que significa que se trataba de servicios autorizados no utilizados por el demandante; **(v)** Varias de las autorizaciones dadas por E.P.S. SANITAS S.A.S. estaban “COBRADAS” lo que significa que se trataba de servicios autorizados y utilizados por el demandante.

Los demás gastos que pretenden ser reconocidos a través de este rubro (honorarios de abogado, dictamen pericial, gastos de conciliación) pertenecen en realidad a las costas procesales, por lo que resulta improcedente y prematuro la pretensión del pago de tales presuntas erogaciones bajo esa tipología de daño, máxime cuando su liquidación corresponde a la secretaría del juzgado.

B) Frente a la errónea inclusión de los perjuicios extrapatrimoniales.

Como lo establece el Código General del Proceso en su artículo 206, sobre el juramento estimatorio y la cuantificación de los daños extrapatrimoniales:

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

(...)

El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales. Tampoco procederá cuando quien reclame la indemnización, compensación los frutos o mejoras, sea un incapaz”. (Negrilla y subrayado incluidos).

Como se observa en la demanda, el apoderado de la activa erróneamente incluye el valor de sus pedimentos por concepto de perjuicios inmateriales dentro del acápite del juramento estimatorio, lo que en su momento debió ser causal de inadmisión por parte del despacho. Lo anterior, pues precisamente el fin teleológico del juramento estimatorio es tasar de forma objetiva, discriminada y razonada las pretensiones materiales de la demanda, pues se supone que dentro de los medios de prueba recaudados y aportados por el apoderado demandante respaldan objetivamente lo pedido, cosa que no ocurre en el caso de marras.

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

IV. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA⁸

En primer lugar, es preciso poner en conocimiento del Honorable Juez que la defensa se abordará con la formulación de medios exceptivos divididos en dos (2) grupos. En primer lugar, se abordarán las excepciones relacionadas con los medios de defensa propuestos con ocasión a la atención médica recibida por el demandante y, en segundo lugar, en relación con las pretensiones indemnizatorias invocadas en la demanda.

Por lo anterior, se formularán las siguientes excepciones:

EXCEPCIONES FRENTE AL FONDO DEL ASUNTO

⁸ Código General del Proceso, artículo 96 numeral 3.

1. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN FORMULÓ EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI REPRESENTADA

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

2. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE E.P.S. SANITAS S.A.S., COMO CONSECUENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES QUE LE CORRESPONDEN COMO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

Lo primero que deberá tener en consideración el despacho, es que en este caso no se puede declarar la responsabilidad de E.P.S. SANITAS S.A.S. en su programa de Entidad Promotora de Salud, debido a que cumplió con todas las obligaciones que tiene como promotora de salud. Lo anterior, comoquiera que en el plenario del proceso obran pruebas documentales de las cuales se permite concluir que todas las autorizaciones requeridas por el señor JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR fueron entregadas oportunamente y sin ningún tipo de dilación o trámite administrativo adicional, además, como también obra en el plenario, el paciente sí cobró varias de las autorizaciones dadas por la E.P.S. y también se observa que el demandante no tramitó muchas autorizaciones que fueron debidamente aprobadas por la aseguradora en salud.

Esta excepción se funda, entre otros, en el hecho de que la E.P.S. SANITAS S.A.S. está siendo vinculada a este proceso con base en el aseguramiento en salud que presta como Entidad Promotora de Salud, a través del cual, en virtud de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se traslada el riesgo de salud a la E.P.S. escogida por el usuario con el ánimo que esta última lo administre y gestione en el marco del Plan de Beneficios en Salud. Plan el cual constituye las prestaciones asistenciales a las que se tiene derecho en virtud de la referida afiliación, que son brindadas a su turno, por los prestadores de servicios de salud contratados por el aseguramiento⁹.

De manera fundante en la Ley 100 de 1993, se definió el alcance de las responsabilidades asignadas a las Entidades Promotoras de Salud, indicando con total claridad que aquellas corresponden a organizar y garantizar la prestación del Plan de Salud Obligatorio hoy denominado Plan de Beneficios y girar los recursos para la atención médica de manera oportuna de sus afiliados. Así las cosas, el aseguramiento constituye todas aquellas labores

⁹ Ley 1122 de 2007. Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

administrativas que realiza la E.P.S. para garantizar que los servicios de salud requeridos por el afiliado sean dispensados por la red de I.P.S. contratadas. Siendo para ello, una de las labores más importantes, la autorización de los servicios de salud por parte de la E.P.S.

De esa manera, el alcance de las obligaciones de la E.P.S. se circunscribe a garantizar los servicios de salud requeridos por el afiliado, sin que pueda llegar a entenderse que la obligación en cabeza de la E.P.S. SANITAS S.A.S. consista en la prestación directa de los servicios médicos, pues evidentemente esta no se encuentra constituida como una I.P.S. En ese sentido, resulta evidente que lo único a lo que contractualmente se obligó la E.P.S. SANITAS S.A.S. es a administrar y gestionar el riesgo en el marco del Plan de Beneficios en Salud. El cual se constituye por las prestaciones asistenciales a las que se tiene derecho en virtud de la referida afiliación, que son brindadas a su turno, por los prestadores de servicios de salud contratados por el aseguramiento. De igual forma, es dable señalar que la Ley 1122 de 2007 trasladó a las Entidades Promotoras de Salud las obligaciones respecto del aseguramiento de los usuarios de forma exclusiva. Por lo cual, no se le transfiere la de la prestación de los servicios médicos asistenciales, diagnósticos o indicación farmacológica, sino la garantía de acceder a ellos.

De esta forma, está claro que E.P.S. SANITAS S.A.S. en su programa entidad promotora de salud no tiene la obligación de prestar directamente el servicio médico, tratamientos o asistencia, sino que únicamente se limita a garantizar la prestación del servicio de salud. En tal virtud, si con ocasión de la atención que se reciba, ya sea médica, quirúrgica u otra, se generare algún compromiso de la responsabilidad de quien brinde esos servicios, la contingencia de que surgiera una responsabilidad por ese concepto de ninguna manera compromete a E.P.S. SANITAS S.A.S. Máxime, si el que prestó el servicio no tenía vínculo alguno con esta entidad. Pues la naturaleza y el objeto del contrato que la vincula no comporta deber alguno por ese concepto.

Por consiguiente, el rasero con el que debe observarse el actuar de la E.P.S. corresponde a calificar su diligencia para autorizar y permitir la atención médica en su papel de asegurador como Entidad Promotora de Salud de quien es sólo posible deprecar su oportunidad en la facilitación de los servicios y tratamientos médicos. Así como posibilitar el acceso a los medicamentos necesarios para procurar por su bienestar, pero en ninguna circunstancia sobre la formulación, ni la cantidad de este de acuerdo con la responsabilidad asignada por la referida Ley 1122 de 2007. En este orden de cosas, la responsabilidad de E.P.S. SANITAS S.A.S. únicamente podrá comprometerse si no hubiera asumido, administrado y gestionado los riesgos del señor JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR y no hubiese realizado todas aquellas labores administrativas que realiza la E.P.S. para garantizar los servicios de salud requeridos por el afiliado. Todo esto sin perjuicio del hecho que tampoco se observa que se reúnan los elementos necesarios para que pueda haber una responsabilidad civil profesional por parte de las demás demandadas.

Ahora bien, de las pruebas obrantes en el plenario se observa que E.P.S. SANITAS S.A.S. fungió como el medio para acceder a los servicios de salud que fueron requeridos por el paciente respecto del tratamiento urológico, por lo que facilitó su acceso y garantizó por los medios administrativos y financieros para que el paciente obtuviera la atención requerida y le fueran practicados los exámenes y procedimientos necesarios para sobrellevar el tratamiento, tratarlo efectivamente y procurar por su recuperación integral.

Considerando lo anterior, puede observarse con total claridad que la E.P.S. cumplió con sus obligaciones contractuales por cuanto facilitó el acceso a la atención médica que necesitaba el señor JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR conforme a sus necesidades médicas. En efecto, dentro de este asunto, existen pruebas suficientes para determinar que E.P.S. SANITAS S.A.S. autorizó de forma oportuna todos los exámenes diagnósticos, insumos y medicamentos requeridos, atención en diferentes clínicas que contaran con médicos de mayor capacidad y experiencia, atendiendo las instrucciones y sugerencias médicas y autorizando los procedimientos médicos quirúrgicos.

Sin embargo, como se dijo antes en el pronunciamiento frente a los hechos y las pretensiones de la demanda, **en el presente caso la parte demandante nunca cuestiona o reprocha las actuaciones de E.P.S. SANITAS S.A.S.**, en su calidad de asegurador en salud, pues en efecto no hubo ninguna situación que pudiera ser controvertida, censurada, criticada o recriminada, pues todas las actuaciones de E.P.S. SANITAS S.A.S. estuvieron encaminadas a velar por el cuidado en salud del paciente, ya que autorizó oportunamente todos los servicios médicos requeridos por el demandante, como era su deber legar hacerlo. Por el contrario, el presente caso se limita a cuestionar actos médicos, atenciones en salud, procedimientos llevados a cabo por galenos, pero nada se cuestiona sobre los procedimientos administrativos ejecutados por E.P.S. SANITAS S.A.S., por lo tanto, dicha entidad y consecuentemente mi representada deben ser exoneradas de cualquier tipo de responsabilidad.

Una vez comprendido lo anterior, se puede observar que en el expediente reposan todas las autorizaciones que E.P.S. SANITAS S.A.S. dio para la atención en salud que requería JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR desde el año 2016 y hasta la fecha en que la E.P.S. contestó la demanda, evidenciando una prestación del servicio oportuna y continua:

TIPO	NUMERO DE AUTORIZACIÓN	SUCURSAL	FECHA EXPEDICION	PRODUCTO	IDENTIFICACION AFILIADO
NORMAL	211109103	OFICINA VIRTUAL CALI	1/31/2023	EPS	14955676
NORMAL	211107580	OFICINA VIRTUAL CALI	1/31/2023	EPS	14955676
NORMAL	211076170	OFICINA VIRTUAL CALI	1/31/2023	EPS	14955676
NORMAL	210495651	OF. EPS CALI SM	1/26/2023	EPS	14955676
NORMAL	209815906	OFICINA VIRTUAL CALI	1/21/2023	EPS	14955676
NORMAL	209815905	OFICINA VIRTUAL CALI	1/21/2023	EPS	14955676
NORMAL	209815904	OFICINA VIRTUAL CALI	1/21/2023	EPS	14955676
NORMAL	208963970	OFICINA VIRTUAL CALI	1/16/2023	EPS	14955676
NORMAL	208960711	OFICINA VIRTUAL CALI	1/16/2023	EPS	14955676
NORMAL	208862677	OFICINA VIRTUAL CALI	1/15/2023	EPS	14955676

Además de lo anterior, también se observan todas las autorizaciones de entregas de medicamentos que la E.P.S. autorizó para el demandante, desde el año 2016 y hasta la fecha en que la E.P.S. contestó la demanda, evidenciando que el paciente nunca debió asumir el pago de insumos, medicamentos y/o fármacos. La gran mayoría en estado “IMPRESA APROBADA”, es decir, que a pesar de su autorización por parte de la E.P.S., el paciente nunca lo reclamó:

NOMBRE AFILIADO	NOMBRE PRESTADOR	ESTADO	VIGENCIA HASTA
JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR	CRUZ VERDE SAS (CALI)	IMPRESA APROBADA	5/1/2023
JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR	CRUZ VERDE SAS (CALI)	IMPRESA APROBADA	4/1/2023
JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR	CRUZ VERDE SAS (CALI)	IMPRESA APROBADA	3/2/2023
JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR	CRUZ VERDE SAS (CALI)	IMPRESA APROBADA	5/26/2023
JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR	CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	IMPRESA APROBADA	5/20/2023
JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR	NEUROCLINICA INTEGRAL SAS	IMPRESA APROBADA	5/20/2023
JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR	CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	IMPRESA APROBADA	5/20/2023
JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR	CRUZ VERDE SAS (CALI)	IMPRESA APROBADA	4/1/2023

Pero además de lo anterior, también se observan múltiples autorizaciones “COBRADAS”, es decir, que fueron autorizadas por la E.P.S. y debidamente utilizadas o reclamadas por el demandante:

JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR	CLINICA MED SAS	COBRADA	1/28/2023
JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR	CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD SANTANGEL SAS	COBRADA	11/29/2022
JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR	WOUND CLINIC SAS	COBRADA	10/29/2022
JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR	CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD SANTANGEL SAS	COBRADA	10/29/2022
JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR	CRUZ VERDE SAS (CALI)	IMPRESA APROBADA	12/7/2022
JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR	CRUZ VERDE SAS (CALI)	IMPRESA APROBADA	8/17/2022
JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR	CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD SANTANGEL SAS	COBRADA	9/29/2022

También se observa el listado de los medicamentos, servicios e insumos, que fueron aprobados y autorizados por la E.P.S.:

PROCEDIMIENTO / MEDICAMENTO
M02AA1551C03 - DICLOFENACO SODICO 1% GEL TOP
M02AA1551C03 - DICLOFENACO SODICO 1% GEL TOP
M02AA1551C03 - DICLOFENACO SODICO 1% GEL TOP
INS836 - SILLA DE RUEDAS
890394 - CONSULTA DE CONTROL POR UROLOGIA
890274 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NEUROLOGIA
881302 - ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
INS860 - PAÑAL DESECHABLE (CUALQUIER TAMAÑO)

En el mismo medio de prueba documental, militan en el expediente las autorizaciones dadas y el lugar donde se prestó el servicio, desde el año 2016 y hasta la fecha en que la E.P.S. contestó la demanda:

Número de Radicación	Número de Factura	Tipo Cuenta	Nro Contrato	Descripción Producto	Descripción Plan	Nombres Prestador
1718477636	253-116211	EVENTO	577981	EPS	REGIMEN CONTRIBUTIVO	CLINICA COLSANITAS S A
1718477636	253-116211	EVENTO	577981	EPS	REGIMEN CONTRIBUTIVO	CLINICA COLSANITAS S A
1718477636	253-116211	EVENTO	577981	EPS	REGIMEN CONTRIBUTIVO	CLINICA COLSANITAS S A
1718477636	253-116211	EVENTO	577981	EPS	REGIMEN CONTRIBUTIVO	CLINICA COLSANITAS S A
1718477636	253-116211	EVENTO	577981	EPS	REGIMEN CONTRIBUTIVO	CLINICA COLSANITAS S A

Finalmente, se puede apreciar el tipo de servicio autorizado en favor del paciente, desde el año 2016 y hasta la fecha en que la E.P.S. contestó la demanda:

Descripción Sucursal del Prestador	Descripción Ciudad Sucursal del Prestador	Fecha Atención	Clase de Atención	Tipo de Atención	Código Diagnóstico
CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	CALI	11/21/2016	1.ELECTIVO PROGRAMADO	HOSPITALIZACION	
CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	CALI	11/21/2016	1.ELECTIVO PROGRAMADO	HOSPITALIZACION	
CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	CALI	11/21/2016	1.ELECTIVO PROGRAMADO	HOSPITALIZACION	
CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	CALI	11/21/2016	1.ELECTIVO PROGRAMADO	HOSPITALIZACION	
CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	CALI	11/21/2016	1.ELECTIVO PROGRAMADO	HOSPITALIZACION	
CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	CALI	11/21/2016	1.ELECTIVO PROGRAMADO	HOSPITALIZACION	
CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	CALI	11/21/2016	1.ELECTIVO PROGRAMADO	HOSPITALIZACION	
CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	CALI	11/21/2016	1.ELECTIVO PROGRAMADO	HOSPITALIZACION	
CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	CALI	11/21/2016	1.ELECTIVO PROGRAMADO	HOSPITALIZACION	
CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	CALI	11/21/2016	1.ELECTIVO PROGRAMADO	HOSPITALIZACION	

Como se puede observar entonces: **(i)** En la demanda no se cuestiona, reprocha, critica, censura o ataca ninguna actuación por parte de E.P.S. SANITAS S.A.S., pues en efecto cumplió a cabalidad con su deber como aseguradora en salud; **(ii)** La E.P.S. autorizó todos los procedimientos, medicamentos, insumos, traslados y atención médica requerida por el demandante, cumpliendo su labor administrativa como aseguradora en salud; **(iii)** De las autorizaciones dadas por la E.P.S. el demandante sí utilizó o cobró varios de esos servicios, pero también se observa que no reclamó muchos de ellos, observando una actitud omisiva por parte de aquel; **(iv)** La E.P.S. sigue prestando debidamente el servicio de aseguradora

en salud hasta la fecha, observándose una solución de continuidad en el servicio, de manera ininterrumpida.

En virtud de lo anterior, debe manifestar entonces que le E.P.S. SANITAS S.A.S. actuó de manera diligente y cuidadosa en la atención como entidad promotora de salud del paciente, por cuanto se cumplieron todas las funciones que estaban a su cargo para garantizar la salud del afiliado. Esto es, a través de la autorización de los tratamientos, procedimientos, traslados y dispensación de medicamentos ordenados por el personal médico de las entidades prestadoras de salud. En consecuencia, al haber cumplido satisfactoriamente con las obligaciones inherentes en su calidad de E.P.S., no puede atribuírsele ningún tipo de responsabilidad en el caso objeto de estudio.

En conclusión, no es dable endilgar responsabilidad a la E.P.S. SANITAS S.A.S., en tanto desplegó todas las actuaciones tendientes a asegurar la prestación efectiva del servicio a salud para el señor JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR, pues como se observa en el histórico de autorizaciones y dispensaciones que se encuentra obrante en el proceso, el señor JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR recibió todas las autorizaciones requeridas para su tratamiento médico. De manera que se encuentra totalmente acreditada la diligencia de la E.P.S. SANITAS S.A.S. en el transcurso de atención del demandante, por cuanto se cumplieron todas las funciones que estaban a su cargo para garantizar la salud del afiliado, puesto que se les autorizaron los servicios y exámenes que requirió y solicitó, sin imponer el más mínimo obstáculo para que efectivamente se le prestaran los servicios de salud correspondientes y finalmente, se le brindaron todos los medios para una debida, diligente y oportuna atención, apegada siempre a los más altos estándares de diligencia y cuidado médico.

3. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA Y DE RESPONSABILIDAD, DEBIDO A LA PRESTACIÓN DILIGENTE, OPORTUNA Y ACERTADA DE LAS DEMANDADAS – INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD

Se fundamenta esta excepción, en el entendido de que la responsabilidad que aquí se persigue requiere de manera indispensable la acreditación de una falla en el servicio médico, a partir de la cual se desprenda la relación de causalidad entre el daño alegado por la parte actora y la conducta desplegada por la pasiva. Sin embargo, en el presente caso, resulta imposible atribuir responsabilidad civil a la pasiva, comoquiera que, según las pruebas obrantes en el plenario, el actuar de los demandados fue oportuna, perita y diligente, y se ajustó a los protocolos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las patologías padecidas por el demandante, señor JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR.

En efecto, resulta necesario que el despacho tenga presente que, respecto de la atención

médica brindada por Clínica de Occidente S.A. al hoy demandante, se tiene que:

(i) Desde el ingreso del señor JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR, la institución ordenó la práctica de múltiples ayudas diagnósticas encaminadas a esclarecer su situación real de salud;

(ii) La institución, además, garantizó que el demandante recibiera la valoración médica necesaria por parte de todas las especialidades necesarias y relevantes para el tratamiento de su patología; específicamente, el nombrado fue observado por parte de medicina interna, terapia enterostomal, ortopedia y traumatología, infectología y neurología;

(iii) El tratamiento médico suministrado fue oportuno y adecuado para tratar las acciones de salud del demandante.

Así, además, podrá corroborarse a partir del contenido del dictamen pericial rendido adjunto a la demanda, en el que se indicó que:

Los protocolos para el diagnóstico y tratamiento fueron adecuados y fue evidente el manejo interdisciplinario, con la participación inclusive de especialistas en terapia enterostomal además de la orientación específica por *Infectología, Medicina Interna y Ortopedia*, siendo las especialidades más importantes en la intervención de este tipo de pacientes.

Como podrá observarse además en la historia clínica, el paciente estuvo en constante observación, y recibió de forma oportuna los medicamentos y tratamientos que, acorde con su situación de salud, le resultaban necesarios. Sin embargo, deberá advertirse que, dado que la obligación de los profesionales en salud es de medios y no de resultados, lo cierto es que estos no están obligados a garantizar el éxito de su intervención médica, de modo que solo podrá exigírseles que actúen con diligencia, prudencia y pericia, como en efecto ocurrió en este caso. Siendo de este modo, esto es, que no se evidencia falla médica o error en la prestación del servicio que recibió el nombrado, es claro que ninguna responsabilidad nace en cabeza de la institución demandada, muy a pesar de evidenciarse un resultado adverso en su salud.

Como consecuencia de lo anterior, y en razón a que la atención médica que se suministró al demandante fue diligente y oportuna, y la supuesta falla o error médico es inexistente, no ha nacido ni podrá nacer la responsabilidad civil que infundadamente pretende atribuirse a la pasiva.

4. INEXISTENCIA DE LA RELACIÓN CAUSAL ENTRE EL DAÑO ALEGADO POR EL EXTREMO ACTOR Y LA CONDUCTA DESPLEGADA POR EL EXTREMO PASIVO DEL LITIGIO

Se propone el presente medio exceptivo toda vez que, en atención a los argumentos arriba esbozados, resulta evidente que no existe relación de causalidad alguna entre el supuesto daño sufrido por la parte demandante y la conducta desarrollada por las demandadas. De manera específica, debe anotarse que no se estructura este elemento indispensable de la responsabilidad civil que se persigue, comoquiera que los perjuicios que se reclaman no encuentran su origen en ninguna de las conductas desplegadas por parte de E.P.S. SANITAS S.A.S. que autorizó todos los tratamientos médicos necesarios para su recuperación, ni por parte de Clínica de Occidente S.A., que atendió oportuna y diligentemente al paciente.

Lo anterior no puede perderse de vista por el despacho, toda vez que, para la imputación de la responsabilidad pretendida, es necesario acreditar la supuesta falla en que, a juicio de los actores, incurrió la parte pasiva; sin ello, y sin constituirse, en consecuencia, una relación causal que permita endilgar responsabilidad al extremo pasivo, están llamadas al fracaso todas y cada una de las pretensiones del escrito genitor.

Aunado a todo lo dicho, debe hacerse especial hincapié en que situaciones médicas como la comentada, donde la obligación del cuerpo profesional es de medio y no de resultado, el efecto de la intervención médica no pende directamente del actuar cuidadoso y perito del profesional, tal como ha precisado la Corte Suprema de Justicia¹⁰:

*“(…) A pesar de los avances en todos los campos, la complejidad del cuerpo humano impide que hoy en día la medicina sea una ciencia exacta, de ahí que se estime que **su práctica, en términos generales, corresponde a una obligación de medio.***

*Es por eso que **solo si se verifica una mala praxis surge la obligación de reparar**, entre otros eventos, cuando se deja de actuar injustificadamente conforme a los parámetros preestablecidos, eso sí, **siempre y cuando se estructuren los diferentes elementos de daño, culpa y nexa causal que contempla la ley (…)**”.* (Negritas propias).

Y en el mismo sentido la mentada Corporación ha enseñado¹¹:

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC8219-2016, radicación 11001-31-03-039-2003-00546-01 de 20 de junio de 2016. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

¹¹ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC7110-2017, radicación 05001-31-03-012-2006-00234-01, de 24 de mayo de 2017, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

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

Corolario de lo expuesto, siendo inexistente la falla médica que se alega y el nexo causal necesario para imputar responsabilidad a las demandadas, no existe razón jurídica que permita la imputación de los supuestos fácticos invocados, al extremo pasivo del litigio.

Esta excepción se funda, además de lo expuesto, en un elemento esencial y es que a quien le asiste la carga de la prueba en el caso de marras es al demandante, quien no allegó ningún medio de prueba tendiente a acreditar esto. Así las cosas, toda vez que no existe prueba alguna que acredite relación de causalidad entre el supuesto perjuicio alegado y la actuación de las entidades prestadoras de salud deben despacharse desfavorablemente las peticiones del accionante.

Por ende, la falencia de ese requisito indispensable destruye cualquier posibilidad de erigir válidamente un cargo de responsabilidad civil contra aquella. En este orden de cosas, es claro, como lo sostuvo el profesor Valencia Zea y lo ha recogido la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, que en los eventos en que existen diferentes causas de un daño, el compromiso de la responsabilidad sólo se podrá predicar respecto de quien genera la condición o causa que efectivamente lo produce. Por eso, la responsabilidad profesional médica no puede deducirse si no cuando proviene y se demuestra que fue generada por el imputado

Por otro lado, es claro que, primero, está demostrada la plena diligencia, oportunidad y profesionalismo con la que se prestó el servicio médico al paciente; en segundo lugar, se destinaron todos los medios para para procurar el bienestar del señor JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR, pues se suministraron los medios, insumos, herramientas y diferentes opciones médicas para que el demandante estuviera en óptimas condiciones, lo que nos lleva a concluir que por ningún motivo puede atribuirse responsabilidad alguna a las demandadas, dado que todas ellas actuaron de conformidad con la Lex Artis.

En conclusión, bajo ninguna circunstancia las acciones desplegadas por la pasiva de la presente acción pueden ser consideradas lesivas contra la integridad del demandante, pues por su parte se efectuaron todos los esfuerzos para procurar el bienestar del paciente. En ese orden de ideas, resulta claro que E.P.S. SANITAS S.A.S. autorizó todos los procedimientos requeridos y Clínica de Occidente S.A. desplegó todas las actuaciones

médicas necesarias y profesionalmente requeridas por el paciente demandante. De modo que, al no acreditarse uno de los elementos estructurales de la responsabilidad, esto es, el nexo causal entre la conducta de las demandadas y la no realización de la cirugía de pie no resulta posible la declaratoria de responsabilidad.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

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

Como es sabido, la jurisprudencia ha establecido que para la declaratoria de la responsabilidad que hoy se pretende (donde la obligación del cuerpo profesional es de medio y no de resultado), se impone al actor la carga de probar de manera fehaciente la realización de la falla en la prestación del servicio médico, que constituye la causa del daño que se alega. En otras palabras, tratándose de responsabilidad civil médica no existe presunción alguna que exonere al extremo actor de demostrar, además del daño y el nexo causal, el hecho configurativo de una mala práctica en el ejercicio médico. Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia¹² ha manifestado:

“(…) 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 (…)*”

Así las cosas, cuando jurídicamente se impone al extremo actor del litigio acreditar el hecho generador del daño y no existe presunción de responsabilidad en favor de la víctima, es claro que no puede derivar la misma por la simple causación de un resultado adverso con ocasión al acto médico. Es decir, muy a pesar de que se genere un hecho lamentable a raíz de la intervención médica, ello no puede responsabilizar al profesional de salud encargado,

¹² Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC7110-2017, radicación No. 05001-31-03-012-2006-00234-01. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

cuando no se evidenció la necesaria falla médica, por cuanto, como se ha manifestado, para estos casos el médico sólo está obligado a actuar con pericia y diligencia.

En síntesis, ante la ausencia de falla probada en las instituciones demandadas, no se configura responsabilidad civil en cabeza de las mismas y, por tanto, las pretensiones del escrito demandatorio deben despacharse desfavorablemente.

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

**EXCEPCIONES FRENTE A LAS PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS INVOCADAS
EN LA DEMANDA**

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

Por medio de la presente excepción se pretende demostrar al Honorable Despacho que el extremo procesal activo no acredita, argumenta, explica ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de las sumas de dinero pretendidas bajo el concepto de daño moral. Lo anterior, pues únicamente se limita a solicitar un monto a favor de los demandantes, sin que se argumente y/o sustente lo allí pretendido. Por otro lado, las sumas pretendidas bajo este concepto son exageradas y no se encuentran delimitadas ni enmarcadas de acuerdo a los lineamientos jurisprudenciales de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, pues en la demanda se solicitan \$ 90.852.600 para cada uno 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 enmarcadas dentro de los lineamientos jurisprudenciales de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, pues se solicitan valores que ni siquiera han sido reconocidos en casos excepcionales a víctimas indirectas en casos de muerte.

Se advierte que, de conformidad con las pretensiones de la demanda, se solicitan las siguientes sumas de dinero:

Para JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR (paciente):	\$ 90.852.600
Para GRACIELA BLANCO RESTREPO:	\$ 90.852.600
Para JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA BLANCO:	\$ 90.852.600
Para ANDRÉS FELIPE DE LA ROSA BLANCO:	\$ 90.852.600
Para CLAUDIA MARCELA DE LA ROSA BLANCO:	\$ 90.852.600

Resulta pertinente recordar que, con relación a la ponderación de los daños morales que pretende la parte actora, si bien la misma se encuentra deferida al recto criterio del

fallador, estas deben ser debidamente acreditadas, demostradas y tasadas por quien las pretende, teniendo en cuenta además que, este tipo de perjuicios “(...) *se trata de agravios que recaen sobre intereses, bienes o derechos que por su naturaleza extrapatrimonial o inmaterial resultan inasibles e inconmensurables (...)*”¹³. 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 (...)*”¹⁴, 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 justicia¹⁵.

Inicialmente, se debe advertir al despacho que existe una desmesurada solicitud de perjuicios morales por valor de CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS (\$ 454.263.000), lo cual es a todas luces improcedente, puesto que refleja un evidente ánimo especulativo y una errónea tasación de los perjuicios, en tanto que los mismos resultan exorbitantes según los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Suprema de Justicia. En efecto, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada y en tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto que supere los montos fijados a partir del desarrollo jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia.

Para ilustrar de forma puntual la manera en que la Corte Suprema de Justicia ha cuantificado este perjuicio, es preciso traer a colación algunos casos particulares. Así pues, en sentencia del 6 de mayo de 2016 con radicación No. 2004-00032-01, la Sala Civil de la Corte analizó el caso de una mujer de 17 años, que a raíz de las lesiones derivadas de un accidente de tránsito debió someterse a múltiples intervenciones quirúrgicas y verse obligada a usar un catéter que le atravesaba su cabeza, cuello y pecho y que le “*restringía la posibilidad de concurrir a sitios controlados por detectores magnéticos, porque estos aparatos descontrolan la válvula; se obstaculiza bañarse en piscinas, realizar actividades deportivas, tener relaciones sentimentales*”¹⁶. En esta ocasión, la Corte reconoció por concepto de daño moral el monto de QUINCE MILLONES DE PESOS (\$ 15.000.000):

“(...) resulta indudable la aflicción y congoja que a Diana Carolina Beltrán Toscano le produce la secuela dejada por el accidente de marras consistente en «perturbación psíquica de carácter permanente» y «deformidad física que afecta el cuerpo de carácter permanentes», pues es profundamente

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

¹⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 6 de mayo de 2016. Rad: 2004-032 (M.P: Luis Armando Tolosa Villabona)

¹⁵ Ídem.

¹⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 6 de mayo de 2016. Rad: 2004-032 (M.P: Luis Armando Tolosa Villabona)

penoso, mucho más para una dama en la flor de su juventud, ver en su cuerpo cicatrices que antes del insuceso no estaban y ser consciente que sus funciones psicológicas se encuentran alteradas no transitoriamente sino por el resto de sus días, así la estética médica logre arrasarlos, lo cual conlleva al quebrantamiento indiscutible de caros derechos de la personalidad y de la autoestima [...]por tanto, es procedente fijar el monto de la condena por este aspecto en la suma de quince millones de pesos (\$15.000.000) para cada demandante (...)"¹⁷

En otro proceso, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ordenó el pago a la víctima directa de QUINCE MILLONES DE PESOS (\$ 15.000.000) por concepto de daño moral a causa de la amputación de su miembro inferior izquierdo¹⁸.

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

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

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

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

¹⁸ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de octubre de 2004. Exp. 6199. M.P. Julio César Valencia Copete.

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

“(…) Los perjuicios morales subjetivados, igual que los materiales, deben aparecer demostrados procesalmente. Si bien su cuantificación económica es imposible, dada la naturaleza misma del daño, **lo cierto es que su intensidad es perfectamente demostrable**. La medicina y la psiquiatría contemporáneas pueden dictaminar casi con exactitud el grado y duración del dolor físico y psíquico (…)”²⁰. (Negrillas fuera del texto original).

Según la jurisprudencia citada, es inviable el reconocimiento de los perjuicios morales en las sumas pretendidas por la parte demandante. Pues, en primer lugar, solicitar CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS (\$ 454.263.000) para los demandantes resulta exorbitante, dado que el tope indemnizatorio fijado por la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia corresponde a \$ 60.000.000 en los casos más graves de muerte y sólo a los parientes dentro del primer grado de consanguinidad, cuando aplica. Mientras que en el presente caso: **(i)** No existe dictamen de PCL del demandante que permita conocer, de forma más o menos objetiva, su estado actual de salud y las supuestas consecuencias de las actuaciones y omisiones endilgadas a la pasiva; **(ii)** No existen informes periciales de medicina legal que dictaminen una incapacidad provisional o definitiva del demandante, tampoco si tuvo secuelas transitorias o permanentes; **(iii)** La condición clínica del entonces paciente y la poca o nula evolución de su patología obedeció a las varias comorbilidades que padecía, entre ellas, una neuropatología periférica inespecífica; **(iv)** La condición de sus extremidades obedece de forma exclusiva al desarrollo natural y propio de sus patologías. En virtud de lo anterior, las pretensiones invocadas por la parte demandante evocan un evidente ánimo especulativo.

Por los argumentos expuestos, solicito amablemente al despacho tener por probada la presente excepción.

7. IMPROCEDENCIA DE RECONOCIMIENTO DEL DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN

En el presente caso no podrá ordenarse el pago de suma alguna por concepto de indemnización por concepto de daño a la vida de relación, comoquiera que la jurisprudencia ha sido enfática en establecer que la indemnización de este perjuicio está sujeta a lo probado en el proceso. Bajo el hipotético caso en que el despacho emitiera un fallo condenatorio al extremo pasivo, de todos modos, no podría reconocerse suma alguna por concepto de daño a la vida de relación, toda vez que no se acreditaron los presupuestos necesarios para acceder a tal perjuicio. De todas maneras, la cuantificación que por este

²⁰ Tamayo, Javier. Tratado de Responsabilidad Civil. Tomo II. Prueba de los Perjuicios Morales Subjetivados. Pág. 508.

concepto solicita la parte demandante es exorbitante pues, como veremos más adelante, desatiende los baremos jurisprudenciales que, sobre el daño a la vida de relación, se ha referido la Corte Suprema de Justicia. Mientras que en el presente caso: **(i)** No existe dictamen de PCL del demandante que permita conocer, de forma más o menos objetiva, su estado actual de salud y las supuestas consecuencias de las actuaciones y omisiones endilgadas a la pasiva; **(ii)** No existen informes periciales de medicina legal que dictaminen una incapacidad provisional o definitiva del demandante, tampoco si tuvo secuelas transitorias o permanentes; **(iii)** La condición clínica del entonces paciente y la poca o nula evolución de su patología obedeció a las varias comorbilidades que padecía, entre ellas, una neuropatología periférica inespecífica; **(iv)** La condición de sus extremidades obedece de forma exclusiva al desarrollo natural y propio de sus patologías. En virtud de lo anterior, las pretensiones invocadas por la parte demandante evocan un evidente ánimo especulativo.

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

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

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

calidad de vida se ve reducida, a paso que las posibilidades, opciones, proyectos y aspiraciones desaparecen definitivamente o su nivel de dificultad aumenta considerablemente. Es así como de un momento a otro la víctima encontrará injustificadamente en su camino obstáculos, preocupaciones y vicisitudes que antes no tenía, lo que cierra o entorpece su acceso a la cultura, al placer, a la comunicación, al entretenimiento, a la ciencia, al desarrollo y, en fin, a todo lo que supone una existencia normal, con las correlativas insatisfacciones, frustraciones y profundo malestar (...)”²¹.

En efecto, 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 Justicia²² ha manifestado claramente:

*“(…) Señálese que, con el fin de evitar **antojadizas intuiciones pergeñadas a la carrera para sustentar condenas excesivas**, 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.º 2004-00032-01), aspectos todos ausentes de prueba en la foliatura.*

*Incluso, desde el libelo genitor, en que se suplicó el pago del daño a la vida de relación sufrido a raíz del accidente de tránsito (folio 26), **se advierte una falta absoluta de sustrato fáctico para soportar esta pretensión, pues el actor se limitó a señalar que encuentra postrado en una silla de ruedas (folio 27), sin mencionar sus condiciones personales -edad, deportes realizados, aficiones, nivel de vida y de sociabilización-, o las actividades sociales, culturales, recreativas o familiares que dejó de realizar después del accidente, que permitieran establecer la existencia del perjuicio causado.(…)***

*En consecuencia, ante la ausencia de certeza **sobre la forma en que se torpedeó la interacción social del demandante, resulta inviable acceder a una condena por este aspecto**, ya que para esto habría que hacer juicios hipotéticos que impiden la configuración del deber de reparar (...)” (El resaltado es propio).*

Pero además de lo anterior, resulta necesario destacar que la suma pretendida resulta abiertamente desproporcionada y contraría los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia, teniendo en cuenta que la mentada Corporación ha reconocido una

²¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 13 de mayo de 2008, radicado 11001-3103-006-1997-09327-01.

²² Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC5340 de 2018.

suma igual a treinta millones de pesos (\$ 30.000.000)²³ por este perjuicio, **como consecuencia del fallecimiento de un ser querido**²⁴, por lo que resulta evidentemente desproporcionado acceder a las sobrevaloradas pretensiones del extremo actor.

Con todo, no resulta aceptable que en el hecho que motivó la controversia y que resulta **mucho menos gravoso para el demandante**, se tase en una suma excesiva y desbordada.

Aunado a lo anterior, como se dijo antes, dentro del plenario no se observa ninguna limitación o cambio en las condiciones de vida del señor JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR con posterioridad a los hechos que sirven de base para la presente acción, ni la forma como se relaciona con el mundo, ni con las demás personas, ni consigo mismo, es decir, no se lograron estructurar ni acreditar los requisitos bajo los cuales esta tipología de perjuicios es reconocida, además y siendo muy importante: **(i)** No existe dictamen de PCL del demandante que permita conocer, de forma más o menos objetiva, su estado actual de salud y las supuestas consecuencias de las actuaciones y omisiones endilgadas a la pasiva; **(ii)** No existen informes periciales de medicina legal que dictaminen una incapacidad provisional o definitiva del demandante, tampoco si tuvo secuelas transitorias o permanentes; **(iii)** La condición clínica del entonces paciente y la poca o nula evolución de su patología obedeció a las varias comorbilidades que padecía, entre ellas, una neuropatología periférica inespecífica; **(iv)** La condición de sus extremidades obedece de forma exclusiva al desarrollo natural y propio de sus patologías. En virtud de lo anterior, las pretensiones invocadas por la parte demandante evocan un evidente ánimo especulativo.

En conclusión, no se acreditó bajo ningún medio de prueba la forma como los hechos narrados en la demanda cambiaron la vida del señor JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR, es decir, no se probó esa circunstancia de ninguna manera. Razón suficiente para que el despacho desestime las pretensiones relacionadas con reconocimiento alguno por esta tipología de perjuicios.

Por lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

8. IMPROCEDENCIA DE RECONOCIMIENTO DEL DAÑO A DERECHOS Y BIENES CONSTITUCIONALMENTE PROTEGIDOS

²³ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.

²⁴ 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)”*.

El daño a derechos y bienes constitucionalmente protegidos es una categoría de daño inmaterial desarrollada jurisprudencialmente por el Consejo de Estado. Tipología de perjuicio que proviene de la vulneración o afectación a derechos contenidos en fuentes normativas diversas, que tiene como objeto, resarcir no sólo la dignidad humana de la víctima y la de su núcleo familiar, sino en general resarcir a la sociedad y al Estado. De manera que el reconocimiento de perjuicios por esta tipología está encaminado directamente a restablecer a la víctima en el ejercicio de sus derechos. Para lo cual se imponen medidas de reparación y garantías de no repetición, es decir, no medidas de carácter pecuniario como las solicitadas la parte demandante en el presente caso. Por tanto, esta indemnización solicitada por el extremo actor es a todas luces improcedente, por cuanto, esta tipología de perjuicio está encaminada directamente a restaurar plenamente los bienes o derechos constitucionales y convencionales que se ven afectados y que se reparan principalmente a través de medidas de carácter no pecuniario. A fin de reparar no solamente a la víctima directa, sino a su familia, a la Sociedad y al Estado; lo cual no se probó que haya ocurrido en este caso.

Al respecto, el Consejo de Estado ha establecido que:

*“(…) El daño a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados tiene las siguientes características: i) Es un daño inmaterial que proviene de la vulneración o afectación a derechos contenidos en fuentes normativas diversas: sus causas emanan de vulneraciones o afectaciones a bienes o derechos constitucionales y convencionales. Por lo tanto, es una nueva categoría de daño inmaterial. ii) Se trata de vulneraciones o afectaciones relevantes, las cuales producen un efecto dañoso, negativo y antijurídico a bienes o derechos constitucionales y convencionales. iii) Es un daño autónomo (...) iv) La vulneración o afectación relevante puede ser temporal o definitiva (...). (i) **El objetivo de reparar este daño es el de restablecer plenamente a la víctima en el ejercicio de sus derechos (...)**”²⁵(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Con respecto a esta reparación, la misma corporación expuso:

“(…) La reparación de la víctima está orientada a (a) restaurar plenamente los bienes o derechos constitucionales y convencionales, de manera individual y colectiva; (b) Lograr no solo que desaparezcan las causas originarias de la lesividad, sino también que la víctima, de acuerdo con las posibilidades jurídicas y fácticas, pueda volver a disfrutar de sus derechos, en lo posible en similares condiciones en las que estuvo antes de que ocurriera el daño; (c) propender para que el futuro, la vulneración o afectación

²⁵Consejo de Estado. Sección tercera. Expediente No. 329888 del 2014

*a bienes o derechos constitucionales y convencionales no tengan lugar; y (d) buscar la realización efectiva de la igualdad sustancial (...)*²⁶

Para los fines del precitado, el Consejo de Estado ha indicado que se deben adoptar medidas de reparación integral que operen con el propósito de reconocer la dignidad de las víctimas, reprobando las violaciones a los derechos humanos y concretar la garantía de verdad, justicia, reparación, no repetición y las demás definidas por el derecho internacional. Lo anterior, confirma lo dicho en líneas precedentes sobre la errónea interpretación que le ha dado la parte demandante a esta categoría de daño inmaterial, a fin de entenderla bajo su conveniencia, cuando es claro que en este caso no se ha materializado daño a este tipo de derechos.

De otro lado, es preciso indicar que además de que es claro que en este caso no se causaron tales perjuicios, los mismos no se encuentran en ningún caso acreditados mediante prueba o elemento de juicio suficiente que permita demostrar su consumación. Puesto que es evidente que no basta con enunciar y solicitar un perjuicio para que el mismo sea reconocido, sino que debe acreditarse suficientemente dentro del proceso. Máxime cuando está establecido jurisprudencialmente que para que un perjuicio de esta tipología sea concedido, deben confluír dos factores según los términos Consejo de Estado, a saber: (i) Debe encontrarse acreditada dentro del proceso su concreción, y (ii) Debe precisarse su reparación integral. Según:

*“(...) En cuanto al daño inmaterial por afectación relevante a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados se ha establecido que se reconocerá, aún de oficio, la vulneración relevante de bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados. Procederá siempre y cuando, **se encuentra acreditada dentro del proceso** su concreción y se precise su reparación integral (...)*²⁷

Como en el caso concreto no obra prueba ni elemento de juicio que permita determinar la concreción de este tipo de daños, es apenas lógico que el Despacho proceda a desestimar esta pretensión. Más aún, cuando lo que solicita la parte demandante es una indemnización económica como reconocimiento a este tipo de perjuicios, cuando la jurisprudencia ha sido clara en establecer que una vez acreditado este daño, su reconocimiento se da a través de medidas reparatorias de carácter no pecuniario.

Igualmente, es importante resaltarle al despacho que en el improbable evento en que se encontraran consumados estos perjuicios, de todas maneras, no hay lugar al reconocimiento solicitado por la parte demandante por estos conceptos, toda vez que, este

²⁶ Consejo de Estado. Sección tercera. Expediente 32988-14. MP. Ramiro de Jesús Pazos Guerrero.

²⁷ Ibidem.

es considerado como un daño que se repara principalmente a través de medidas de carácter no pecuniario. En tal virtud, lo que se imponen ante su reconocimiento son medidas de restitución, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición. Lejos de lo pretendido por el demandante en las pretensiones de la demanda, en la que se solicitan 200 SMLMV para los demandantes, sin considerar que el Consejo de Estado ha establecido claramente que este tipo de perjuicios se repara mediante medidas reparatorias que **no son de carácter pecuniario**. Es en casos excepcionales, cuando las medidas de satisfacción no son suficientes o posibles para consolidar la reparación integral, en los que el juez otorga una indemnización económica única y exclusivamente a la víctima directa. Como lo ha indicado el Consejo de Estado frente a las medidas a imponer en caso de reconocimiento por este tipo de perjuicios:

“(...) Se le da prioridad a la reparación con medidas no indemnizatorias, las cuales operan teniendo en cuenta la relevancia del caso y la gravedad de los hechos, todo con el propósito de reconocer la dignidad de las víctimas, reprobando las violaciones de los derechos humanos y concretar la garantía de verdad, justicia, reparación, no repetición y las demás definidas por el derecho internacional (...)”²⁸

De manera que en este caso es posible concluir: **(i)** Que no procede reconocimiento por daño a bienes y derechos constitucionalmente protegidos por cuanto no se presenta la vulneración alegada; **(ii)** Que en caso de que procediera, tal reconocimiento deriva en medidas reparatorias y no de carácter pecuniario salvo decisión excepcional del juez; y finalmente **(iii)** que en caso de que los dos anteriores supuestos se encontraran probados y en ese hipotético e improbable evento procediera una indemnización, esta solo podría ser otorgada única y exclusivamente a la víctima directa. Por todo lo expuesto anteriormente, es evidente que no existe en este caso consumación alguna de este tipo de daño, y como consecuencia, no habría lugar a reconocimiento de indemnización alguna por estos perjuicios.

Solicito al señor Juez declarar probada esta excepción.

9. IMPROCEDENCIA DE PERJUICIOS MATERIALES EN LA MODALIDAD DE DAÑO EMERGENTE

Se propone esta excepción, a fin de poner presente al despacho que son improcedentes todas las acciones tendientes a obtener el reconocimiento de perjuicios en la modalidad de daño emergente, comoquiera que no existen supuestos de orden fáctico y jurídico que hagan viable la prosperidad de dichas pretensiones. Tal como se manifestó antes: **(i)** Las

²⁸ Consejo de Estado. Sección tercera. Sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014.

presuntas razones sobre la enajenación del inmueble corresponden a un factor discrecional y propio de la esfera íntima de los actores, cuya única prueba pretende ser su propio dicho, de manera que evidentemente ninguna certeza existe sobre la causación de ese daño; y **(ii)** En todo caso, en el expediente reposan todas las autorizaciones de servicios que emitió E.P.S. SANITAS S.A.S. en favor del demandante, observándose que no existió ninguna omisión administrativa por parte de la aseguradora en salud, por lo tanto, todos los insumos que requirió el paciente fueron debida y oportunamente autorizados y suministrados por la EPS, es decir, el demandante no tuvo que incurrir en gastos propios para suplir la compra de los insumos anunciados en la demanda; **(iv)** Varias de las autorizaciones dadas por E.P.S. SANITAS S.A.S. estaban “IMPRESAS APROBADAS” lo que significa que se trataba de servicios autorizados no utilizados por el demandante; **(v)** Varias de las autorizaciones dadas por E.P.S. SANITAS S.A.S. estaban “COBRADAS” lo que significa que se trataba de servicios autorizados y utilizados por el demandante. Los demás gastos que pretenden ser reconocidos a través de este rubro (honorarios de abogado, dictamen pericial, gastos de conciliación) pertenecen en realidad a las costas procesales, por lo que resulta improcedente y prematuro la pretensión del pago de tales presuntas erogaciones bajo esa tipología de daño, máxime cuando su liquidación corresponde a la secretaría del juzgado.

El daño emergente ha sido desarrollado jurisprudencialmente como la tipología de perjuicios que comprende la pérdida de elementos patrimoniales como consecuencia de los hechos dañosos. Sin embargo, se ha establecido ampliamente que para la procedencia del reconocimiento de los mismos resulta totalmente necesario acreditarlos dentro del proceso, carga que le asiste al reclamante de los perjuicios. Bajo estos derroteros, en el caso particular es completamente improcedente reconocimiento alguno a título de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta, clara y suficiente que acredite las sumas solicitadas por el extremo actor.

Es claro que la parte demandante tenía entre sus mandatos como parte actora, toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, la cuantía de los daños por los cuales se está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. A efectos de entender la tipología de dichos perjuicios, vale la pena recordar lo indicado por la Honorable Corte Suprema de Justicia con respecto a la definición del daño emergente en los siguientes términos:

“(…) De manera, que el daño emergente comprende la pérdida misma de elementos patrimoniales, las erogaciones que hayan sido menester o que en el futuro sean necesarios y el advenimiento de pasivo, causados por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad.

Dicho en forma breve y precisa, el daño emergente empobrece y disminuye

el patrimonio, pues se trata de la sustracción de un valor que ya existía en el patrimonio del damnificado; en cambio, el lucro cesante tiende a aumentarlo, corresponde a nuevas utilidades que la víctima presumiblemente hubiera conseguido de no haber sucedido el hecho ilícito o el incumplimiento (...)"²⁹.

Con fundamento de lo anterior, podemos concluir que el daño emergente comprende la pérdida de elementos patrimoniales, causada por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Lo primero que debe manifestarse frente al supuesto daño emergente que pretende reclamar la demandante a través del presente proceso es que existe un completa orfandad probatoria al respecto. Nótese que la parte activa del litigio simplemente relaciona dineros de lo que pretende por medio de la presente Litis. Por otro lado, la parte activa solicita sin fundamento alguno valores y sumas de dinero a favor de los demandantes, de forma abstracta sin indicar quien incurrió en los supuestos gastos, es decir, contrariando los fundamentos mismos del concepto indemnizatorio del daño emergente.

En ese orden de ideas, es claro que la Corte Suprema de Justicia ha establecido que, para la procedencia de reconocimiento de perjuicios a título de daño emergente, es necesario que el reclamante demuestre mediante prueba suficiente que se trata de perjuicios ciertos y no hipotéticos. Lo que no sucede en el caso en concreto, en tanto que la parte demandante solicita reconocimiento de sumas de dinero a título de daño emergente, sin que pruebe la causación de dichos perjuicios. Carga que le asiste por ser el reclamante del daño, según los términos jurisprudenciales de la Corte. Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación:

"(...) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel incumplimiento, y que los mismos sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración, como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada (...)"³⁰ (Subrayado fuera del texto original)

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

²⁹ Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 07 de diciembre de 2017. M.P. Margarita Cabello Blanco. SC20448-2017

³⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. MP. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299

“(…) Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que “(…) la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso; [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (…)”³¹ (Subrayado fuera del texto original)

En conclusión, es claro que los demandantes tenían entre sus mandatos como parte actora, toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, cada uno de los daños por los cuales está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la Ley consagra en estos casos. Lo que no sucede en el presente toda vez que se solita un daño emergente bajo una completa carencia de medios de prueba, como se dijo antes: **(i)** La supuesta enajenación del inmueble correspondió a un acto de la esfera íntima de la activa; **(ii)** La E.P.S. autorizó todos los servicios e insumos requeridos por el demandante, por lo que no tuvo que incurrir en gastos propios; **(iii)** Muchas de las autorizaciones dadas por la E.P.S. no se cobraron por el demandante y muchas sí fueron reclamadas.

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

10. 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.

CAPÍTULO II

PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR E.P.S. SANITAS S.A.S. A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO

Frente al hecho “PRIMERO”: ES CIERTO, de acuerdo al auto admisorio de la demanda del 6 de mayo de 2022.

Frente al hecho “SEGUNDO”: ES CIERTO, de acuerdo al acta de reparto y al auto admisorio de la demanda.

Frente al hecho “TERCERO”: ES CIERTO, de acuerdo al escrito de demanda, su subsanación y sus pretensiones. Sin embargo, como se explicó antes, E.P.S. SANITAS

³¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. MP Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

S.A.S. no tiene ningún tipo de responsabilidad con ocasión a los hechos narrados en la demanda, pues los demandados no cuestionan, recriminan o reprochan ninguna actuación de la E.P.S., de hecho, quedo suficientemente probado su debido actuar administrativo, autorizando todos los servicios e insumos requeridos por el demandante.

Frente al hecho “4.”: ES CIERTO parcialmente y se aclara. Mi representada sí expidió el contrato de seguro documentado en la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705, no obstante, resulta necesario advertir desde ya que dicho contrato se concertó bajo la modalidad de cobertura denominada Claims Made, con un periodo de retroactividad pactado desde el 1 de julio de 2006. Lo anterior implica que la póliza sólo podrá afectarse cuando concurren los siguientes presupuestos: (i) que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado y (ii) **que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.** Así, además, quedó expresamente consignado en la póliza:

Modalidad de cobertura: La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad 1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2006.

Así las cosas, debe precisarse desde ya que la **única vigencia** de la póliza No. AA195705 **que eventualmente ofrecería cobertura** dentro del presente proceso es la comprendida entre el **14 de septiembre de 2020 y el 14 de septiembre de 2021**. Por lo tanto, las demás vigencias aportadas como prueba documental, es decir, las vigencias comprendidas entre el 30 de agosto de 2019 al 30 de agosto de 2020, 27 de septiembre de 2021 al 27 de septiembre de 2022, 21 de febrero de 2020 al 30 de agosto de 2020, 30 de agosto de 2020 al 14 de septiembre de 2020, 14 de septiembre de 2021 al 22 de septiembre de 2021, 22 de septiembre de 2021 al 27 de septiembre de 2021 y 27 de septiembre de 2021 al 27 de septiembre 2022 **NO OFRECEN COBERTURA** para los hechos objeto de litigio, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados, toda vez que, si bien los hechos ocurrieron a partir del 1 de mayo de 2016, es decir, dentro del periodo de retroactividad, la primera reclamación al asegurado se hizo el 5 de febrero de 2021 con la celebración de la audiencia de conciliación extrajudicial llevada a cabo en el Centro de Conciliación Justicia Alternativa, es decir, por fuera el periodo de vigencia de las vigencias relacionadas.

Además, se debe tener en cuenta que la póliza no puede hacerse efectiva, toda vez que NO se configuran los elementos de la responsabilidad, no existe un hecho u omisión del cual se derive la responsabilidad del asegurado razón por la cual a mi representada no le

asiste ninguna obligación de pago. Así entonces, como no se reúnen los requisitos de la responsabilidad en cabeza de E.P.S. SANITAS S.A.S. y comoquiera que esta entidad fue totalmente diligente, de acuerdo con la evidencia obrante en el plenario, no se puede predicar responsabilidad en cabeza de la entidad y, consecuentemente de mi representada.

Por otro lado, en el referido contrato de seguro se pactó un deducible a cargo de E.P.S. SANITAS S.A.S. por un valor del 10 % del valor de la pérdida, mínimo \$ 150.000.000, quiere decir lo anterior que en el eventual y remoto caso que se profiera una condena en contra de la asegurada E.P.S. SANITAS S.A.S., mi representada sólo responderá patrimonialmente cuando se supere el valor del deducible.

Frente al hecho “QUINTO”: ES CIERTO parcialmente y se aclara. En este hecho no se mencionada ninguna fecha y es necesario hacerlo así: **(i)** Los aquí demandantes, por intermedio de apoderado, presentaron solicitud de conciliación el 25 de enero de 2021; **(ii)** La E.P.S. SANITAS S.A.S. fue notificada el 29 de enero de 2021 de la existencia del trámite conciliatorio, advirtiendo que se celebraría audiencia de conciliación el 5 de febrero de 2021; **(iii)** Con ocasión a lo anterior, E.P.S. SANITAS S.A.S. dio aviso de siniestro a mi representada el 5 de febrero de 2021, fecha en la cual se llevó a cabo la audiencia de conciliación entre los aquí demandantes y E.P.S. SANITAS S.A.S.; **(iv)** El 10 de febrero de 2021 mi representada contestó el aviso de siniestro, asignando el siniestro No. 10218569 y el caso No. 87999; **(v)** El 21 de febrero de 2021 E.P.S. SANITAS S.A.S. se pronunció sobre esa última comunicación, indicando que ya habían remitido toda la información que tenían del caso.

Frente al hecho “SEXTO”: ES PARCIALMENTE CIERTO, pues E.P.S. SANITAS S.A.S. hace parte de las empresas pertenecientes, filiales, participadas o subsidiarias del grupo, dedicadas a la prestación y administración de servicios de salud, por lo tanto, también es asegurada dentro del referido contrato de seguro.

Además, se debe tener en cuenta que la póliza no puede hacerse efectiva, toda vez que NO se configuran los elementos de la responsabilidad, no existe un hecho u omisión del cual se derive la responsabilidad del asegurado razón por la cual a mi representada no le asiste ninguna obligación de pago. Así entonces, como no se reúnen los requisitos de la responsabilidad en cabeza de E.P.S. SANITAS S.A.S. y comoquiera que esta entidad fue totalmente diligente, de acuerdo a la evidencia obrante en el plenario, no se puede predicar responsabilidad en cabeza de la entidad y, consecuentemente de mi representada.

Por otro lado, en el referido contrato de seguro se pactó un deducible a cargo de E.P.S. SANITAS S.A.S. por un valor del 10 % del valor de la pérdida, mínimo \$ 150.000.000, quiere decir lo anterior que en el eventual y remoto caso que se profiera una condena en contra de la asegurada E.P.S. SANITAS S.A.S., mi representada sólo responderá

patrimonialmente cuando se supere el valor del deducible.

Frente al hecho “SÉPTIMO”: NO ES CIERTO. Se debe tener en cuenta que la póliza no puede hacerse efectiva, toda vez que NO se configuran los elementos de la responsabilidad, no existe un hecho u omisión del cual se derive la responsabilidad del asegurado razón por la cual a mi representada no le asiste ninguna obligación de pago. Así entonces, como no se reúnen los requisitos de la responsabilidad en cabeza de E.P.S. SANITAS S.A.S. y comoquiera que esta entidad fue totalmente diligente, de acuerdo con la evidencia obrante en el plenario, no se puede predicar responsabilidad en cabeza de la entidad y, consecuentemente de mi representada.

Por otro lado, en el referido contrato de seguro se pactó un deducible a cargo de E.P.S. SANITAS S.A.S. por un valor del 10 % del valor de la pérdida, mínimo \$ 150.000.000, quiere decir lo anterior que en el eventual y remoto caso que se profiera una condena en contra de la asegurada E.P.S. SANITAS S.A.S., mi representada sólo responderá patrimonialmente cuando se supere el valor del deducible.

Frente al hecho “OCTAVO”: NO ES CIERTO. Se debe tener en cuenta que la póliza no puede hacerse efectiva, toda vez que NO se configuran los elementos de la responsabilidad, no existe un hecho u omisión del cual se derive la responsabilidad del asegurado razón por la cual a mi representada no le asiste ninguna obligación de pago. Así entonces, como no se reúnen los requisitos de la responsabilidad en cabeza de E.P.S. SANITAS S.A.S. y comoquiera que esta entidad fue totalmente diligente, de acuerdo a la evidencia obrante en el plenario, no se puede predicar responsabilidad en cabeza de la entidad y, consecuentemente de mi representada.

Por otro lado, en el referido contrato de seguro se pactó un deducible a cargo de E.P.S. SANITAS S.A.S. por un valor del 10 % del valor de la pérdida, mínimo \$ 150.000.000, quiere decir lo anterior que en el eventual y remoto caso que se profiera una condena en contra de la asegurada E.P.S. SANITAS S.A.S., mi representada sólo responderá patrimonialmente cuando se supere el valor del deducible.

Frente al hecho “NOVENO”: NO ES UN HECHO, sino la transcripción de una norma.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO

Frente a la pretensión “3.1.”: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión comoquiera que: **(i)** No existe la supuesta responsabilidad civil que se persigue a través de la presente acción y, en consecuencia, también es inexistente la obligación indemnizatoria de la referida institución o y, por ende, la de aseguradora que represento; **(ii)** En el referido

contrato de seguro se pactó un deducible a cargo de E.P.S. SANITAS S.A.S. por un valor del 10 % del valor de la pérdida, mínimo \$ 150.000.000, quiere decir lo anterior que en el eventual y remoto caso que se profiera una condena en contra de la asegurada E.P.S. SANITAS S.A.S., mi representada sólo responderá patrimonialmente cuando se supere el valor del deducible.

Frente a la pretensión “3.2.”: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión comoquiera que: **(i)** No existe la supuesta responsabilidad civil que se persigue a través de la presente acción y, en consecuencia, también es inexistente la obligación indemnizatoria de la referida institución o y, por ende, la de aseguradora que represento; **(ii)** En el referido contrato de seguro se pactó un deducible a cargo de E.P.S. SANITAS S.A.S. por un valor del 10 % del valor de la pérdida, mínimo \$ 150.000.000, quiere decir lo anterior que en el eventual y remoto caso que se profiera una condena en contra de la asegurada E.P.S. SANITAS S.A.S., mi representada sólo responderá patrimonialmente cuando se supere el valor del deducible.

Frente a la pretensión “3.3.”: ME OPONGO al reconocimiento de esta pretensión, toda vez que no se conoce ni probó el valor de los honorarios del abogado del asegurado. Aunado a todo lo anterior, los gastos de defensa únicamente podrán ser asumidos por mi representada en exceso del deducible pactado para la póliza.

Por ende, bajo el hipotético supuesto que se acaba de mencionar, se deberá tener en cuenta las condiciones pactadas para dicho amparo, es decir, que mi representada sólo reconocerá como honorarios profesionales, aquellos establecidos en las tarifas del colegio de abogados de la respectiva ciudad, lo que no ocurrió en el presente caso, pues ni siquiera se sabe el valor que le cobró el apoderado al asegurado por la representación judicial del presente trámite. Aunado a todo lo anterior, los gastos de defensa únicamente podrán ser asumidos por mi representada en exceso del deducible pactada para la póliza, es decir, después de superar el valor de \$ 150.000.000.

III. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE AL LLAMAMIENTO

- 1. NO SE CUMPLEN DE MANERA SIMULTÁNEA LOS PRESUPUESTOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA PACTADA EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. AA195705 Y, POR LO TANTO, LA ÚNICA VIGENCIA DE LA REFERIDA PÓLIZA QUE OFRECE COBERTURA ES LA COMPRENDIDA ENTRE EL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2020 Y EL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2021**

Se propone esta excepción, a fin de poner presente al despacho que la única vigencia de

la póliza No. AA195705 **que eventualmente ofrecería cobertura** dentro del presente proceso es la comprendida entre el **14 de septiembre de 2020 y el 14 de septiembre de 2021**. Por lo tanto, las demás vigencias relacionadas por el asegurado, es decir, las vigencias comprendidas entre el 30 de agosto de 2019 al 30 de agosto de 2020, 27 de septiembre de 2021 al 27 de septiembre de 2022, 21 de febrero de 2020 al 30 de agosto de 2020, 30 de agosto de 2020 al 14 de septiembre de 2020, 14 de septiembre de 2021 al 22 de septiembre de 2021, 22 de septiembre de 2021 al 27 de septiembre de 2021 y 27 de septiembre de 2021 al 27 de septiembre 2022 **NO OFRECEN COBERTURA** para los hechos objeto de litigio, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados, toda vez que, si bien los hechos ocurrieron a partir del 1 de mayo de 2016, es decir, dentro del periodo de retroactividad, la primera reclamación al asegurado se hizo el 5 de febrero de 2021 con la celebración de la audiencia de conciliación extrajudicial llevada a cabo en el Centro de Conciliación Justicia Alternativa, es decir, por fuera el periodo de vigencia de las vigencias relacionadas.

Sobre la modalidad de cobertura pactada en la póliza, en el cuerpo de la misma se indica lo siguiente:

Modalidad de cobertura: La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad 1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2006.

Como se observa, el contrato de seguro se concertó bajo la modalidad de cobertura denominada Claims Made, cuyo periodo de retroactividad se pactó a partir del 1 de julio de 2006, y su vigencia se pactó en el periodo comprendido entre el 14 de septiembre de 2020 y el 14 de septiembre de 2021.

Como ya es sabido, esta modalidad de contrato requiere no sólo acreditar la realización del siniestro, en los términos del artículo 1131 del Código de Comercio, sino también, el presupuesto del cual se desprende que la reclamación del mismo se efectuó durante la vigencia de la póliza. Así, puntualmente, reiteró la Corte Suprema de Justicia recientemente³³:

*“(...) De ahí que a más de la configuración del siniestro o realización del riesgo asegurado (art. 1072 del C.Co.), que en el seguro de responsabilidad tiene una regla especial (art. 1131 id.), **lo cierto es que cuando se ha pactado la forma de reclamación hecha (claims made), es menester el descubrimiento de la pérdida o el reclamo del perjudicado al asegurado o al asegurador, en el término de vigencia de la póliza que se hubiese acordado, o en el plazo posterior convenido (...)**”*

Más adelante especificó:

“(…) Consecuentemente, en el sistema tradicional el débito del asegurador surge con la ocurrencia de los hechos que generan la responsabilidad - siniestro-, dentro del término de vigencia de la póliza, sin atender el tiempo posterior en que se haga el reclamo, limitado tan sólo por los plazos de prescripción; a diferencia de estas variantes de claims made, en que se requiere que además del siniestro en tiempo anterior o coetáneo al espacio temporal del amparo, la reclamación se haga dentro del término específico y delimitado en el contrato, que en armonía con lo concertado, puede ser durante la vigencia de la póliza o en un periodo adicional y específico (...)” (Énfasis propio).

De todo lo anterior se concluye, sin lugar a duda, que tal modalidad de cobertura requiere la concurrencia necesaria de los presupuestos arriba indicados, esto es, la realización del siniestro en la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado y la reclamación de este en el período de vigencia. Así, además, también se indicó en el mentado contrato de seguro:

Modalidad de cobertura: La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad 1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2006.

En el caso concreto, y como ya se explicó, se tiene que la **única vigencia** de la póliza No. AA195705 **que eventualmente ofrecería cobertura** dentro del presente proceso es la comprendida entre el **14 de septiembre de 2020 y el 14 de septiembre de 2021**. Por lo tanto, las demás vigencias relacionadas por el asegurado, es decir, las vigencias comprendidas entre el 30 de agosto de 2019 al 30 de agosto de 2020, 27 de septiembre de 2021 al 27 de septiembre de 2022, 21 de febrero de 2020 al 30 de agosto de 2020, 30 de agosto de 2020 al 14 de septiembre de 2020, 14 de septiembre de 2021 al 22 de septiembre de 2021, 22 de septiembre de 2021 al 27 de septiembre de 2021 y 27 de septiembre de 2021 al 27 de septiembre 2022 **NO OFRECEN COBERTURA** para los hechos objeto de litigio, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados, toda vez que, si bien los hechos ocurrieron a partir del 1 de mayo de 2016, es decir, dentro del periodo de retroactividad, la primera reclamación al asegurado se hizo el 5 de febrero de 2021 con la celebración de la audiencia de conciliación extrajudicial llevada a cabo en el Centro de Conciliación Justicia Alternativa, es decir, por fuera el periodo de vigencia de las vigencias relacionadas.

Solicito declarar probada esta excepción.

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., POR CUANTO NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS AA195705

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi prohijada respecto de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales AA195705. Por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en la póliza. Lo anterior, en concordancia con las condiciones generales y particulares de la póliza en cuestión, que menciona como amparo principal: “(...) *Garantizar la indemnización de daños y perjuicios como consecuencia de las lesiones personales, muerte y/o enfermedad de usuarios y en general clientes del Asegurado, causadas con ocasión del ejercicio de su actividad profesional como Entidades de Servicios de Salud. (...)*”. En este orden de ideas, debido a que E.P.S. SANITAS S.A.S. no tiene ningún tipo de responsabilidad con ocasión a los hechos narrados en la demanda, pues los demandados no cuestionan, recriminan o reprochan ninguna actuación de la E.P.S. y, de hecho, quedó suficientemente probado su debido actuar administrativo, autorizando todos los servicios e insumos requeridos por el demandante, no se configuró el riesgo asegurado convenido en la referida póliza.

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

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 asegurativo. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...)”³² (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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 Profesional Clínicas No. AA195705 es amparar la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones u omisiones profesionales, tal y como se expone a continuación:

Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705:

Interés: Garantizar la indemnización de daños y perjuicios como consecuencia de las lesiones personales, muerte y/o enfermedad de usuarios y en general clientes del Asegurado, causadas con ocasión del ejercicio de su actividad profesional como Entidades de Servicios de Salud.

Condiciones generales aplicables a la misma póliza:

³² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de septiembre de 2017. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

3. DEFINICIÓN DE AMPAROS:

A. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA:

Este seguro cubre los perjuicios ocasionados por culpa (negligencia, imprudencia e impericia) que el tomador/asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Igualmente bajo esta cobertura se ampara la responsabilidad civil profesional imputable al asegurado como consecuencia de la sustitución que haya hecho sobre otro profesional de la misma especialidad siempre que este haya cumplido con las instrucciones/especificaciones dadas por el asegurado. No se cubre la responsabilidad profesional propia del médico sustitutivo.

En tal virtud, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible a E.P.S. SANITAS S.A.S. cuando ella deba asumir un perjuicio que cause a un tercero con ocasión de determinada responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra, como consecuencia de un acto incorrecto de mala praxis o por un accidente de un paciente. Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado, puesto que de conformidad con las pruebas obrantes en el litigio que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de E.P.S. SANITAS S.A.S., 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.

Se reitero lo ya expuesto en líneas anteriores: en este caso no se puede declarar la responsabilidad de E.P.S. SANITAS S.A.S. en su programa de Entidad Promotora de Salud, debido a que cumplió con todas las obligaciones que tiene como promotora de salud. Lo anterior, comoquiera que en el plenario del proceso obran pruebas documentales de las cuales se permite concluir que todas las autorizaciones requeridas por el señor JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR fueron entregadas oportunamente y sin ningún tipo de dilación o trámite administrativo adicional, además, como también obra en el plenario, el paciente sí cobró varias de las autorizaciones dadas por la E.P.S. y también se observa que el demandante no tramitó muchas autorizaciones que fueron debidamente aprobadas por la aseguradora en salud.

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 de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA195705.

En conclusión, no se ha realizado el riesgo asegurado en el presente asunto teniendo en cuenta que no ha nacido la obligación condicional, esto es, la responsabilidad por parte de

E.P.S. SANITAS S.A.S. Lo anterior, en tanto es necesaria la comprobación de los tres elementos fundamentales para estructurar la responsabilidad médica: falla médica, el daño y el nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, en el presente asunto no es dable endilgar responsabilidad en cabeza de la E.P.S. asegurada por cuanto esta cumplió con todas las obligaciones que tiene como promotora de salud. Lo anterior, comoquiera que en el plenario del proceso obran pruebas documentales de las cuales se permite concluir que todas las autorizaciones requeridas por el señor JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR fueron entregadas oportunamente y sin ningún tipo de dilación o trámite administrativo adicional. Lo quiere decir, que no hay obligación a cargo de mi prohijada, comoquiera que el riesgo asegurado no se ha realizado. Por todo lo anterior, solicito comedidamente al Despacho declarar probada la presente excepción.

3. EL SEGURO CONTENIDO EN LA PÓLIZA No. AA195705 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 ibídem, sólo obliga al asegurador a indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con ocasión de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley, siempre que no esté expresamente excluido en el contrato de seguro. Por lo tanto, con esa condición suprema, la responsabilidad del asegurador que se enmarca dentro del límite máximo asegurado, consistente en la obligación de pagar la indemnización, alcanzará solo hasta el monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado, como lo ordena el artículo 1089 ibídem, también infringida por la parte activa de esta acción; y por consiguiente, solicito al Despacho tener en cuenta la aplicación de este principio indemnizatorio, a la hora de definir la relación sustancial que vincula a mi mandante a este proceso.

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
(...)³³ (Negrita por fuera de texto).

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

En vista de lo anterior, para el caso concreto, como se expuso en las excepciones de fondo planteadas frente a la demanda, las pretensiones que pretende sean reconocidas por el actor del presente pleito están indebidamente cuantificadas, no sólo por la orfandad probatoria con la que se pretenden demostrar, sino porque supera totalmente los baremos jurisprudenciales reiterados en muchas oportunidades por la Corte Suprema de Justicia, Sala de casación Civil. Esto supone a todas luces un enriquecimiento injustificado de los demandantes. En cuanto al daño moral, lo cierto es que su tasación es excesiva y su simple pedimento no es suficiente para su reconocimiento; sobre el daño a la vida de relación, lo cierto es que su tasación es excesiva, además, este concepto indemnizatorio sólo está encaminado a ser reconocido a la víctima directa, pero en el presente caso no obran medios de prueba tendientes a probar los supuestos cambios de vida del demandante; sobre el denominado daños a intereses personalísimos de especial relevancia constitucional, el mismo no es un concepto reconocido en la jurisdicción civil y, además, su eventual reconocimiento no es pecuniario; finalmente sobre el daño emergente, La supuesta enajenación del inmueble correspondió a un acto de la esfera íntima de la activa; La E.P.S. autorizó todos los servicios e insumos requeridos por el demandante, por lo que no tuvo que incurrir en gastos propios y muchas de las autorizaciones dadas por la E.P.S. no se cobraron por el demandante y muchas sí fueron reclamadas.

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

³³ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065.

pedimentos injustificados, equivocadamente tasados y exorbitantes que hace en conjunto la parte demandante sobre los conceptos de daño moral, daño a la vida de relación, daños a intereses personalísimos de especial relevancia constitucional y daño emergente, es evidente la pretensión indebida de enriquecimiento con base en el contrato de seguro, vulnerando el carácter indemnizatorio que reviste al contrato de seguros.

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

4. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA No. AA195705

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 (...)"³⁴

En orden de lo comentado, las condiciones estipuladas en la póliza No. AA195705, expedida por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., indicarán el tope de su obligación indemnizatoria, en el remoto caso en que se profiera una sentencia en su contra. Tales condiciones fueron establecidas así:

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO	
DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	\$4,500,000,000.00
Predios Labores y Operaciones.	Si
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si

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 EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. a asumir el riesgo asegurado.

Por todo lo anterior, ruego al despacho que, si eventualmente reconociera indemnizaciones en favor de la parte actora, al momento de decidir sobre las mismas, tenga en cuenta las condiciones pactadas dentro del condicionado de la póliza de seguro que vincula a mi representada al presente proceso.

5. EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA No. AA195705 SE PACTÓ UN DEDUCIBLE DEL 10 % DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO \$ 150.000.000 A CARGO DEL ASEGURADO

Se plantea esta excepción, sólo si en gracia de discusión se profiriera un fallo contrario a los intereses de mi representada, a fin de que se tengan en cuenta las condiciones particulares de la póliza, específicamente la relacionada con el deducible pactado, el cual legalmente está permitido, y que se pactó en un 10 % del valor de la pérdida, mínimo

³⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

\$150.000.000, quiere decir lo anterior que en el eventual y remoto caso que se profiera una condena en contra de la asegurada E.P.S. SANITAS S.A.S., mi representada sólo responderá patrimonialmente cuando se supere el valor del deducible.

El artículo 1103 del Código de Comercio reza que:

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

En 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”³⁵. (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

En este orden de ideas, el deducible corresponde a la porción que, en caso de ocurrencia del siniestro, deberá pagar exclusivamente el asegurado y fue concertado en el contrato de seguro vinculado a este proceso en los siguientes términos:

³⁵ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$4,500,000,000.00	10.00%
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%

Deducible: 1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada pérdida
2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada pérdida.

Así entonces, de acuerdo con el contenido de la póliza, el deducible pactado fue del 10 % del valor de la pérdida, mínimo \$ 150.000.000, así se determinó en el negocio asegurativo estudiado.

Por consiguiente, debe tenerse presente que, una vez se encuentre fehacientemente probado el evento asegurado, el Juez deberá, al momento de atribuir responsabilidades sobre la indemnización del presunto daño antijurídico causado, aplicar el monto que al asegurado le correspondería cubrir en virtud del deducible pactado. Es decir que, si en la causa civil bajo su conocimiento ocurre el improbable caso de endilgarse responsabilidad a la demandada y asegurada y a mi mandante se le hiciera exigible la afectación del aseguramiento, E.P.S. SANITAS S.A.S. tendría que cubrir el monto anteriormente indicado como deducible.

Por lo expuesto, solicito respetuosamente al Juez, declarar probada esta excepción.

6. LA FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA PÓLIZA No. AA195705 RESPECTO DEL DAÑO EMERGENTE

En este punto es necesario advertir que los riesgos asegurados en la póliza No. AA195705 se encuentran expresamente consignados en la carátula de la póliza. De manera que la póliza de seguro no podrá ser afectada por riesgos que no se encuentren expresamente amparados. En ese sentido, lo primero que deberá tener en consideración el Honorable Despacho, es que en este caso resulta claro que la póliza de seguro No. AA195705 no presta cobertura material frente a los perjuicios materiales en la modalidad de daño emergente, tal como se indicó en la póliza, pues únicamente cubre daños extrapatrimoniales y lucro cesante.

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 de seguro respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertas condiciones generales y particulares estipuladas en el mismo. 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** (...)”³⁶ (Subrayado y negrilla fuera del texto)”*

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 en las cuales asumen los mismos. En este orden de ideas y como se ha venido exponiendo de forma transversal en el documento, no resulta jurídicamente admisible trasladar una eventual obligación indemnizatoria respecto del daño emergente a mi poderdante, comoquiera que la póliza no presta cobertura material respecto del pago de perjuicios materiales por concepto de daño emergente. Lo anterior, aterrizado al caso concreto quiere decir que de la mera lectura del contrato de seguro No. AA195705 se entiende que allí se amparó el riesgo de la responsabilidad que se llegare a causar por consecuencia de los perjuicios extrapatrimoniales y el lucro cesante causado a terceros, ocasionados por el asegurado. Es decir, la aseguradora cubre el lucro cesante que cause el asegurado en la póliza, más no el daño emergente solicitado en la demanda.

³⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00

En este orden de ideas, debe indicarse con expresa precisión que en las pretensiones de la demanda se solicita el concepto de daño emergente que, aunque no puede ser reconocido por las razones antes expuestas, en caso de ser reconocido no podrá ser cubierto con cargo a esta póliza, pues como ya se indicó y puede observarse con total claridad, la póliza NO ampara el daño emergente como se puede evidenciar en el siguiente extracto del contrato emitido por mi mandante:

3. Cobertura de Daños extrapatrimoniales al 100%

10. Lucro Cesante

En conclusión, la póliza No. AA195705 no presta cobertura material para el pago indemnizatorio de perjuicios materiales por concepto de daño emergente, y por lo tanto, no podrá ser afectada por dicho concepto. En otras palabras, teniendo en cuenta que la póliza No. AA195705, pactada bajo la modalidad de riesgos nombrados, no determinó como amparado el daño emergente, que este no estaba estipulado en la carátula de la póliza, no se podrá condenar a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. al pago de suma indemnizatoria alguna por daño emergente que pretende el accionante en este caso, toda vez que el contrato de seguro allí documento no prestaba cobertura frente a este tipo de perjuicio material, resultando completamente lógico concluir, que el daño emergente no se encuentra incluido en la póliza de seguro.

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

7. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

Se formula la presente excepción toda vez que transcurrieron más de dos (2) años entre la fecha en que fue requerido el llamante E.P.S. SANITAS S.A.S. por los demandantes (audiencia de conciliación extrajudicial celebrada el 5 de febrero de 2021) y la fecha en que se presentó el llamamiento en garantía (22 de febrero del 2023), configurándose el fenómeno prescriptivo en los términos previstos en el Art. 1081 y 1131 del C. Co.

En lo que respecta a la prescripción, se tiene que es un fenómeno jurídico a través del cual se pueden adquirir derechos o extinguir obligaciones, en efecto, el artículo 2512 del Código Civil establece:

“(…) Artículo 2512. La prescripción es un modo de adquirir las cosas ajenas, o de extinguir las acciones o derechos ajenos, por haberse poseído las cosas y no haberse ejercido dichas acciones y derechos durante cierto lapso de tiempo, y concurriendo los demás requisitos legales.

Se prescribe una acción o derecho cuando se extingue por la prescripción (…)”

Por su parte, el artículo 2535 Ibídem, que contempla la prescripción como medio de extinguir las acciones judiciales y dispone: *“(…) Artículo 2535. La prescripción que extingue las acciones y derechos exige solamente cierto lapso de tiempo durante la cual no se hayan ejercido dichas acciones. Se cuenta ese tiempo desde que la obligación se haya hecho exigible. (…)*”

El Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece provisiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, si no también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Al respecto señala la mencionada disposición:

“(…) Art. 1081. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes (…)”. (Negrita por fuera del texto original)

Al señalar la disposición transcrita, los parámetros para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, distingue entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria; y, el momento del nacimiento del derecho, independientemente de cualquier circunstancia y aun cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la

extraordinaria. Se destaca, entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no.

A su turno, indica el artículo 1131 del Código de Comercio lo siguiente:

“(...) ARTÍCULO 1131. <OCURRENCIA DEL SINIESTRO>. <Artículo subrogado por el artículo 86 de la Ley 45 de 1990. El nuevo texto es el siguiente:> En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial (...)” (Subrayas del texto original – Negrilla fuera del original)

Ahora bien, jurisprudencialmente, en sentencia del 29 de junio de dos mil siete (2007), la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación civil precisó:

“(...) d) Mientras que el término de la ordinaria es de sólo dos años, el de la extraordinaria se extiende a cinco, justificándose su ampliación por aquello de que luego de expirado, se entiende que todas las situaciones jurídicas han quedado consolidadas y, por contera, definidas. Es pues un término límite, al mismo tiempo que fatal, como se desprende de la hermenéutica racional de la normatividad patria, en asocio de sus antecedentes legislativos, ya registrados.

e) Para la primera, el anotado término de dos años irrumpe desde cuando el titular conoció o debió conocer la ocurrencia del hecho que habilita su ejercicio, como ya tangencialmente se mencionó. Al respecto, desde un ángulo jurídico-temporal, pertinente es destacar que uno es el momento de ocurrencia del hecho y otro aquél en que el accionante supo o debió saber de su acaecimiento, sin perjuicio, claro está, de que, en casos específicos, como suele suceder con inusitada frecuencia en la praxis, puedan darse las dos circunstancias en un mismo tempus. La extraordinaria se inicia a partir de cuando nace el derecho, objetivamente considerado. Por ello, conforme ya se observó, opera frente a toda clase de personas y al margen de cualquier conocimiento (real o efectivo, presunto o presuntivo) (...)” (Subrayado fuera de texto)

En el caso que nos ocupa se configuró el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro frente al asegurado, pues atendiendo a la reclamación extrajudicial a él realizada, se observa que la fecha en que se celebró la audiencia de conciliación extrajudicial y compareció E.P.S. SANITAS S.A.S. fue el 5 de febrero de 2021, por lo tanto, desde ese momento E.P.S. SANITAS S.A.S. tenía el lapso de dos (02) años para evitar que operara la prescripción. A continuación, se observa la fecha de celebración de la audiencia de conciliación:

CONSTANCIA

Para los efectos legales, procesales y uso del interesado, la suscrita conciliadora deja constancia de:

Fecha de solicitud : 25 de enero de 2021
Fecha Audiencia de Conciliación : **05 de febrero de 2021**
 Hora : 09:00 a.m.

Sobre el particular, se pueden sintetizar los hitos temporales para evidenciar la configuración del fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro así:

Celebración audiencia de conciliación (reclamación extrajudicial) – Art. 1131 C.Co. Formulación de reclamación judicial o extrajudicial.	5 de febrero de 2021	Empieza a correr el término de prescripción de dos (2) años frente al asegurado, desde el 6 de febrero de 2021 (día siguiente a la formulación de la reclamación), que vencería el 6 de febrero de 2023.
Fecha límite para presentar el llamamiento en garantía.	6 de febrero de 2023	Pues no hubo ningún tipo de suspensión de términos.
Fecha de presentación del llamamiento en garantía.	22 de febrero del 2023	Se presentó el llamamiento cuando las acciones derivadas del contrato de seguro estaban prescritas.

Así las cosas, el asegurado tenía hasta el **6 de febrero de 2023** para evitar que se configurara la prescripción ordinaria; sin embargo, el apoderado judicial del llamante en garantía, sólo radicó el llamamiento en garantía pasada esta fecha, esto es, el **22 de febrero del 2023**, como se observa a continuación:

LLAMAMIENTO EN GARNATÍA - SEGUROS EQUIDAD - RAD 76001310300520220009100

Edgardo Jose Escamilla Soto <ejescamilla@keralty.com>

Mié 22/02/2023 3:12 PM

Para: Juzgado 05 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j05cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Bogotá D.C., 22 de febrero de 2023

En consecuencia, solicito se declare probada la excepción de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro por encontrarse probada, desestimando así cualquier pretensión a cargo de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., es decir, el contrato No. AA195705 no podrá ser afectado por cuanto se configuró el fenómeno de la prescripción.

8. LOS GASTOS DE DEFENSA NO SON ABSOLUTOS

Por medio de este medio exceptivo, se demuestra que el amparo de gastos de defensa no pactado en el contrato de seguro No. AA195705 únicamente podrá ser afectado confirme fue pactado en el clausulado particular y general de la póliza. Por su parte, en lo respectivo a los gastos de defensa, la póliza tiene una estipulación especial sobre la suma asegurada y al respecto dispone que los gastos de defensa únicamente podrán ser asumidos por mi representada de acuerdo con las tarifas del colegio de abogados de la ciudad y en exceso del deducible pactado para la póliza.

Por ende, bajo el hipotético supuesto que se acaba de mencionar, se deberá tener en cuenta las condiciones pactadas para dicho amparo, es decir, que mi representada sólo reconocerá como honorarios profesionales, aquellos establecidos en las tarifas del colegio de abogados de la respectiva ciudad, lo que no ocurrió en el presente caso, pues ni siquiera se sabe el valor que le cobró el apoderado al asegurado por la representación judicial del presente trámite. Aunado a todo lo anterior, los gastos de defensa únicamente podrán ser asumidos por mi representada en exceso del deducible pactada para la póliza, es decir, después de superar el valor de \$ 150.000.000.

Al respecto, el Código Civil dispone que: "*ARTÍCULO 1602. <LOS CONTRATOS SON LEY PARA LAS PARTES>. Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales*".

Por ende, bajo el hipotético supuesto que se acaba de mencionar, se deberá tener en cuenta las condiciones pactadas para el amparo de gastos de defensa, es decir, que mi representada sólo reconocerá como honorarios profesionales, aquellos establecidos en las

tarifas del colegio de abogados de la respectiva ciudad, lo que no ocurrió en el presente caso, pues ni siquiera se sabe el valor que le cobró el apoderado al asegurado por la representación judicial del presente trámite. Aunado a todo lo anterior, los gastos de defensa únicamente podrán ser asumidos por mi representada en exceso del deducible pactada para la póliza, es decir, después de superar el valor de \$ 150.000.000. Lo anterior, de acuerdo con los siguientes extractos de las condiciones de la póliza emitida por mi prohijada:

Suma asegurada: Primera Alternativa: COP \$4.500.000.000 por toda y cada pérdida y en el agregado anual.
Limite único y combinado: Límite para cada y toda ocurrencia o serie de ocurrencias originadas por una misma causa y en el agregado anual, por todo concepto de indemnizaciones, intereses, gastos, costas y honorarios de defensa judicial y extrajudicial a ser compartido por todos los Asegurados y en exceso del Deducible a cargo del Asegurado.

F. GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL:

Este amparo cubre las costas y gastos en que incurra el tomador/asegurado para defensa en los procesos promovidos en su contra, por el paciente o sus causahabientes, tanto de manera judicial (proceso civil), como de manera extrajudicial (descargos en secretaria de salud, requerimientos a superintendencia, y similares), los cuales se surtan por eventos amparados por esta póliza. La Equidad solo reconocerá como honorarios profesionales, aquellos establecidos en las tarifas del colegio de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

En conclusión, el asegurado no probó el valor de los honorarios del profesional en derecho que los representa en esta litis, por lo tanto, no es posible saber o corroborar si los mismos se enmarcan dentro de las tarifas del colegio de abogados de la ciudad y, finalmente, la aseguradora sólo reconocerá gastos de defensa en exceso del valor pactado como deducible, es decir, después de la suma de \$ 150.000.000.

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

9. DISPONIBILIDAD DE LA SUMA ASEGURADA

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

10. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA No. AA195705

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. AA195705, la declare probada, por cuanto hizo parte del negocio contractual que celebraron las partes.

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

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (artículos 1056 y 1127 del Código de Comercio), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del derecho de daños. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la póliza de seguro No. AA195705 en sus condiciones generales señalan una serie de exclusiones, y de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohijada.

En conclusión, de configurarse alguna de las exclusiones previamente mencionadas o las que constan en el clausulado general de la póliza, no podrá existir responsabilidad en cabeza del asegurador, por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la póliza de seguro No. AA195705 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.

11. 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. FRENTE A LOS MEDIOS DE PRUEBA DE LA PARTE DEMANDANTE

1. RATIFICACIÓN DE DOCUMENTOS.

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 esta se hace, como lo consagra el citado artículo. 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 los siguientes:

- Promesa de compraventa de fecha 13 de diciembre de 2016.

2. SOBRE EL MEDIO DE PRUEBA “DE OFICIO”

ME OPONGO rotundamente al decreto de esta prueba, pues era obligación del apoderado demandante solicitar dicha información a través de derecho de petición. En caso de respuesta negativa, debía aportar las respuestas negativas de los derechos de petición y, ahí sí, solicitar al Juzgado que oficiara, claramente si el despacho lo veía útil, conducente y pertinente. En todo caso el apoderado demandante no lo hizo así y, por ende, este medio de prueba no puede ser decretado. Sobre el particular, el C.G.P. dispone que:

“ARTÍCULO 82. REQUISITOS DE LA DEMANDA. Salvo disposición en contrario, la demanda con que se promueva todo proceso deberá reunir los siguientes requisitos:

6. La petición de las pruebas que se pretenda hacer valer, con indicación de los documentos que el demandado tiene en su poder, para que este los aporte.

(...)”. (Resaltado propio).

Esta norma debe ser interpretada en concordancia con el artículo 78 de la misma normativa, que en su numeral 10 establece como uno de los deberes de los apoderados en proceso judiciales el de:

“(…) **abstenerse de solicitarle al Juez la consecución de documentos que directamente o por medio del ejercicio del derecho de petición hubiere podido conseguir** (...)”. (Resaltado propio).

3. CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL

Solicito respetuosamente citar al señor JUAN CARLOS TOBÓN PEREIRA, quien elaboró el dictamen pericial adosado con la demanda, para que comparezca a audiencia que fije el despacho, de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 228 de ibídem, con el fin de interrogarlo sobre su idoneidad, imparcialidad y sobre el contenido del dictamen.

V. MEDIOS DE PRUEBA SOLICITADOS Y APORTADOS POR LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.³⁷

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

1. DOCUMENTALES.

- Copia del certificado AA879187 de la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705, correspondiente al que estaba vigente en el momento en que se efectuó el reclamo por parte de los demandantes.
- Copia del condicionado general aplicable a la póliza No. AA195705.
- Copia de la constancia de no acuerdo No. 001092, la cual ya reposa en el expediente.
- Aviso de siniestro remitido por E.P.S. SANITAS S.A.S. del 5 de febrero de 2021.
- Respuesta al aviso de siniestro emitida por mi representada del 10 de febrero de 2021.

2. INTERROGATORIO DE PARTE.

³⁷ Código General del Proceso, artículo 96 numeral 4.

A. Comendidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la totalidad de la parte demandante y que sean mayores de edad, señores JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA TOVAR, GRACIELA BLANCO RESTREPO, ANDRÉS FELIPE DE LA ROSA BLANCO, CLAUDIA MARCELA DE LA ROSA BLANCO y JAIRO ENRIQUE DE LA ROSA BLANCO, en su calidad de demandantes, a fin de que contesten el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Los demandantes podrán ser citados en la dirección de notificación relacionada en la demanda y a través de su apoderado.

B. Interrogatorio de parte a los representantes legales de las sociedades E.P.S. SANITAS S.A.S. o quien haga sus veces y CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. o quien haga sus veces, a fin de que contesten el cuestionario que se les formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y, en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Los demandados podrán ser citados a través de su respectivo apoderado y en las direcciones de notificación dispuestos por ellos en los escritos de contestación de la demanda.

3. DECLARACIÓN DE PARTE.

Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y, especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705.

4. TESTIMONIALES.

A. Siguiendo lo preceptuado por los artículos 208 y siguientes del Código General del Proceso, solicito al señor Juez se sirva decretar la práctica del testimonio de la Dra. **DARLYN MARCELA MUÑOZ NIEVES**, identificada con C.C. No. 1.061.751.492 de Popayán, con dirección de notificaciones darlingmarcela1@gmail.com, para que declare sobre la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, las condiciones generales y particulares de la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705, la modalidad de cobertura, los límites pactados, los deducibles concertados, las exclusiones, los amparos concertados, las garantías, la disponibilidad de las sumas aseguradas, las solicitudes presentadas ante la compañía, sus respuestas y sobre los demás aspectos que resulten relevantes al presente proceso judicial.

5. INTERVENCIÓN EN DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS.

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

VI. ANEXOS

- Documentos relacionados en el acápite de pruebas.
- Escritura Pública 2779 del 2 de diciembre de 2021, otorgada en la Notaría Décima (10) del Círculo de Bogotá D.C., en la que se otorga el Poder General para actuar.
- Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. en el que consta Poder General otorgado a la firma G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.
- Certificado de existencia y representación legal de G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.
- Certificado de existencia y representación legal de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

VII. NOTIFICACIONES³⁸

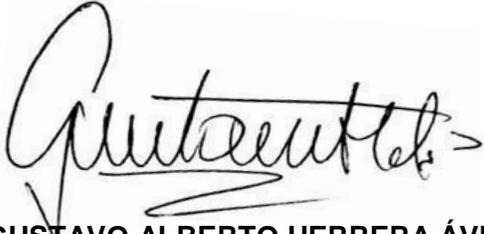
Por la parte actora serán recibidas en el lugar indicado en su escrito de demanda. Por los demás demandados donde indiquen en sus respectivas contestaciones.

Por mi representada LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., se recibirán notificaciones en la Cr. 9 A No. 99 - 07 To 3 P 14 de Bogotá D.C. Dirección electrónica: notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop

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

³⁸ Código General del Proceso, artículo 96 numeral 5.

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA.

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

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