

Señores:

**JUZGADO SEGUNDO (02) CIVIL DEL CIRCUITO FLORENCIA-CAQUETÁ.**

[jcivcf12@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:jcivcf12@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

**REFERENCIA:** VERBAL.  
**RADICADO:** 180013103002-2024-00197-00  
**DEMANDANTE:** MARIA TERESA GARCÍA Y OTROS.  
**DEMANDADO:** E.P.S SANITAS S.A.S Y OTROS.  
**LLAMADA EN GARANTIA:** LA EQUIDAD SEGUROS O.C

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA.**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del C. S. de la J., actuando en calidad de representante legal de la sociedad **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**, identificada con **NIT No. 900.701.533-7**, quien obra como apoderada general de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, sociedad cooperativa de seguros, sometida al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con **NIT No. 860.028.415-5**, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., según consta en los certificados de existencia y representación legal que se anexan, en donde figura inscrito el poder general conferido a la firma a través de la Escritura Pública No. 2779, otorgada el 02 de diciembre de 2021 en la Notaría Decima (10°) del Círculo de Bogotá, de manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, manifiesto comedidamente que procedo en primer lugar a **CONTESTAR LA DEMANDA** formulada por MARIA TERESA GARCÍA Y OTROS, en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTIA** formulado por la demandada ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. – E.P.S. SANITAS S.A.S. en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a

continuación:

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

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

**AL HECHO 1:** NO ME CONSTA lo aquí narrado, pues se tratan de circunstancias de tiempo, modo y lugar ajenas al objeto comercial ejercido por mi representada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO 2:** NO ME CONSTA lo aquí narrado, pues se tratan de circunstancias de tiempo, modo y lugar ajenas al objeto comercial ejercido por mi representada. Sin embargo, dentro de la historia clínica aportada como prueba documental del escrito de demanda, se observa que no es cierto tal como está indicado. Al contrario, conforme a la historia clínica aportada por la EPS SANITAS S.A.S., el profesional que ordena la ecografía transvaginal a la demandante es el Dr. MILAN GERARDO RIOS y no solo le ordena dicho examen, sino que también se le formulan otros medicamentos como óvulos conjugados y crema vaginal.

**ATENCIÓNES DEL PACIENTE \*\*\***

27/11/2019 07:15:59. E.P.S Sanitas - UROCAQ EU IPS, FLORENCIA

Datos del profesional de la salud: Milan Gerardo Ríos Alvarado. Reg. Médico. 17642294. Medicina General.

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Historia Clínica Única Básica.

Admisión No. 36237067. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-4814351-1-1

Fecha de Nacimiento: 03/01/1966 Edad del paciente: 53 años. Estado Civil: Otros. Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados.

Dirección: B/VIA MORELIA KM 6 Teléfono: 3182793581 Ciudad: FLORENCIA

Vinculación: Contributivo

Responsable: MARIA TERESA GARCIA - Paciente Telefono: 3182793581.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, MARIA TERESA GARCIA.

Motivo de consulta: TRAE CITOLOGIA PARA LECTURA, TENGO SANGRADOS..

Enfermedad Actual: CC DE LARGA DATA CON EPISODIOS DE SANGRADO GENITAL LUEGO DE PERIODO DE 2 AÑOS DE AMENORREA.

CITOLOGIA: ATROFIA VAGINAL .

*Documento: "022\_RecepciónConte\_pruebas" folio 7.*

*Transcripción esencial: "Datos del profesional de la salud: Milan Gerardo Ríos Alvarado".*

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada (N939), Confirmado nuevo, Causa Externa. Enfermedad general, No Embarazada.

**PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Estrógenos conjugados Crem vag 0.0625%: Introducir (vía vaginal) cada 24 hora(s) por 6 día(s). Cantidad total: 1, Número de entregas: 1

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL, No. 1, CC DE LARGA DATA CON EPISODIOS DE SANGRADO GENITAL LUEGO DE PERIODO DE 2 AÑOS DE AMENORREA. SE REQUIERE DE ECO PELVICA. ESTRÓGENOS CONJUGADOS..

*Documento: "022\_RecepciónConte\_pruebas" folio 8.*

*Transcripción esencial: "PLAN DE MANEJO-FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS: 1. Estrógenos conjugados Crem Vag 0.0625%".*

Respecto de los hallazgos encontrados en la ecografía realizada y el procedimiento a seguir, se tiene que, quien revisa la ecografía es el doctor Elkin David Cerchiaro, y conforme a lo encontrado en dicho examen procede a ordenar un plan de manejo que incluye Hemograma y legrado uterino ginecológico 1, con remisión a anestesiología y ginecología, tal como se observa a continuación.

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

13/01/2020 07:26:58. E.P.S Sanitas - UROCAQ EU IPS, FLORENCIA

Datos del profesional de la salud: **Elkin David Cerchiaro Martinez**, Reg. Médico. 84454143. Ginecología y Obstetricia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Contrarreferencia.

Admisión No. 37511310. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-4814351-1-1

Fecha de Nacimiento: 03/01/1966 Edad del paciente: 54 años. Estado Civil: Otros. Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados.

Dirección: B/VIA MORELIA KM 6 Teléfono: 3182793581 Ciudad: FLORENCIA

Vinculación: Contributivo

Responsable: MARIA TERESA GARCIA - Paciente Telefono: 3182793581.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, MARIA TERESA GARCIA.

Motivo de consulta: sangrado.

Enfermedad Actual: paciente que ingresa a consulta pro presentar sangrado vaginal quien que hace 2 años presento amenorrea quien luego inicio un sangrado tipo metrorragias con ecografia que revela endometrió engrosado.

*Documento: "022\_RecepciónConte\_pruebas" folio 11.*

*Transcripción esencial: "Datos del profesional de la salud: Elkin David Cerchiaro Martínez".*

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**  
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, No. 1, paciente que ingresa a consulta pro presentar sangrado vaginal quien que hace 2 años presento amenorrea quien luego inicio un sangrado tipo metrorragias con ecografia que revela endometrió engrosado se da orden de legrado biopsia.

2. Se solicita LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO, No. 1, paciente que ingresa a consulta pro presentar sangrado vaginal quien que hace 2 años presento amenorrea quien luego inicio un sangrado tipo metrorragias con ecografia que revela endometrió engrosado se da orden de legrado biopsia.

**PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN**

1. Se solicita interconsulta a Anestesiología Por solicitud del médico tratante. Justificación: prequirurgico.  
. Observaciones: prequirurgico.

2. Se solicita remisión Ginecología y Obstetricia Por solicitud del médico tratante. Justificación: CC DE LARGA DATA CON EPISODIOS DE SANGRADO GENITAL LUEGO DE PERIODO DE 2 AÑOS DE AMENORREA. TRAE REPORTE DE ECO PELVICA QUE MUESTRA ENGROSAMIENTO ENDOMETRIAL. REFIERE SANGRADO GENITAL LEVE PERO CONSTANTE. SE REMITE A GINECOLOGIA. .

*Documento: "022\_RecepciónConte\_pruebas" folio 12.*

*Transcripción esencial: "PLAN DE MANEJO-ORDENES DE PROCEDIMIENTO:*

*1. Se solicita HEMOGRAMA IV AUTOMATIZADO No.1 (...) 2. Se solicita LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO No. 1 (...).*

*PLAN DE MANEJO-REFERENCIA-INTERCONSULTA-REMISIÓN: 1. Se solicita*

*interconsulta a Anestesiología (...) 2. Se solicita remisión Ginecología y Obstetricia (...)"*

Así pues, de los fragmentos anteriormente analizados tenemos que, la paciente María Teresa García fue atendida de la mejor manera posible y en sus atenciones le fueron ordenados los exámenes correspondientes a sus padecimientos, conforme a la literatura médica y los medicamentos que requería para conservar su salud. Se le realiza en primera medida la revisión de su citología, una vez encontrada irregularidad se le ordena ecografía transvaginal y óvulos conjugados, luego es remitida con especialista en ginecología, quien al encontrar endometrio engrosado solicita realizar hemograma y legrado uterino con biopsia; observándose de esta manera la diligencia de los profesionales en la salud y la premura de las ordenas autorizadas por la E.P.S SANITAS S.A.S, quien no pone ninguna traba administrativa al actuar de los médicos tratantes para la realización de diagnóstico y la recuperación de la salud de la hoy demandante.

**AL HECHO 3:** Este hecho contiene varias manifestaciones sobre las que me pronunciaré a continuación:

- No me consta que la demandante haya ingresado el 06 de febrero de 2020 al Hospital Departamental María Inmaculada,
- No me consta que el procedimiento denominado legrado uterino ginecológico haya sido realizado el 10 de febrero de 2020.
- Es cierto, que quien realiza el legrado uterino ginecológico es la Dra. Mireya Mahecha, especialista en ginecología y obstetricia, esto conforme a la historia clínica aportada como prueba documental al proceso.
- No me consta, que la señora Teresa García haya permanecido en servicio de hospitalización hasta el 13 de febrero de 2020.

En todo caso la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades

procesales previstas para ello.

**AL HECHO 4:** NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO 5:** Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- No me consta, que la demandante decida sacar cita con el medico Elkin David Cerchiaro.
- Es cierto que dentro del plan de manejo dictado por el Dr. Cerchiaro se solicita HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA, esto conforme a la historia clínica aportada por la E.P.S SANITAS S.A.S, pero debe aclararse que esto se ordena atendiendo al diagnóstico de hiperplasia adenomatosa del endometrio.

**DIAGNOSTICO**  
Diagnóstico Principal: Hiperplasia adenomatosa del endometrio (N851), Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**  
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, No. 1, PACIENTE QUE INGRESA A CONSULTA POR PRESENTAR SANGRADO VAGINAL CON REPORTE DE PATOLOGIA QUE REEVL A ENDOEMTRIO CON HIPEPLASIA A DENOPAMTOSA COMPLEJA DONDE FAVORECE MAS A ESTA PATOLOGIA QUE AUNA ADENOCARCINOMA ENDOEMTRIOIDE.
2. Se solicita TIEMPO DE PROTROMBINA [TP], No. 1, PACIENTE QUE INGRESA A CONSULTA POR PRESENTAR SANGRADO VAGINAL CON REPORTE DE PATOLOGIA QUE REEVL A ENDOEMTRIO CON HIPEPLASIA A DENOPAMTOSA COMPLEJA DONDE FAVORECE MAS A ESTA PATOLOGIA QUE AUNA ADENOCARCINOMA ENDOEMTRIOIDE.
3. Se solicita TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP], No. 1, PACIENTE QUE INGRESA A CONSULTA POR PRESENTAR SANGRADO VAGINAL CON REPORTE DE PATOLOGIA QUE REEVL A ENDOEMTRIO CON HIPEPLASIA A DENOPAMTOSA COMPLEJA DONDE FAVORECE MAS A ESTA PATOLOGIA QUE AUNA ADENOCARCINOMA ENDOEMTRIOIDE.
4. Se solicita HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA, No. 1, PACIENTE QUE INGRESA A CONSULTA POR PRESENTAR SANGRADO VAGINAL CON REPORTE DE PATOLOGIA QUE REEVL A ENDOEMTRIO CON HIPEPLASIA A DENOPAMTOSA COMPLEJA DONDE FAVORECE MAS A ESTA PATOLOGIA QUE AUNA ADENOCARCINOMA ENDOEMTRIOIDE.

**PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN**  
INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Anestesiología Por solicitud del médico tratante. Justificación: PREQUIRURGICO .

Documento: "022RECEPCIÓNCONTE\_PRUEBAS", folio 22.

Cali - Av. 6A Bis #35N-100, Oficina 212, Cali, Valle del  
Cauca, Centro Empresarial Chipchape  
+57 315 577 6200 - 602-6594075  
Bogotá - Calle 69 No.04-48 Oficina 502, Ed. Buro 69  
+57 3173795688 - 601-7616436

*Transcripción esencial: “Plan de manejo-ordenes de procedimientos (...) 4. Se solicita HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA, No.1...”*

- Frente al diagnóstico de la señora Teresa García, es importante precisar que padecía específicamente de Carcinoma in situ del endometrio, de acuerdo con las anotaciones realizadas por el Dr. Elkin Cerchiaro el 01 de agosto de 2020, conforme a la historia clínica aportada por la E.P.S SANITAS S.A y teniendo en cuenta la valoración realizada del material extraído en procedimiento denominado Histerectomía por laparotomía, puesto que anterior a esa fecha los exámenes demostraban únicamente una Hiperplasia adenomatosa del endometrio.
- No me consta que la señora Teresa García haya sido remitida a la ciudad de Neiva, sin embargo, se observa en la historia clínica aportada por la E.P.S SANITAS S.A.S., que la demandante es remitida a interconsulta con Oncología con anotación de prioritaria, lo que no demuestra otra cosa, más que la diligencia y la oportunidad en el tratamiento de la demandante.

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Carcinoma in situ del endometrio (D070), Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

**PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN  
INTERCONSULTA**

1. Se solicita interconsulta a Oncología Clínica Por solicitud del médico tratante. Justificación: ginecooncología prioritaria .

*Documento: “022RECEPCIÓNCONTE\_PRUEBAS”, folio 22.*

*Transcripción esencial: “Se solicita interconsulta a Oncología Clínica por solicitud del médico tratante. Justificación: ginecolo oncología prioritaria”.*

- No me consta, que la demandante haya requerido ayuda en su movilización a causa de dolor intenso en su postoperatorio.

En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO 6:** NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO 7:** NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO 8:** NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

## II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a la prosperidad de **TODAS** las pretensiones de la demanda, por cuanto las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. Como quiera que al hacer la narración de los hechos se pretende imputar una supuesta responsabilidad la cual como se establecerá en el proceso no se estructuró. Lo anterior, habida cuenta que en estos casos impera

el principio de la carga de la prueba. En ese orden de ideas en el entendido que, la empresa promotora de salud fue diligente, oportuna y perita al prestar sus servicios, deberán negarse todas las pretensiones de la demanda.

## OPOSICIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES “DECLARACIONES Y DE CONDENAS”

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión, en tanto que a la parte pasiva no le asiste ningún tipo de responsabilidad por los servicios médicos prestados a la señora **MARIA TERESA GARCIA**, ni existió falla alguna en la prestación de los servicios médicos. Lo anterior, por las siguientes razones:

- **Inexistencia de responsabilidad de la E.P.S. Sanitas, como consecuencia del cumplimiento de las obligaciones legales que le corresponden como entidad promotora de salud:** no es dable endilgar responsabilidad a E.P.S. Sanitas, en tanto desplegó todas las actuaciones tendientes a facilitar el acceso de la señora MARIA TERESA GARCÍA a todos los servicios de salud que requirió en atención a la evolución de su patología. Lo anterior por cuanto dio trámite a cada una de las órdenes médicas proferidas por los especialistas tratantes, profirió las respectivas autorizaciones para procedimientos y medicamentos que requería la paciente en cada uno de sus estadios de salud. Tan es así, que dentro de la demanda no se evidencia ninguna irregularidad o reproche por parte del apoderado de la parte demandante en lo atinente a la asignación de citas, acceso a procedimientos o medicamentos requeridos, así como tampoco ninguna dilación respecto de alguna autorización de servicios de salud. Razón por la cual, es improcedente proferir condena alguna en contra de E.P.S. Sanitas en su programa de Entidad Promotora de Salud, por cuanto ha dado cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales y normativas que estaban a su cargo. Lo anterior por cuanto la demandada ha sido la entidad que emitió todas las autorizaciones requeridas por la paciente, garantizó la continuidad, calidad, seguridad e idoneidad técnico-científica en la prestación de los servicios médicos y realizó el acompañamiento requerido para el caso de marras. Máxime, cuando en el ámbito de su

actividad de aseguramiento autorizó el suministro y cobertura de los servicios de salud requeridos por la paciente de forma adecuada y ajustada a su condición clínica sin imponer barreras administrativas.

- **Inexistencia de falla médica:** se tiene que los galenos de UROCAQ cumplieron con todos los parámetros médicos y lex artis para atender a la señora TERESA GARCIA y estas, en todo momento garantizaron los servicios de salud de la paciente a través del efectivo acceso a los servicios de salud, remisiones y atenciones inmediatas a sus requerimientos médicos. De tal forma que se desvirtuó la culpa que endilga la parte actora. Lo que desacredita en toda medida las alegaciones de la Demandante frente a una supuesta responsabilidad por parte de las demandadas. En síntesis, la prueba de diligencia en este caso recae en la historia clínica de la señora GARCIA, motivo por el cual, no existe alternativa distinta a exonerar de toda responsabilidad al extremo pasivo.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME Opongo** a la prosperidad de esta pretensión, en tanto que a la parte pasiva no le asiste ningún tipo de responsabilidad por los servicios médicos prestados a la señora TERESA GARCÍA, ni existió falla alguna en la prestación de los servicios médicos, por lo que no es posible entonces reclamar el pago de perjuicios a título de **DAÑO MORAL**, además, a ello se suma la siguiente razón:

- **Oposición al reconocimiento del DAÑO MORAL:** 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. Lo anterior, por cuanto en pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia se estableció que en el caso de muerte de la cónyuge o madre se le podrá reconocer a la víctima y a sus familiares de primer grado de consanguinidad la suma de \$60.000.000 y de \$36.000.000 para los parientes en segundo grado de consanguinidad, en tal sentido, siendo este caso de menor gravedad, las tasaciones deben ser inferiores a las mencionadas.

Resultando entonces que la suma solicitada por 400 salarios mínimos legales mensuales vigentes, para la parte Demandante es exorbitante y fuera de los lineamientos establecidos por la Corte Suprema de Justicia, más aún si se tiene en consideración que no obra en el plenario prueba que acredite que en efecto existió falla en la prestación del servicio de salud.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: ME OPONGO** a que se reconozca suma alguna a favor de los demandantes por concepto de perjuicios materiales y en concreto me opondré a cada uno de ellos de la siguiente manera:

- **LUCRO CESANTE: ME OPONGO** al reconocimiento y pago de la suma de \$100.000.000, por concepto de lucro cesante, toda vez que es inexistente la responsabilidad civil de la pasiva, de manera que no se puede asumir alguna obligación indemnizatoria derivada de estos hechos. Además, la pretensión es inviable por cuanto no se aporta prueba si quiera sumaria que soporte el valor solicitado, ni tampoco se hace una liquidación pormenorizada que permita inferir de donde se obtiene dicho resultado. Por lo anterior, esta pretensión deberá negarse.
- **DAÑO EMERGENTE: ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión, en tanto que a la parte pasiva no le asiste ningún tipo de responsabilidad por los servicios médicos prestados a la señora TERESA GARCIA, ni existió falla alguna en la prestación de los servicios médicos, por lo que no es posible entonces reclamar el pago de perjuicios a título de DAÑO EMERGENTE.

Es menester recordar que El Daño emergente hace referencia a un perjuicio patrimonial que debió sufragar el demandante por contexto del incumplimiento del demandado en sus responsabilidades. Así pues, para que se pueda determinar la existencia de un daño, la persona que lo ha sufrido debe justificarlo a través de evidencias verificables y debe cuantificar el valor al que asciende su pérdida, elementos de los que carece el caso a estudio, pues el apoderado del extremo actor solamente se limita a mencionar la existencia

de un daño emergente, omitiendo su deber de tasarlo y demostrarlo con material probatorio apropiado, por lo que, conforme a la ley, no hay lugar a que se le reconozca el daño emergente, pues no existe certeza de los gastos en los cuales incurrió la parte demandante con relación a los hechos del proceso.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA: ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión, por cuanto en primera medida, lo solicitado corresponde a la jurisdicción contenciosa administrativa y no a la ordinaria y, seguidamente; por sustracción de materia esta pretensión no tiene vocación de prosperidad, pues no existe responsabilidad civil en cabeza del extremo pasivo y por ende no hay lugar a indemnización y en consecuencia no es posible solicitar actualización alguna del valor solicitado.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA: ME OPONGO** a la prosperidad de la pretensión elevada en este numeral, puesto que no corresponde a la jurisdicción ordinaria, sino a la contenciosa administrativa, por lo que no hay lugar a solicitarla en el presente litigio.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA: ME OPONGO** a la prosperidad de la pretensión elevada en este numeral, puesto que no corresponde a la jurisdicción ordinaria, sino a la contenciosa administrativa, por lo que no hay lugar a solicitarla en el presente litigio. Aunado a ello, ninguno de los sujetos que conforma la parte pasiva dentro del presente proceso tienen obligación indemnizatoria alguna derivada de los hechos descritos en la demanda, y, consecuentemente, tampoco tienen obligación alguna con relación a intereses moratorios que requiere la parte actora en esta pretensión. Lo anterior, ante la evidente ausencia de los requisitos que acreditan la existencia de una responsabilidad civil, de conformidad con el acervo probatorio, la situación fáctica y los argumentos ya esgrimidos a lo largo del presente escrito.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN SÉPTIMA: ME OPONGO** a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las ya contestadas en párrafos anteriores, y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo. En

su lugar, solicito que se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

### III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

A pesar de que la demanda impetrada carece de juramento estimatorio me opondré de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso.

En cuanto a la categoría de daños patrimoniales o materiales, objeto su cuantía en atención a que la parte demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, puesto que no aportó prueba detallada del perjuicio cuya indemnización deprecia. No resulta entonces procedente lo solicitado respecto del reconocimiento y pago en favor de la parte demandante de sumas de dinero por concepto de daño emergente. Lo anterior, en tanto que no existe en el plenario del proceso prueba o elemento de juicio suficiente que permita acreditar el daño, pues (i) la parte accionante omite discriminar en que erogaciones incurrió a fin de concebir que existió una afectación de tal índole y, (ii) no fue allegado con el acervo probatorio, documento alguno que lograra demostrar el presunto detrimento patrimonial de los demandantes, más allá de la sola afirmación de haber sufrido dicho daño.

En lo concerniente al lucro cesante, es improcedente el reconocimiento de dicho concepto, en tanto, no se probó (i) que la señora TERESA GARCIA desarrollara una actividad económica, (ii) que percibiera ingresos y cuales eran, (iii) que tuviera un cese en sus actividades y (iv) que esta última se derivara como consecuencia de la atención medica brindada por las demandadas.

No resulta entonces procedente lo solicitado respecto del reconocimiento y pago en favor de la parte demandante de sumas de dinero por concepto de daños patrimoniales. Lo anterior, en tanto que no existe en el plenario del proceso prueba o elemento de juicio suficiente que permita acreditar un daño emergente o un lucro cesante.

En este orden de ideas, es preciso reiterar que la parte demandante tenía entre sus mandatos toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, cada uno de los daños por los cuales está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. Esta teoría ha sido ampliamente desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, debido a que sobre este particular ha establecido lo siguiente:

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

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

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

En virtud de lo expuesto, resulta claro que el extremo actor desconoció los mandatos legales y jurisprudenciales citados, dado que su estimación no obedece a un ejercicio razonado sino meramente especulativo. Razón por la cual, objeto enfáticamente el juramento estimatorio

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. M.P. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299.

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

presentado por el extremo actor.

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

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

Coadyuvo las excepciones propuestas la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. – 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., 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 la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. – E.P.S. SANITAS S.A.S., debido a que cumplió con todas las obligaciones que le conciernen como entidad promotora de salud. Lo anterior, como quiera que en el plenario del proceso obran pruebas documentales suficientes de las cuales se permite concluir que todas las autorizaciones requeridas para la atención de la señora MARIA TERESA GARCÍA fueron entregadas oportunamente y sin ningún tipo de dilación o trámite administrativo adicional. Con la aclaración de que E.P.S. SANITAS S.A.S. en su calidad de 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.

Esta excepción se funda, entre otros, en el hecho de que 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 - SGSSS, se traslada el riesgo de salud a la EPS escogida por el usuario con el ánimo que ésta 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 aseguramiento.<sup>3</sup>

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 a aquellas les corresponde organizar y garantizar la prestación del Plan de Salud Obligatorio hoy denominado Plan de Beneficios en Salud y girar los recursos para la atención médica de sus afiliados. Así las cosas, el aseguramiento constituye todas aquellas labores administrativas que realiza la E.P.S. para garantizar de 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 EPS.

Por consiguiente, el rasero con el que debe observarse el actuar de las ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD corresponde a calificar su diligencia para autorizar y permitir la atención médica en su papel de asegurador, por lo que solo se les puede deprecar su proceder en la facilitación de los servicios y tratamientos médicos, así como posibilitar el acceso a los medicamentos ordenados por el personal médico de las instituciones prestadoras de salud, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007. Así las cosas, en ninguna circunstancia se le transfiere a las E.P.S. la prestación de los servicios médicos asistenciales, diagnósticos o indicación farmacológica, sino la garantía de acceder a ellos.

En concordancia con lo anterior, la Corte Suprema de Justicia a dispuesto:

---

<sup>3</sup> 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.

*“Para que el juez declare que un hecho es obra de un agente, deberá estar probado en el proceso (sin importar a quien corresponda aportar la prueba), que el hecho desencadenante del daño ocurrió bajo su esfera de control y que actuó o dejó de actuar teniendo el deber jurídico de evitar el daño. El juicio de imputación del hecho quedará desvirtuado si se demuestra que el demandado no tenía tal deber de actuación.”<sup>4</sup>*

En el mismo pronunciamiento, la Corte determino respecto al juicio de reproche culpabilístico que:

**“En lo que respecta al componente subjetivo de la responsabilidad (exigible en los casos de responsabilidad por culpabilidad), no basta que la acción generadora del daño se atribuya al artífice como obra suya (imputatio facti), sino que hace falta entrar a valorar si esa conducta es meritoria o demeritoria de conformidad con lo que la ley exige (imputatio iuris). También en materia de culpabilidad, el dolo y la culpa se imputan a partir de un marco de sentido jurídico que valora la conducta concreta del agente (...)”** – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

En ese orden de ideas, la ley dispone que el alcance de las obligaciones de la EPS se circunscribe a garantizar los servicios de salud requeridos por el afiliado, sin que pueda llegar a entenderse que esta se extienda a la prestación directa de los servicios médicos, pues evidentemente esta es una función de las IPS.

Por lo tanto, en el caso concreto la responsabilidad de E.P.S. SANITAS S.A.S. únicamente podrá comprometerse si ésta no hubiera asumido, administrado y gestionado los riesgos de la señora TERESA GARCÍA y no hubiese realizado todas aquellas labores administrativas que realizan las

---

<sup>4</sup> Sentencia SC13925 del 24 de agosto de 2016, M.P. Ariel Salazar Ramírez.

entidades promotoras de salud para garantizar que los servicios de salud requeridos por el afiliado hubieran sido proporcionados. Todo esto sumado a la ausencia de los elementos necesarios para que pueda nacer a la vida jurídica una responsabilidad civil profesional por parte de la I.P.S. respecto a la prestación del servicio de salud.

Considerando lo anterior, la E.P.S. SANITAS S.A.S cumplió con sus obligaciones contractuales, por cuanto facilitó el acceso a la atención médica requerida por la señora MARIA TERESA GARCÍA y las prescripciones médicas del equipo de profesionales de la salud que intervinieron en la atención prodigada en la I.P.S UROCAQ EU I.P.S. Con fundamento en lo expuesto, debe señalarse entonces que E.P.S. SANITAS S.A.S. en su calidad de entidad promotora de salud, ha dado cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales y normativas que estaban a su cargo desde el primer momento en que se afilió a la señora GARCÍA. Pues ha sido la entidad que emitió todas las autorizaciones requeridas por la paciente, garantizó la continuidad, calidad, seguridad e idoneidad técnico-científica en la prestación de los servicios de salud y realizó el acompañamiento requerido para el caso de marras.

En conclusión, no es dable endilgar responsabilidad a E.P.S. SANITAS S.A.S., en tanto desplegó todas las actuaciones tendientes a facilitar el acceso de la señora MARIA TERESA GARCÍA a todos los servicios de salud que requirió en atención a la evolución de todas y cada una de sus patologías. Lo anterior por cuanto dio trámite a cada una de las órdenes médicas proferidas por los especialistas tratantes, profirió las respectivas autorizaciones para procedimientos y medicamentos que requería la paciente en cada uno de sus estadios de salud. Razón por la cual, es improcedente proferir condena alguna en contra de E.P.S. SANITAS S.A.S. en su programa de entidad promotora de salud, por cuanto ha dado cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales y normativas que estaban a su cargo desde el primer momento en que se afilió a la señora GARCÍA. Lo anterior por cuanto la demandada ha sido la entidad que emitió todas las autorizaciones requeridas por la paciente, garantizó la continuidad, calidad, seguridad e idoneidad técnico-científica en la prestación de los servicios médicos y realizó el acompañamiento requerido para el caso de marras. Máxime, cuando en el ámbito de su actividad de aseguramiento autorizó el suministro y cobertura de los

servicios de salud requeridos por la paciente de forma adecuada y ajustada a su condición clínica sin imponer barreras administrativas.

Por lo anterior, solicito señor Juez tenga como probada esta excepción.

### **3. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN Y TRATAMIENTO DILIGENTE, ADECUADO Y CARENTE DE CULPA REALIZADO POR PARTE DE UROCAQ.**

En el caso que nos atañe no existe falla médica que se le pueda imputar al Centro de Atención UROCAQ o a la E.P.S SANITAS S.A.S., por la atención médica prestada a la señora Teresa García, toda vez que, el accionar del personal médico fue adecuado y diligente desde el momento en que la señora García ingresó por primera vez a las instalaciones de la IPS. Lo anterior, en tanto que desde el ingreso de la señora María Teresa García a la IPS UROCAQ aduciendo que presentaba hemorragia incesable después de largo periodo de amenorrea se le brindaron las atenciones correspondientes en debida forma y de manera pronta, tanto así que le fue realizada citología y una vez leída se le ordena ecografía transvaginal y medicamentos como óvulos conjugados, seguidamente es remitida con especialista en ginecología, quien al leer la ecografía transvaginal decide ordenar hemograma y legrado uterino con biopsia de los cuales se desprende su diagnóstico de hiperplasia adenomatosa de endometrio y atendiendo a dicho diagnóstico se realiza histerectomía, asegurando en cada paso dado por los profesionales en la salud una atención de alta calidad, diligente y oportuna, en procura de salvaguardar la salud y la vida de la señora GARCÍA.

En términos generales, la responsabilidad médica es una institución jurídica que le permite al paciente y/o a sus familiares reclamar el resarcimiento de perjuicios causados como consecuencia de un acto médico, culposo o doloso, producido por parte de una entidad prestadora de servicios de salud. Para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, resulta necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa o dolo y la presencia de

un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico. No obstante, se debe tener en cuenta que, en el régimen de responsabilidad, se le permite al presunto causante del daño enervar dicha pretensión que busca la declaratoria de responsabilidad, mediante la acreditación de un actuar diligente y cuidadoso durante los procedimientos suministrados a los pacientes. Es decir, si la entidad prestadora de servicios de salud logra probar en el curso de un proceso judicial que su actuar fue diligente, enervará la responsabilidad que el demandante busca declarar en contra suya.

El anterior argumento ha sido recogido en una diversidad de providencias provenientes de las altas Cortes. En este sentido, éstas han explicado en una multiplicidad de ocasiones que, al ser las obligaciones de los médicos obligaciones de medio, el hecho de demostrar debida diligencia en los servicios de salud suministrados los exonera de cualquier pretensión indemnizatoria. Es importante tener en cuenta la siguiente sentencia de la Corte Constitucional, en donde se expone lo dicho de la siguiente forma:

*“La comunicación de que **la obligación médica es de medio y no de resultado**, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacérsele saber cuál es la responsabilidad médica<sup>5</sup> .” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Otro pronunciamiento del más alto tribunal constitucional se refirió en el mismo sentido al decir:

*“Si **bien las intervenciones médicas son de medio y no de resultado**, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio, implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida<sup>6</sup> .” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

<sup>5</sup> Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, MP. Alejandro Martínez Caballero.

<sup>6</sup> Corte Constitucional. Sentencia del 05 de abril de 2001. Expediente T-398862. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

Así mismo, la Corte Suprema de Justicia, sentencia del 15 de septiembre de 2016, se pronunció en de la siguiente forma:

*“(…) **El médico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo**; de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación (…)”<sup>7</sup>*

Ahora bien, resumiendo la jurisprudencia anteriormente expuesta, no queda duda que para el más alto tribunal constitucional y para el más importante juzgador de la Jurisdicción Civil, existe un criterio unánime que explica que la regla general es que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. Teniendo en cuenta lo anterior, resulta pertinente ilustrar cómo las más altas cortes de Colombia han explicado que una declaratoria de responsabilidad médica puede ser enervada a partir de la prueba de la debida diligencia del demandado. De este modo, la Corte Suprema de Justicia ha sido clara al establecer:

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

---

<sup>7</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016. Radicado No. 2001-00339. M.P. Margarita Cabello Blanco.

*condiciones propias del afectado, entre otros.”<sup>8</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En el mismo pronunciamiento indicó:

*“El criterio de normalidad está ínsito en la lex artis, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida. En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico.”<sup>9</sup>*

De forma similar, en pronunciamiento del 30 de septiembre de 2016, la Corte Suprema de Justicia expuso que:

*“**La responsabilidad civil** derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio –se reitera– **se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS** o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; **o la debida diligencia y cuidado** de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia”<sup>10</sup>. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

<sup>8</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación. Sentencia del 24 de mayo de 2017. Radicado 110-2017 M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

<sup>9</sup> Ibidem.

<sup>10</sup> Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia del 30 de septiembre de 2016, Mp. Ariel Salazar Ramírez, Radicado

Previo al análisis que se realizará respecto de la diligencia de los sujetos que componen el extremo pasivo del litigio, es menester precisar el contenido obligacional al que están sometidos los médicos y el régimen jurídico que de este se desprende. Esto es, la sujeción a una obligación de medios en la práctica de los actos médicos y el régimen subjetivo de responsabilidad que le es aplicable en consecuencia. Así se encuentra en el artículo 26 de la ley 1164 de 2007, el fundamento legal de la obligación de medios del médico en los siguientes términos:

***“ARTÍCULO 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.”*** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Conforme a lo precitado, en el presente caso se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por la parte activa para configurar responsabilidad de las Instituciones médicas. Puesto que la obligación en la prestación del servicio de salud es de medios, en virtud de la norma precitada. Aunado a ello, la parte demandante debe demostrar la configuración de los tres elementos sine qua non para determinar la responsabilidad, esto es (i) La falla, (ii) El daño antijurídico y (iii) El nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, lejos de probar el error médico y los tres aspectos anotados con anterioridad, de la documentación que conforma el expediente se puede observar que la atención médica brindada por la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.S y UROCAQ se sujetó a los más altos estándares médicos al momento de proporcionar un servicio de salud a la señora GARCÍA.

---

05001-31-03-003-2005-00174-01

Cali - Av. 6A Bis #35N-100, Oficina 212, Cali, Valle del  
Cauca, Centro Empresarial Chipichape  
+57 315 577 6200 - 602-6594075  
Bogotá - Calle 69 No.04-48 Oficina 502, Ed. Buro 69  
+57 3173795688 - 601-7616436

Visto lo anterior, para exponer de forma idónea las razones por las que la entidad hospitalaria y prestadora de salud actuaron con la debida diligencia y cuidado durante la atención médica prestada a la señora María Teresa García. Es menester comenzar señalando que no es cierto que no se le haya dado la atención idónea a la paciente o que incluso haya un error médico dentro de las actuaciones de los galenos. Lo anterior en atención a que en la historia clínica se puede apreciar que tanto desde su primer ingreso a la IPS UROCAQ y sus citas posteriores hasta la realización de los procedimientos quirúrgicos, las entidades demandadas efectuaron un seguimiento idóneo al estado de salud de la paciente con el fin de que obtuviera un diagnóstico adecuado y una recuperación de su salud, tal como se puede evidenciar a continuación:

En la historia clínica aportada por los demandantes se puede observar que los demandados actuaron con diligencia, pericia, de manera oportuna y pusieron a disposición de la señora TERESA GARCÍA todos los exámenes y ayudas diagnosticas que su enfermedad requería, tal como en los apartes siguientes se muestra:

**DIAGNOSTICO**  
Diagnóstico Principal: Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada (N939), Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

**PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**  
FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Estrógenos conjugados Crem vag 0.0625%: Introducir (vía vaginal) cada 24 hora(s) por 6 día(s). Cantidad total: 1, Número de entregas: 1

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**  
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL, No. 1, CC DE LARGA DATA CON EPISODIOS DE SANGRADO GENITAL LUEGO DE PERIODO DE 2 AÑOS DE AMENORREA. SE REQUIERE DE ECO PELVICA. ESTROGENOS CONJUGADOS..

*Documento: 022RECEPCIONCONTE\_PRUEBAS - folio 8 Historia Clínica del 27/11/2019 E.P.S Sanitas - UROCAQ EU IPS, FLORENCIA.*

*Transcripción esencial: "Se solicita ecografía pélvica ginecológica transvaginal...se requiere eco pélvica, estrógenos conjugados."*

Como se denota del fragmento aportado, a la señora García se le ordena la realización de examen medico ecografía transvaginal, esto por cuanto la citología revisada por el médico general Milán

Gerardo Ríos contenía irregularidades, por lo que se hacía necesario realizar exámenes más profundos para emitir un diagnóstico acertado y oportuno.

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Hemorragia postmenopausica (N950), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, No. 1, paciente queye ingresa a consulta pro presentar sangrado vaginal quien que hace 2 años presento amenorrea quien luego inicoo un sangrado tipo metrorragias con ecografia que revela endometrio engrosado se da orden de legrado biopsia.  
2. Se solicita LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO, No. 1, paciente queye ingresa a consulta pro presentar sangrado vaginal quien que hace 2 años presento amenorrea quien luego inicoo un sangrado tipo metrorragias con ecografia que revela endometrio engrosado se da orden de legrado biopsia.

**PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN**

1. Se solicita interconsulta a Anestesiología Por solicitud del médico tratante. Justificación: prequirurgico  
. Observaciones: prequirurgico.  
2. Se solicita remisión Ginecología y Obstetricia Por solicitud del médico tratante. Justificación: CC DE LARGA DATA CON EPISODIOS DE SANGRADO GENITAL LUEGO DE PERIODO DE 2 AÑOS DE AMENORREA. TRAE REPORTE DE ECO PELVICA QUE MUESTRA ENGROSAMIENTO ENDOMETRIAL. REFIERE SANGRADO GENITAL LEVE PERO CONSTANTE. SE REMITE A GINECOLOGIA .

*Documento: 022RECEPCIONCONTE\_PRUEBAS - folio 12. Historia Clínica del 13/01/2020 07:26:58. E.P.S Sanitas - UROCAQ EU IPS, FLORENCIA.*

*Transcripción esencial: "1. Se solicita Hemograma IV (...).2. Se solicita Legrado Uterino Ginecológico.*

*PLAN DE MANEJORA-REFERENCIA-INTERSONSULTA-REMISIÓN. 1.Se solicita interconsulta con Anestesiología (...) 2. Se solicita remisión con ginecología y obstetricia (...)"*

Del citado fragmento y continuando con las atenciones médicas, es necesario primero indicar que aquel día la señora TERESA GARCÍA fue vista por el Doctor Elkin Cerchiaro quien es especialista en ginecología y quien en su experticia, al analizar los resultados de la ecografía transvaginal considera pertinente la realización de hemograma y de legrado uterino con biopsia para la resección de muestra que permitiera realizar un acertado diagnóstico de la enfermedad que presentaba la hoy demandante, demostrándonos de nueva cuenta que, las demandadas siempre actuaron con diligencia y pericia en cada una de sus actuaciones.

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**  
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, No. 1, PACIENTE QUE INGRESA A CONSULTA POR PRESENTAR SANGRADO VAGINAL CON REPORTE DE PATOLOGIA QUE REEVL A ENDOEMTRIO CON HIPEPLASIA A DENOPAMTOSA COMPLEJA DONDE FAVORECE MAS A ESTA PATOLOGIA QUE AUNA ADENOCARCINOMA ENDOEMTRIOIDE.
2. Se solicita TIEMPO DE PROTROMBINA [TP], No. 1, PACIENTE QUE INGRESA A CONSULTA POR PRESENTAR SANGRADO VAGINAL CON REPORTE DE PATOLOGIA QUE REEVL A ENDOEMTRIO CON HIPEPLASIA A DENOPAMTOSA COMPLEJA DONDE FAVORECE MAS A ESTA PATOLOGIA QUE AUNA ADENOCARCINOMA ENDOEMTRIOIDE.
3. Se solicita TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP], No. 1, PACIENTE QUE INGRESA A CONSULTA POR PRESENTAR SANGRADO VAGINAL CON REPORTE DE PATOLOGIA QUE REEVL A ENDOEMTRIO CON HIPEPLASIA A DENOPAMTOSA COMPLEJA DONDE FAVORECE MAS A ESTA PATOLOGIA QUE AUNA ADENOCARCINOMA ENDOEMTRIOIDE.
4. Se solicita HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA, No. 1, PACIENTE QUE INGRESA A CONSULTA POR PRESENTAR SANGRADO VAGINAL CON REPORTE DE PATOLOGIA QUE REEVL A ENDOEMTRIO CON HIPEPLASIA A DENOPAMTOSA COMPLEJA DONDE FAVORECE MAS A ESTA PATOLOGIA QUE AUNA ADENOCARCINOMA ENDOEMTRIOIDE.

**PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISION**  
INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Anestesiología Por solicitud del médico tratante. Justificación: PREQUIRURGICO .

*Documento: 022RECEPCIONCONTE\_PRUEBAS - folio 22. Historia clínica del 18/05/2020 10:23:39. E.P.S Sanitas - UROCAQ EU IPS, FLORENCIA.*

*Transcripción esencial: "1. Se solicita Hemograma IV (...).2. Se solicita Tiempo de trombina (...).3. Se solicita tiempo de trombina parcial (...).4. Se solicita Histerectomía total por laparotomía*

*PLAN DE MANEJORA-REFERENCIA-INTERCONSULTA-REMISIÓN. 1.Se solicita interconsulta con Anestesiología (...)."*

En la presente atención médica, que nuevamente se realiza con especialista en ginecología Doctor Elkin Cerchiaro, el profesional en la salud, al revisar el reporte de patología que se realiza a la muestra obtenida en el procedimiento de legrado uterino, encuentra que los hallazgos obedecen al diagnóstico de hiperplasia adenomatosa endometrial y no al de un adenocarcinoma endometrial, por lo que procede a enviar los exámenes y procedimientos necesarios para el diagnóstico de hiperplasia adenomatosa endometrial, dando muestras nuevamente de la pericia del doctor Cerchiaro y de cada uno de los médicos que atendieron a la señora García, así como de la diligencia y rapidez de las atenciones prestadas a la hoy demandante.

Como puede observarse en los anteriores fragmentos de la historia clínica de la señora MARIA TERESA GARCÍA, la paciente fue valorada por los médicos de UROCAQ EU IPS, institución

adscrita a la red de servicios de la E.P.S SANITAS S.A.S y tal como se indica y se le enviaron los exámenes y procedimientos quirúrgicos necesarios para procurar la mejoría de su salud. De tal manera que, como se observa de los apartes de la historia clínica y del documento completo que fue anexado por los demandantes y por la E.P.S SANITAS S.A.S, las hoy demandadas en realidad obraron con diligencia y pusieron a disposición de la señora TERESA GARCÍA toda su fuerza médica y administrativa para la preservación de su salud.

Ahora bien, el apoderado de los demandantes funda el litigio que nos ocupa en tres elementos, (i) la no realización de todos los exámenes necesarios para el caso, (ii) el presunto error de la remisión a especialista en oncología y (iii) la supuesta demora que se tuvo al enviar a la paciente con especialista en ginecooncología. Sin embargo, el dicho de los demandantes no está sustentado con ningún medio de prueba, ni aporta literatura médica que respalde lo que narra. A continuación, se demuestra porque los argumentos en los que el apoderado demandante cimienta el no tienen asidero en la realidad.

1. Actuaciones que reflejan que a la paciente se le practicaron todos los exámenes médicos requeridos para un adecuado diagnóstico:

Contrario a ello, frente a la afirmación de los demandantes respecto a la no realización de los exámenes adecuados para el diagnóstico de carcinoma de endometrio, el Instituto Nacional del Cáncer del Gobierno de Estados Unidos establece que son varios los métodos que pueden utilizarse para una correcta evaluación diagnóstica.

***“Evaluación diagnóstica***

*Para diagnosticar un cáncer de cuello uterino, es posible utilizar los siguientes procedimientos:*

- *Ecografía transvaginal.*
- *Biopsia del endometrio.*
- *Examen pélvico.*

- Dilatación y legrado (DyL).
- Histeroscopia.

Para el diagnóstico definitivo del cáncer de endometrio se necesita realizar un procedimiento para extraer muestras directamente del tejido endometrial.

*El frotis de Pap no es un procedimiento confiable para detectar el cáncer de endometrio, aunque en un estudio retrospectivo se encontró una correlación firme entre los resultados positivos de los estudios citológicos del cuello uterino y la enfermedad endometrial de riesgo alto (es decir, tumor de grado alto e invasión profunda del miometrio). En un estudio prospectivo se encontró una relación estadísticamente significativa entre las características malignas en el estudio citológico y el aumento del riesgo de enfermedad ganglionar.”<sup>11</sup>*

Tal como se lee en la cita anterior, son varios los procedimientos que pueden ser realizados para el adecuado diagnóstico y tratamiento del cáncer de endometrio. A continuación, se observan varios apartes de la historia clínica de la señora MARIA TERESA GARCÍA, que demuestran que no fue 1 solo el procedimiento utilizado para si diagnóstico, sino que se le realizaron 4 de ellos para tener total certeza de la realidad de su patología y del tratamiento que conforme a ello debían seguir los profesionales en la salud. Observemos:

- Teniendo en cuenta que la literatura médica citada nos ha indicado que existe una relación entre los resultados positivos de los estudios citológicos del cuello uterino y la enfermedad endometrial de riesgo alto, se inicia identificando que la señora MARIA TERESA GARCÍA fue sometida a examen citológico.

---

<sup>11</sup> Tratamiento del cáncer de endometrio (PDQ®)—Versión para profesionales de salud.

27/11/2019 07:15:59. E.P.S Sanitas - UROCAQ EU IPS, FLORENCIA

Datos del profesional de la salud: Milan Gerardo Rios Alvarado. Reg. Médico. 17642294. Medicina General.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.

Admisión No. 36237067. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-4814351-1-1

Fecha de Nacimiento: 03/01/1966 Edad del paciente: 53 años. Estado Civil: Otros. Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados.

Dirección: B/VIA MORELIA KM 6 Teléfono: 3182793581 Ciudad: FLORENCIA

Vinculación: Contributivo

Responsable: MARIA TERESA GARCIA - Paciente Telefono: 3182793581.

Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MARIA TERESA GARCIA.

Motivo de consulta: TRAE CITOLOGIA PARA LECTURA, TENGO SANGRADOS..

Enfermedad Actual: CC DE LARGA DATA CON EPISODIOS DE SANGRADO GENITAL LUEGO DE PERIODO DE 2 AÑOS DE AMENORREA.

CITOLOGIA: ATROFIA VAGINAL..

*Documento: 022RECEPCIONCONTE\_PRUEBAS - folio 7.*

*Transcripción esencial: "(...) Trae citología para lectura (...)".*

Tal y como se observa, en fecha del 27 de noviembre de 2019 la señora MARIA TERESA GARCÍA presenta su resultado de citología a médico de UROCAQ EU I.P.S, lo que indica que la entidad mencionada, como I.P.S adscrita a la E.P.S SANITAS S.A.S realizó dicha valoración sugerida por la literatura médica para el correcto diagnóstico y evaluación del cáncer de endometrio.

- Ahora bien, la literatura médica nos indica que se también puede realizarse ecografía transvaginal -examen pélvico, con la finalidad de evaluar los órganos de la pelvis en los casos similares y tal como se observa, a la hoy demandante le fue ordenado examen denominado Ecografía Pélvica Transvaginal.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS  
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL, No. 1, CC DE LARGA DATA CON EPISODIOS DE SANGRADO GENITAL LUEGO DE PERIODO DE 2 AÑOS DE AMENORREA. SE REQUIERE DE ECO PELVICA. ESTROGENOS CONJUGADOS..

*Documento: 022RECEPCIONCONTE\_PRUEBAS - folio 8.*

*Transcripción esencial: "PLAN DE MANEJO-ORDENES DE PROCEDIMIENTOS:*

*1. Se solicita ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL (...)"*

Tal como se observa a folio 8 del documento denominado 022RECEPCIONCONTE\_PRUEBAS, en atención del 27 de noviembre de 2019 en UROCAQ EU I.P.S por el médico MILAN GERARDO RÍOS, a la señora MARIA TERESA GARCIA se le ordena Ecografía pélvica transvaginal, realizando otro procedimiento para la correcta evaluación de la patología y por ende correcto diagnóstico del padecimiento de la señora MARIA TERESA GARCÍA.

- Ahora, continuando con los exámenes que pueden realizarse según la literatura médica para un correcto diagnóstico del cáncer de endometrio se requiere extraer muestras directas del tejido endometrial, en tal sentido se realiza a la demandante biopsia del endometrio y legrado.

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**  
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, No. 1, paciente que ingresa a consulta pro presentar sangrado vaginal quien que hace 2 años presento amenorrea quien luego inicoo un sangrado tipo metrorragias con ecografia que revela endoemtrio engrosado se da orden de legrado biopsia.

2. Se solicita LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO, No. 1, paciente que ingresa a consulta pro presentar sangrado vaginal quien que hace 2 años presento amenorrea quien luego inicoo un sangrado tipo metrorragias con ecografia que revela endoemtrio engrosado se da orden de legrado biopsia.

**PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN**

1. Se solicita interconsulta a Anestesiología Por solicitud del médico tratante. Justificación: prequirurgico  
Observaciones: prequirurgico.

2. Se solicita remisión Ginecología y Obstetricia Por solicitud del médico tratante. Justificación: CC DE LARGA DATA CON EPISODIOS DE SANGRADO GENITAL LUEGO DE PERIODO DE 2 AÑOS DE AMENORREA. TRAE REPORTE DE ECO PELVICA QUE MUESTRA ENGROSAMIENTO ENDOMETRIAL. REFIERE SANGRADO GENITAL LEVE PERO CONSTANTE. SE REMITE A GINECOLOGIA .

*Documento: 022RECEPCIONCONTE\_PRUEBAS - folio 12.*

*Transcripción esencial: “(...)2. Se solicita LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO... se da orden de legrado biopsia”.*

En atención médica del 13 de enero del 2020, en UROCAQ EU IPS a la señora TERESA GARCÍA le fue ordenado legrado uterino ginecológico y biopsia por el médico Elkin David Cerchiaro, como elemento necesario para la toma directa de muestra del tejido endometrial, lo que se requería para un diagnóstico correcto de los padecimientos de la demandante.

- Actuaciones que reflejan que a la paciente se le practicaron todos los exámenes médicos requeridos para un adecuado diagnóstico:

Ahora, frente a la remisión realizada a la especialidad de Oncología que la parte demandante acusa de errada, es menester indicar que los resultados de la paciente no revelaron padecimiento de carcinoma endometrial hasta ya realizada la histerectomía, que cabe aclarar, se realiza como procedimiento ante el diagnóstico de hiperplasia adenomatosa del endometrio, diagnóstico que se realiza en consulta del 16 de marzo de 2020 en la cual se evalúan los resultados de la biopsia realizada, que como ya se mencionó, no revelaba diagnóstico de carcinoma in situ del endometrio, tal como se observa a continuación.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

paciente que ingresa a consulta pro presentar resultado de legrado biopsia que revela hipereplasia adenomatosa compleja con poliestratificación y tipismo nuclear que tiene citología normal con leucorrea fetida amarillenta acompañada de sensación de calor

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Hiperplasia adenomatosa del endometrio (N851), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.  
Diagnóstico Asociado 1: Estados menopausicos y climatericos femeninos (N951), Impresión diagnóstica.  
Diagnóstico Asociado 2: Vaginitis aguda (N760), Impresión diagnóstica.

*Documento: 022RECEPCIONCONTE\_PRUEBAS - folio 18.*

*Transcripción esencial: "Diagnostico Principal: Hiperplasia adenomatosa del endometrio".*

Así mismo, en consulta de control el día 18 de mayo de 2020 se ordena el procedimiento de Histerectomía total por laparotomía ante el diagnóstico de Hiperplasia adenomatosa del endometrio.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

PACIENTE QUE INGRESA A CONSULTA POR PRESENTAR SANGRADO VAGINAL CON REPORTE DE PATOLOGIA QUE REEVLA ENDOEMTRIO CON HIPEPLASIA A DENOPAMTOSA COMPLEJA DONDE FAVORECE MAS A ESTA PATOLOGIA QUE AUNA ADENOCARCINOMA ENDOEMTRIOIDE

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: **Hiperplasia** adenomatosa del endometrio (N851), Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, No. 1, PACIENTE QUE INGRESA A CONSULTA POR PRESENTAR SANGRADO VAGINAL CON REPORTE DE PATOLOGIA QUE REEVLA ENDOEMTRIO CON HIPEPLASIA A DENOPAMTOSA COMPLEJA DONDE FAVORECE MAS A ESTA PATOLOGIA QUE AUNA ADENOCARCINOMA ENDOEMTRIOIDE.
2. Se solicita TIEMPO DE PROTROMBINA [TP], No. 1, PACIENTE QUE INGRESA A CONSULTA POR PRESENTAR SANGRADO VAGINAL CON REPORTE DE PATOLOGIA QUE REEVLA ENDOEMTRIO CON HIPEPLASIA A DENOPAMTOSA COMPLEJA DONDE FAVORECE MAS A ESTA PATOLOGIA QUE AUNA ADENOCARCINOMA ENDOEMTRIOIDE.
3. Se solicita TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP], No. 1, PACIENTE QUE INGRESA A CONSULTA POR PRESENTAR SANGRADO VAGINAL CON REPORTE DE PATOLOGIA QUE REEVLA ENDOEMTRIO CON HIPEPLASIA A DENOPAMTOSA COMPLEJA DONDE FAVORECE MAS A ESTA PATOLOGIA QUE AUNA ADENOCARCINOMA ENDOEMTRIOIDE.
4. Se solicita HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA, No. 1, PACIENTE QUE INGRESA A CONSULTA POR PRESENTAR SANGRADO VAGINAL CON REPORTE DE PATOLOGIA QUE REEVLA ENDOEMTRIO CON HIPEPLASIA A DENOPAMTOSA COMPLEJA DONDE FAVORECE MAS A ESTA PATOLOGIA QUE AUNA ADENOCARCINOMA ENDOEMTRIOIDE.

*Documento: 022RECEPCIONCONTE\_PRUEBAS - folio 22.*

*Transcripción esencial: "DIAGNOSTICO: Diagnóstico principal: Hiperplasia adenomatosa del endometrio... 4. Se solicita HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA No. 1, Paciente que ingresa a consulta por presentar sangrado vaginal con reporte de patología que revela endometrio con hiperplasia adenomatosa compleja donde favorece más a esta patología que a una adenocarcinoma endometriode."*

En consulta de control post histerectomía del 01 de agosto de 2020 la señora MARIA TERESA GARCIA lleva resultados de patología, que en esta oportunidad si revela adenocarcinoma endometriode, tal como se ve a continuación:

01/08/2020 07:56:50. E.P.S Sanitas - UROCAQ EU IPS, FLORENCIA

Datos del profesional de la salud: Elkin David Cerchiaro Martinez. Reg. Médico. 84454143. Ginecología y Obstetricia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Contrarreferencia.

Admisión No. 42926403. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-4814351-1-1

Fecha de Nacimiento: 03/01/1966 Edad del paciente: 54 años. Estado Civil: Otros. Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados.

Dirección: B/VIA MORELIA KM 6 Teléfono: 3182793581 Ciudad: FLORENCIA

Vinculación: Contributivo

Responsable: MARIA TERESA GARCIA - Paciente Telefono: 3182793581.

Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MARIA TERESA GARCIA.

Motivo de consulta: Paciente que consulta por .

Enfermedad Actual: paciente que ingresa a consulta por presentar control pos histerectomía quien trae patología que revela adenocarcinoma tipo endometriode tamaño de 3,6 x 1cm de localización ant y posterior con infiltración que sobrepasa el tercio medial de miometrio hasta 6 mm infiltración el 50% de el endometrio sin evidencia de compromiso de vasos linfático y sanguíneo sin siembra en la serosa parametrio derecho izquierdo libre de tumor bordes seccion perimetrales libre de tumor .

*Documento: 022RECEPCIONCONTE\_PRUEBAS - folio 39.*

*Transcripción esencial: "(...) Paciente que ingresa a consulta por presentar control pos histerectomía quien trae patología que revela adenocarcinoma tipo endometriode (...)."*

Es por ello que el médico especialista en ginecología y obstetricia tratante, el Dr. Elkin Cerchiaro decide remitir con especialista en oncología clínica.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

paciente que ingresa a consulta por presentar control pos histerectomía quien trae patología que revela adenocarcinoma tipo endometriode tamaño de 3,6 x 1cm de localización ant y posterior con infiltración que sobrepasa el tercio medial de miometrio hasta 6 mm infiltración el 50% de el endometrio sin evidencia de compromiso de vasos linfático y sanguíneo sin siembra en la serosa parametrio derecho izquierdo libre de tumor bordes seccion perimetrales libre de tumor se remite a oncología

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Carcinoma in situ del endometrio (D070), Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN

INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Oncología Clínica Por solicitud del médico tratante. Justificación: ginecooncología p¿rioritaria .

*Documento: 022RECEPCIONCONTE\_PRUEBAS - folio 40.*

*Transcripción esencial: "PLAN DE MANEJO-REFERENCIA-INTERCONSULTA-REMISIÓN: 1. Se solicita interconsulta con Oncología Clínica por solicitud del médico tratante. Justificación: ginecología prioritaria."*

Tal como se observa del recuento del historial clínico de la señora TERESA GARCIA, la remisión a oncología clínica por parte del especialista Elkin Cerchiaro no se tratade un error, sino que obedece

al diagnóstico descubierto en la patología llevada por la paciente en su consulta de control post histerectomía, puesto que hasta aquel momento los exámenes realizados a la señora GARCIA no indicaban presencia de Carcinoma in situ del endometrio.

- Inexistencia de demoras en los procesos de consulta con ginecologooncología.

Frente a la supuesta demora en la remisión de la paciente con especialista en ginecologooncologia, se tiene que lo manifestado carece de sentido frente a lo ya expuesto, pues como se pudo observar del recuento realizado del historial clínico de la demandante, esta no presentaba diagnóstico de carcinoma in situ del endometrio con anterioridad a la realización de la histerectomía, por lo que no se puede alegar una demora en una remisión que conforme a los hallazgos clínicos de la paciente no era necesaria.

Tal y como se evidencia en la Historia Clínica, la señora MARIA TERESA GACÍA acude a la IPS UROCAQ el día 01 de agosto de 2020, a cita de control de histerectomía y trae consigo el reporte de patología que revela en esta oportunidad presencia de adenocarcinoma tipo endometrioide, que como ya mencionamos y se ha observado, no se presentaba en las primeras muestras tomadas del tejido que fueron analizadas en consulta del 18 de mayo de 2020. Lo que afirma que la entidad médica actuaba conforme a los resultados obtenidos en los exámenes practicados y síntomas que padecía la paciente, prestando así el servicio de forma adecuada ajustándose a los protocolos de la lex artis, y destinándose todos los medios para para procurar el bienestar del paciente.

Teniendo en cuenta lo esbozado en los párrafos previos, es evidente que la falla médica que se pretende imputar en la demanda, no se debe a algún actuar imprudente o negligente de los demandados. puesto que: (i) desde el ingreso de la paciente a la entidad hospitalaria, esta actúo con cuidado y diligencia, y observando los protocolos de la lex artis.; (ii) se destinaron todos los medios para para procurar el bienestar de la paciente. (iii) se demostró que los procedimientos se llevaron a cabo con oportunidad, asertividad y sin complicaciones, tanto así, que en ninguna parte de la demanda mencionan que la señora GARCIA actualmente posea un mal estado de salud y así

mismo, en controles posteriores realizados a la demandante se observan resultados negativos para la presencia de cáncer de endometrio; en tal sentido es evidente que las acusaciones realizadas por los demandantes con miras a imputar una responsabilidad civil en cabeza de las demandadas carece de sustento probatorio.

En conclusión, del estudio de la historia clínica obrante en el proceso se evidencia claramente que las entidades demandadas obraron con la debida diligencia, oportunidad e idoneidad frente a la atención en salud prestada a la paciente María Teresa García, puesto que se encuentra totalmente probado que los galenos tratantes desplegaron conductas tendientes a darle manejo adecuado al cuadro clínico de la paciente. Lo que desacredita en toda medida las alegaciones de los Demandantes frente a una supuesta responsabilidad por parte de las demandadas. Máxime, porque la historia clínica refleja que los controles médicos llevados a cabo con posterioridad, durante los años 2021 y 2022, reflejan que la señora mantiene periodos libres de enfermedad oncológica, sin que exista causa entonces para que se pretenda imputar responsabilidad a las demandadas, pues es clara la inexistencia de una falla médica.

## **2. INEXISTENTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DE LA E.P.S. SANITAS S.A.S y LA IPS UROCAQ EU IPS.**

Se formula esta excepción con el fin de exponer la inexistencia de nexo causal entre las conductas de la E.P.S SANITAS S.A.S, y su IPS adscrita y el presunto daño sufrido por la señora MARIA TERESA GARCIA – que dicho sea de paso, no se encuentra probado - y los demás demandantes. Esto por cuanto en primer lugar, el procedimiento quirúrgico realizado a la paciente (LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO), se realizó de manera adecuada tal como lo indica la literatura médica y la *lex artis* como tratamiento a seguir en caso de diagnóstico de CARCINOMA DE ENDOMETRIO. En segundo lugar, porque no existe una relación de causalidad entre las atenciones médicas y el daño alegado por la parte actora. Por el contrario, existe constancia de la oportuna y diligente

atención médica a la paciente en todos los cuadros clínicos que presentó quedando completamente probada la diligencia en todas las actuaciones de UROCAQ EU IPS y el HOSPITAL MARIA INMACULADA, como I.P.S adscritas a la red de servicios de la E.P.S SANITAS S.A.S. En tercer lugar, no existe nexo de causalidad, dado que la parte demandante no logra identificar ni demostrar el evento que acusa como falla del servicio médico; por lo que, como consecuencia, no logra demostrar un nexo de causalidad entre las conductas del extremo pasivo y el daño sufrido en el caso a estudio.

Ahora bien, la parte Demandante funda el litigio que nos ocupa en la supuesta afectación en la salud que sufrió en virtud de la presencia de cáncer de la señora Teresa García, sin embargo, pasan por alto que su situación de cáncer no se debe a una conducta de la IPS, máxime, cuando la historia clínica refleja que en efecto, después de los procedimientos que se le realizaron, la señora Teresa continuó durante 2021 y 2022 en controles oncológicos, en los que se observaron periodos libres de enfermedad oncológica. Luego entonces, es claro que el dicho de la Demandante respecto a la existencia de un daño o de una conducta de las demandadas que generara un daño, no está sustentado con ningún medio de prueba. Así, ante esta insuficiencia demostrativa deberán despacharse desfavorablemente todas las pretensiones indemnizatorias del Demandante, pues no cumple con demostrar fehacientemente los elementos estructurales de la responsabilidad

Para empezar, debe recordarse que la teoría de la causalidad aplicada en Colombia es la causalidad adecuada. A diferencia de la teoría de la equivalencia de condiciones, en la que simplemente basta aplicar el método de la supresión mental hipotética y determinar si el hecho final se hubiere o no presentado con determinada actuación. La teoría de la causa adecuada exige un filtro adicional en el que de esa multiplicidad de causas que se pueden presentar en el mundo fenomenológico que pueden ser condiciones *sine qua non*, serán relevantes solo aquellas de las que fuera previsible el resultado.

La teoría de la causa adecuada ha sido la escogida por la jurisprudencia del Consejo de Estado en diferentes sentencias como la teoría aplicable en Colombia, de las cuales se destacan recientes

sentencias de fecha 14 de junio de 2019<sup>12</sup>, 29 de abril de 2019<sup>13</sup> y 27 de septiembre de 2018<sup>14</sup>. Esta excepción se funda, además de lo expuesto, en el hecho de que no existe prueba alguna que acredite relación de causalidad entre el daño alegado por los demandantes y la actuación de las actuaciones desplegadas por UROCAQ EU IPS como IPS adscrita a la red de servicios de la E.P.S SANITAS S.A.S. Por ende, la falencia de ese requisito indispensable destruye cualquier posibilidad de erigir válidamente un cargo de responsabilidad civil contra aquel. En este orden de ideas, es claro como lo sostuvo el profesor Valencia Zea y lo ha recogido la jurisprudencia del Consejo de Estado, 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 extremo demandado.

Así las cosas, en el caso que nos ocupa, encontramos que en el caso de marras no existe nexo causal entre las conductas desplegadas por UROCAQ EU IPS como institución adscrita a la red de servicios de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S y el presunto daño sufrido por la señora MARIA TERESA GARCÍA, por varias razones que se proceden a exponer. En primer lugar, no existe nexo causal por cuanto la historia clínica refleja claramente que la señora MARIA TERESA GARCÍA se le realizó el procedimiento quirúrgico adecuado, aceptado y recomendado por la literatura médica para el cuadro médico de CARCINOMA DE ENDOMETRIO. Dicho procedimiento quirúrgico se realizó de la manera adecuada según lo ha establecido la literatura médica, sin omitir ningún paso y, por el contrario, obrando con total diligencia en todas las actuaciones.

Por el contrario, lo que se encuentra probado es que las conductas las demandadas únicamente se encaminaron a propender por el bienestar de la señora MARIA TERESA GARCÍA, sin que ello implicara una aceptación de responsabilidad sobre los malestares físicos y emocionales que su

<sup>12</sup> Sección Tercera -subsección A- del Consejo de Estado. Radicado No. 2133425. MP: MARÍA ADRIANA MARÍN.

<sup>13</sup> Sección Tercera -subsección A- del Consejo de Estado. Radicado No. 2133698. MP: JAIME ENRIQUE RODRÍGUEZ NAVAS.

<sup>14</sup> Sección Tercera -subsección A- del Consejo de Estado. Radicado No. 2121903. MP: MARÍA ADRIANA MARÍN.

tratamiento generaría. De tal suerte, que teniendo presente que el nexo de causalidad no goza de presunción de legalidad, sino que debe demostrarse en el proceso por ser un elemento estructural de la responsabilidad, no se vislumbra en el plenario del proceso ninguna prueba que acredite que los daños alegados por la señora GARCÍA tuvieron lugar por las conductas de UROCAQ EU IPS o por falta de premura en la prestación de servicios de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. Por tanto, al no encontrarse probado el nexo de causalidad, no podría el Juez encontrarlo acreditado por el mero dicho de la parte demandante. Por tal razón, es apenas lógico que el Despacho proceda a desestimar las pretensiones de la demanda con respecto a del extremo pasivo del proceso. Contrario a ello, dentro de la historia clínica aportada por los demandantes se puede observar que los demandados actuaron con diligencia, pericia, de manera oportuna y pusieron a disposición de la señora TERESA GARCÍA todos los exámenes y ayudas diagnósticas que su enfermedad requería.

En tal sentido, debe de tenerse en cuenta que las actuaciones desplegadas por UROCAQ EU IPS como entidad adscrita a la red de servicios de la E.P.S SANITAS SAS fueron oportunas y diligentes, pues tal como se observa en la historia clínica, la paciente fue sometida de manera oportuna a los tratamientos de su padecimiento y, una vez operada se le realizan los respectivos controles, donde se descubre, con la patología obtenida en la histerectomía realizada su nuevo diagnóstico y atendiendo a ello, es remitida con oncología y ginecooncología por así considerarlo pertinente el oncólogo clínico. Por lo tanto, al no encontrarse en este proceso prueba alguna o elemento de juicio suficiente que permita atribuir responsabilidad a la I.P.S UROCAQ EU IPS como institución adscrita a la red de servicios de la E.P.S SANITAS S.A.S, queda completamente desvirtuado un nexo de causalidad entre la conducta del extremo pasivo y el daño que hoy alega el extremo actor. Pues es claro que el nexo causal debe ser probado por la parte demandante y dicha situación no ha ocurrido en este caso.

Por otro lado, es claro que, primero, está demostrada la plena diligencia, oportunidad y profesionalismo con la que se prestó el servicio médico a la paciente; en segundo lugar, se destinaron todos los medios para para procurar el bienestar de la señora García, pues se

suministraron los medios, insumos, y herramientas para que la demandante estuviera en óptimas condiciones, lo que nos lleva a concluir que por ningún motivo puede atribuirse responsabilidad alguna a la entidad hospitalaria, dado que, la entidad hospitalaria actuó de conformidad con la *lex artis*.

En conclusión, en ninguna circunstancia el daño alegado en el caso a estudio puede ser atribuido a las entidades de salud, pues por su parte se efectuaron todos los esfuerzos para procurar el bienestar de la paciente. En ese orden de ideas, resulta claro que no existe ninguna falta de diligencia de las entidades médicas, así como tampoco un error de diagnóstico, puesto que como se ha indicado, una vez la paciente ingresó a la clínica, se pusieron a disposición todas las herramientas médicas para procurar su bienestar. 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 el presunto daño – que tampoco se encuentra probado - no resulta posible la declaratoria de responsabilidad.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

### **3. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL DAÑO EMERGENTE.**

Sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, se debe tener en cuenta que la parte actora pretende el reconocimiento de sendas sumas de dinero por concepto de daño emergente. Sin embargo, tal y como se explicará a continuación, los emolumentos mencionados no pueden ser reconocidos a la parte actora, toda vez que: **(i)** los accionantes omiten discriminar en que erogaciones incurrieron a fin de concebir que existió una afectación de tal índole y, **(ii)** no fue allegado con el acervo probatorio, documento alguno que lograra demostrar el presunto detrimento patrimonial de los demandantes, pues no se aporta prueba siquiera sumaria que de fe de los gastos incurridos por la parte actora, sino que el apoderado de los demandantes, en su redacción indica que se paguen “los que resulten probados” sin aportar documento alguno que

soporte su petición. Por tanto, es evidente que no está acreditado que los demandantes hayan sufrido una afectación en su patrimonio.

La honorable Corte Suprema de Justicia ha definido el 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.”<sup>15</sup>*

Con fundamento de lo anterior, podemos concluir que el daño emergente comprende la pérdida de elementos patrimoniales causado por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Ahora bien, la parte demandante no tiene claridad de la existencia de un daño emergente, pues solo enuncia dentro de las pretensiones que se incurrió en gastos por parte de los actores, pero no emite una estimación ni siquiera aproximada dentro del escrito de demanda.

En ese sentido, el Consejo de Estado reiteró la necesidad de probar el valor del detrimento con ocasión al hecho dañoso en los siguientes términos:

*“(…) En relación con los gastos derivados de los servicios médicos prestados a la señora María Norvi Portela Torres, considera **la Sala que no se encuentran***

---

<sup>15</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 07 de diciembre de 2017. M.P. Margarita Cabello Blanco. SC20448-2017

**acreditados en el expediente, por cuanto se echa de menos su historia clínica, documento o factura del que se pueda inferir su pago, así como material probatorio tendiente a probar que la afectación a su salud, si es que la hubo, tuvo relación con la privación de la libertad a la que se vio sometida, de ahí que no se cumplió con la carga de la prueba que le correspondía para demostrar los supuestos de hecho de los que pretendía derivar las consecuencias jurídicas de su pretensión, por lo que debe asumir las resultas procesales que ello implica, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil.<sup>16</sup>** - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

En este orden de ideas, es fundamental que el Despacho tome en consideración que la carga de la prueba de acreditar los supuestos perjuicios reside única y exclusivamente en cabeza de la parte demandante. En este sentido, si dicha parte no cumple con su carga, y en tal virtud, no acredita debida y suficientemente sus aparentes daños, es jurídicamente improcedente reconocer cualquier suma por dicho concepto. Esta teoría ha sido ampliamente desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, debido a que, sobre este particular, ha establecido lo siguiente:

*“(...) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel incumplimiento, **y que los mismos sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración,** como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada.<sup>17</sup>”* - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los

---

<sup>16</sup> Consejo de Estado Sección Tercera, Sentencia del veinticuatro (24) de mayo de dos mil dieciocho (2018) Consejera ponente: MARÍA ADRIANA MARÍN Radicación número: 73001-23-31-000-2012-00020-01(50844)

<sup>17</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. Mp. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299.

perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación:

*“Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que “(...) la **existencia de perjuicios no se presume en ningún caso**; [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (...)”<sup>18</sup> - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)*

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 una afectación en el patrimonio de los demandantes, en tanto no prueba la existencia del supuesto daño y no acredita que haya incurrido en algún pago concerniente a esa tipología de daño. Así las cosas, el perjuicio solicitado a título de DAÑO EMERGENTE por el extremo actor no tienen sustento alguno.

En conclusión, en el caso de marras la parte demandante pretende cobrar perjuicios a título de daño emergente sin siquiera mencionar las presuntas erogaciones en que incurrió para que se constituyera dicho perjuicio y, tampoco se observa dentro del plenario un esfuerzo probatorio encaminado a demostrar un detrimento patrimonial mínimamente real. Es entonces evidente que en el presente caso no está probado mediante ningún medio probatorio; que los actores hayan sufrido una afectación en su patrimonio, pues sus pretensiones están basadas exclusivamente sobre especulaciones. Por todo lo anteriormente esbozado, al analizar el acervo probatorio que, hasta ahora obra en el expediente, es evidente que los demandantes **(i)** omiten discriminar en que erogaciones incurrieron a fin de concebir que existió una afectación de tal índole y, **(ii)** no fue allegado con el acervo probatorio, documento alguno que lograra demostrar el presunto detrimento patrimonial de los demandantes, pues no se aporta prueba siquiera sumaria que de fe de los gastos incurridos por la parte actora, sino que el apoderado de los demandantes, en su redacción indica que se paguen “los que resulten probados” sin aportar documento alguno que soporte su petición.

---

<sup>18</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. Mp Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

De este modo, dado que la parte actora no cumplió con la carga probatoria que le es exigible, el honorable Despacho no tiene otra alternativa diferente que negar las pretensiones de la demanda.

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

#### **4. INEXISTENCIA DE PRUEBA DEL LUCRO CESANTE – IMPROCEDENCIA DE RECONOCIMIENTO DEL PERJUICIO.**

En este punto, su Despacho deberá tener en consideración que al no existir prueba si quiera sumaria que permita acreditar que existió una ganancia dejada de percibir con ocasión a los diagnósticos y procedimientos realizados a la señora MARIA TERESA GARCÍA, no es procedente el reconocimiento del lucro cesante. Máxime cuando no se probó, *(i)* que la señora MARIA TERESA GARCÍA desarrollara una actividad económica, *(ii)* que percibiera ingresos del desarrollo de dicha actividad y cuales eran, *(iii)* y que la dificultad de desarrollar dicha actividad se derivara como consecuencia de la atención medica brindada por las demandadas.

Sobre los aspectos fundamentales que configuran el lucro cesante. Éste se ha entendido cómo una categoría de perjuicio material, de naturaleza económica, de contenido pecuniario, es decir, que puede cuantificarse en una suma de dinero, y que consiste en la afectación o menoscabo de un derecho material o patrimonial, reflejado en la ganancia o ingreso que se ha dejado de percibir y que no ingresará al patrimonio de la persona. Es decir, se deja de recibir cuando se sufre un daño y puede ser percibido a título de indemnización por las víctimas directas o indirectas cuando se imputa al causante del perjuicio la obligación de reparar.

No obstante, lo anterior, para indemnizar un daño, además de su existencia cierta, actual o futura, es necesaria su plena demostración en el proceso con elementos probatorios fidedignos e idóneos, como lo son aquellos medios permitidos en el ordenamiento jurídico. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia ha sostenido lo siguiente:

***“(…) en cuanto perjuicio, el lucro cesante debe ser cierto, es decir, que supone una existencia real, tangible, no meramente hipotética o eventual. (...) Vale decir que el lucro cesante ha de ser indemnizado cuando se afinsa en una situación real, existente al momento del evento dañoso, condiciones estas que, justamente, permiten inferir, razonablemente, que las ganancias o ventajas que se percibían o se aspiraba razonablemente a captar dejarán de ingresar al patrimonio fatal o muy probablemente (...) Por último están todos aquellos “sueños de ganancia”, como suele calificarlos la doctrina especializada, que no son más que conjeturas o eventuales perjuicios que tienen como apoyatura meras hipótesis, sin anclaje en la realidad que rodea la causación del daño, los cuales, por obvias razones, no son indemnizables.”<sup>19</sup> -***  
(Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

El más reciente pronunciamiento de unificación del Consejo de Estado en la Sentencia No. 44572 del 18 de julio de 2019 proferida por la Sección Tercera, M.P. Carlos Alberto Zambrano, eliminó la posibilidad de reconocer lucro cesante a una persona que, aunque esté en edad productiva no acredite los ingresos percibidos por el efectivo desarrollo de una actividad económica, por contrariar el carácter cierto del perjuicio. Es decir, con esta sentencia se eliminó la presunción según la cual toda persona en edad productiva percibe al menos un salario mínimo, en tanto contraría uno de los elementos del daño, esto es la certeza, de manera que el lucro cesante solo reconocerá cuando

<sup>19</sup> Corte Suprema de Justicia, Sentencia RAD. 2000-01141 de 24 de junio de 2008.

obren pruebas suficientes que acrediten que efectivamente la víctima dejó de percibir los ingresos o perdió una posibilidad cierta de percibirlos. En dicho pronunciamiento se manifestó literalmente lo siguiente:

**“La ausencia de petición, en los términos anteriores, así como *el incumplimiento de la carga probatoria dirigida a demostrar la existencia y cuantía de los perjuicios debe conducir, necesariamente, a denegar su decreto.* (...)**

*En los casos en los que se pruebe que la detención produjo la pérdida del derecho cierto a obtener un beneficio económico, lo cual se presenta cuando la detención ha afectado el derecho a percibir un ingreso que se tenía o que con certeza se iba a empezar a percibir, el juzgador solo podrá disponer una condena si, a partir de las pruebas obrantes en el expediente, se cumplen los presupuestos para ello, frente a lo cual se requiere que se demuestre que la posibilidad de tener un ingreso era cierta, es decir, que correspondía a la continuación de una situación precedente o que iba a darse efectivamente por existir previamente una actividad productiva lícita ya consolidada que le permitiría a la víctima directa de la privación de la libertad obtener un determinado ingreso y que dejó de percibirlo como consecuencia de la detención.*

**Entonces, resulta oportuno recoger la jurisprudencia en torno a los parámetros empleados para la indemnización del lucro cesante y, en su lugar, unificarla en orden a establecer los criterios necesarios para: i) acceder al reconocimiento de este tipo de perjuicio y ii) proceder a su liquidación.**

**La precisión jurisprudencial tiene por objeto eliminar las presunciones que han llevado a considerar que la indemnización del perjuicio es un derecho que se tiene per se y establecer que su existencia y cuantía deben**

**reconocerse solo: i) a partir de la ruptura de una relación laboral anterior o de una que, aun cuando futura, era cierta en tanto que ya estaba perfeccionada al producirse la privación de la libertad o ii) a partir de la existencia de una actividad productiva lícita previa no derivada de una relación laboral, pero de la cual emane la existencia del lucro cesante.**<sup>20</sup> -

(Subrayado y negrilla por fuera de texto)

Este pronunciamiento entonces excluye posibilidad alguna de que se reconozca lucro cesante a una persona que, aunque esté en edad productiva, no acredite los ingresos percibidos por el efectivo desarrollo de una actividad económica, por contrariar el carácter cierto del perjuicio.

En ese sentido, en el caso sub iudice, no puede presumirse el lucro cesante a favor de la parte actora, como consecuencia de que:

Así pues, no resulta procedente la pretensión impetrada, según la cual, debe reconocerse y pagarse en favor de la señora MARIA TERESA GARCIA sumas de dinero por concepto de lucro cesante, toda vez que no hay prueba dentro del expediente de actividad productiva alguna que le generará ingresos a la hoy demandante. En consecuencia, se trata de una mera expectativa que atenta contra el carácter cierto del perjuicio y, por tanto, no puede presumirse valor alguno para indemnizar el lucro cesante solicitado por la parte demandante.

En este orden de ideas, es preciso reiterar que el extremo actor tenía entre sus mandatos como parte demandante, toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda y, 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.

En conclusión, no puede existir reconocimiento de lucro cesante como quiera que no se acreditaron

---

<sup>20</sup> Consejo de Estado en la Sentencia No. 44572 del 18 de julio de 2019 proferida por la Sección Tercera, M.P. Carlos Alberto Zambrano.

con los elementos probatorios pertinentes prueba de la actividad y de los ingresos de la señora MARIA TERESA GARCÍA. En ese sentido, la demanda careció de una carga probatoria que además de certera, la misma fuera conducente con el fin de acreditar y demostrar el lucro cesante solicitado. Lo anterior, en tanto, tal como lo ha dispuesto la jurisprudencia, quien afirma una cosa es quien está obligado a probarla, obligando a quien pretende o demanda un derecho, que lo alegue y demuestre los hechos que lo gestan o aquellos en que se funda, puesto que es absolutamente imperativo que se acredite procesalmente con los medios de convicción regular y oportunamente decretados y arrimados al plenario, ya que a nadie le es dado el privilegio de que su mero dicho sea prueba suficiente de lo que afirma.

El honorable Despacho no tiene otra alternativa diferente que negar las pretensiones de la demanda y declarar probada esta excepción.

#### **5. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO Y TASACIÓN EXORBITANTE DEL DAÑO MORAL.**

No hay lugar a reconocimiento alguno por concepto de daños morales, dado que no existe responsabilidad en cabeza de la parte pasiva dentro del presente asunto. Además, tampoco es jurídicamente viable imponer condena alguna tendiente al pago por concepto de esta tipología de perjuicio cuando no se allegó al proceso ni una sola prueba que acreditara la existencia del daño moral. Aunado a ello, sin que lo aquí expuesto constituya aceptación alguna de responsabilidad, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es exorbitante.

En términos generales, existe un criterio unánime que explica que la reparación de los daños causados como consecuencia de un hecho dañoso tiene un carácter exclusivamente indemnizatorio y no puede ser fuente de enriquecimiento para la parte demandante. En otras palabras, no existe duda alguna que la reparación de los perjuicios tiene la finalidad de llevar a la víctima al estado anterior, esto es, al estado previo a la causación del daño, sin que esto signifique

que la parte actora pueda enriquecerse por el reconocimiento de dicha indemnización.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado en los mismos términos al establecer:

*“Ciertamente puede decirse cuando el artículo 2341 del Código Civil prescribe que el que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, se adopta, en armonía con el inciso 2 del artículo 1649 del Código Civil, el principio según el cual la prestación de la obligación resarcitoria llamada indemnización, tiene como límite cuantitativo aquel que, según su función de dejar indemne (sin daño), alcance a reparar directa o indirectamente el perjuicio ocasionado, para el restablecimiento, en sus diferentes formas, de la misma situación patrimonial anterior (...).”*

En otras palabras, es improcedente jurídicamente conceder una indemnización que no solo tenga la finalidad de llevar a la víctima al estado anterior al acaecimiento del hecho dañoso, sino que también tenga el propósito de enriquecer a la parte actora. Lo anterior, por cuanto como se ha explicado, la indemnización de perjuicios no puede ser utilizada como herramienta para enriquecer a la víctima, sino para repararle efectivamente los daños que haya padecido.

Renglón seguido, la estimación que realizan los demandantes por concepto de daño moral asciende a 400 SMMLV, lo que significa un enriquecimiento injustificado en beneficio de estos. Lo anterior, considerando que al plenario no fueron aportadas pruebas que logran comprobar la responsabilidad de las demandadas y, en consecuencia, su obligación de indemnizar a los accionantes por los perjuicios inmateriales presuntamente padecidos.

Ahora, en el hipotético e improbable caso que dicho perjuicio deba ser reconocido, debe tenerse en cuenta que 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 mayor gravedad, la Corte ha fijado como baremo indemnizatorio el tope de SESENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$60.000.000) para la víctima directa y sus padres y de TREINTA Y SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$30.000.000) para los parientes en segundo grado de consanguinidad, es decir hermanos:

**“Tasación del daño moral para la víctima directa y padres en sesenta millones de pesos (\$60.000.000) y para hermano menor en treinta millones de pesos (\$30.000.000), a causa de ceguera total en ambos ojos, debido a una retinopatía producida por nacimiento prematuro, pérdida de los órganos de la visión, por la extirpación de uno de sus globos oculares, retardo mental severo, parálisis de un lado del cuerpo, trastorno mixto del desarrollo con síntomas autistas, entre otras secuelas graves e irreversibles que le hacen absolutamente incapaz de valerse por sí misma, ocasionadas por las graves demoras injustificadas o negligentes en la prestación del servicio de salud a neonato.”<sup>21</sup>** (Subrayado y negrilla fuera de 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 100 salarios mínimos en favor de la señora MARIA TERESA GARCÍA, quien afirma ser víctima directa y 75 salarios mínimos para cada uno de los otros 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 SESENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$60.000.000) y TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$30.000.000) respectivamente en los casos graves. En virtud de lo anterior, las pretensiones invocadas por la parte demandante evocan un evidente ánimo especulativo.

---

<sup>21</sup> Sentencia SC562-2020 del 27 de febrero de 2020.

Así como tampoco se evidencia dentro del acervo probatorio allegado con la demanda, algún dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral o prueba pertinente que determine que la señora TERESA GARCÍA no pudo en el pasado, ni puede en el presente y a futuro, desempeñar sus labores económicas con normalidad y que ello tengo relación con los hechos materia de este litigio.

En conclusión, no está acreditada de ninguna forma la obligación de indemnizar, en el entendido que la suma solicitada por la parte demandante por concepto de daño moral y su reconocimiento significa un enriquecimiento injustificado en beneficio de esta. Lo previamente expuesto, por cuanto no se ha probado que el extremo pasivo le haya generado algún tipo de perjuicio moral a la parte demandante, por lo que no tendría razón para resultar condenado a pagar un perjuicio que no causó. De contera que solo en el improbable caso que el Juez considere que se debe reconocer esta tipología de daño, corresponderá al arbitrio del mismo determinar el valor del daño moral, teniendo en cuenta los elementos probatorios que reposan en el expediente. Además, teniendo como parámetro y límite los baremos dispuestos por la Corte Suprema de Justicia.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

## **6. GENÉRICA O INNOMINADA.**

Solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de las entidades demandadas y que pueda configurar otra causal que la exima de toda obligación indemnizatoria, ello en atención a lo reglado por el artículo 282 del Código General del Proceso.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

## **CAPÍTULO II**

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

**S.A.S.**

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

**AL HECHO 1:** Si bien este hecho en principio fue cierto, la parte actora desistió de las pretensiones realizadas frente a la entidad HOSPITAL MARIA INMACULADA, quien ya no se encuentra vinculada al proceso.

**AL HECHO 2:** No es cierto, al ser remitida por competencia, actualmente la demanda cursa en el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Florencia - Caquetá, bajo el radicado 18001310300220240019700.

**AL HECHO 3:** Parcialmente cierto. La parte actora no hace referencia a una atención en fecha específica, sino que pretende acreditar la responsabilidad civil al tratamiento que se le brindó a la señora MARIA TERESA GARCÍA durante su diagnóstico de Carcinoma in situ del endometrio, aduciendo equivocadamente que dicha enfermedad diagnosticada se encontraba presente desde el inicio de las atenciones en las entidades adscritas a la E.P.S SANITAS S.A.S.

Así también, con el estudio de la historia clínica se logra desvirtuar cualquier afirmación tendiente a demostrar una presunta falla médica, pues en dicho documento se refleja claramente la oportunidad, asertividad e idoneidad en las atenciones y tratamientos brindados a la señora García.

**AL HECHO 4.** Parcialmente cierto. Es de aclarar al Despacho que las certificaciones allegadas por parte de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. - E.P.S. SANITAS S.A.S., atienden a un único seguro, materializado en la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705 y no a diferentes Pólizas como afirma la llamante en garantía, en tanto los documentos allegados conciernen a anexos de la Póliza No. AA195705, a través de los cuales se han efectuado ajustes, renovaciones y prorrogas a esta última.

No obstante, desde este momento el Despacho deberá tener en cuenta que la referida Póliza no podrá ser afectada por los hechos que se debaten en este litigio, por cuanto, para que opere la obligación indemnizatoria de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., es totalmente necesario que se acredite la realización del riesgo asegurado en la Póliza No. AA195705, circunstancia que en este caso no ha sucedido de acuerdo con lo dispuesto en la contestación de la demanda.

Así también, ha de tener el despacho en consideración que en el presente litigio la póliza mencionada no podrá ser afectada puesto que no presta cobertura temporal, ya que la reclamación fue realizada por fuera de la vigencia de la póliza y tratándose de un seguro de tipo claims made, dicha circunstancia incumple los requisitos para que la misma pueda operar.

**AL HECHO 5.:** Frente a este hecho debo manifestar que la fecha de la reclamación figura del 13 de octubre de 2022, con la solicitud de conciliación realizada por los demandantes, fecha en la que no se encontraba vigente la póliza No. AA195705 y tratándose de un seguro pactado en la modalidad claims made, dicho suceso tiene como consecuencia la falta de cobertura material del mencionado contrato de seguro para los hechos de este litigio.

**AL HECHO 6.:** No es cierto tal como está escrito, pues no es cierto que la E.P.S Sanitas S.A.S. tenga derecho a las coberturas del seguro con ocasión a la modalidad de cobertura porque: (i) la póliza No. AA195705 no presta cobertura temporal puesto que la solicitud de conciliación figura de fecha 13 de octubre de 2022, momento en el cual ya no se encontraba vigente el contrato de seguro (ii) Porque en todo caso, no se ha realizado el riesgo asegurado y eso significa que no puede afectarse la póliza porque no existe siniestro en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio.

**AL HECHO 7.:** No es cierto. En primera instancia, se aclara que el proceso actualmente cursa en el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Florencia-Caquetá y, seguidamente se menciona que lo esgrimido en el acápite no es un hecho, sino que se trata de apreciaciones meramente subjetivas,

jurídicas y contractuales realizadas por la llamante en garantía.

En todo caso es importante aclarar que para el caso bajo estudio la póliza No. AA195705, ni ninguno de sus certificados presta cobertura temporal, esto por cuanto la reclamación se entiende surtida con la solicitud de conciliación, la cual tiene fecha del 13 de octubre de 2022, momento en el que la póliza mencionada ya no se encontraba vigente, pues esta terminó su vigencia el día 27 de septiembre de 2022, en tal sentido que, tratándose de un contrato de seguro pactado bajo la modalidad claims made, no se cumplirían los requisitos para que la misma pueda ser afectada, pues esta modalidad tiene por obligatoriedad que los hechos sucedan durante la vigencia de la póliza o dentro de su periodo de retroactividad y que la reclamación se realice dentro de la vigencia de la póliza. Atendiendo a ello, este último requisito mencionado no se cumplió y por ende, el contrato de seguro materializado en la póliza No. AA195705 no puede ser afectado.

Aunado a lo anterior encontramos también que el riesgo asegurado no se ha realizado, pues hasta el momento procesal que nos ocupa, la parte actora no ha logrado demostrar que existe responsabilidad alguna en cabeza de la E.P.S SANITAS S.A.S y que dicha responsabilidad atienda a una falla o negligencia en el servicio médico prestado. Por lo que no hay lugar a afectar la póliza y tampoco le asiste derecho alguno al llamante.

En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO 8.:** No es cierto. Primeramente, aclaro que no se trata de varias pólizas, sino de los certificados por medio de los cuales se han hecho modificaciones y renovaciones a la póliza contratada por la E.P.S SANITAS S.A.S la cual es AA195705 y seguidamente, resulta necesario aclarar que conforme a los anexos de la demanda, la solicitud de audiencia de conciliación se realiza en fecha del 13 de octubre de 2022 y la misma se celebra el 23 de noviembre del mismo año 2022.

**CONSTANCIA**

1. Mediante apoderado, la convocante MARIA TERESA GARCIA Y OTROS, conforme las pretensiones que se trasciben a continuación, presentó solicitud de conciliación extrajudicial el día 13 de octubre del 2022, convocando al HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA – EPS SANITAS – UROCAQ EU IPS.

*Documento: Conciliación extrajudicial, folio 163 de anexos de la demanda.*

Tal como se observa a olio 163 de los anexos del escrito de demanda, la solicitud de audiencia de conciliación extrajudicial se realiza el 13 de octubre de 2022.

5. En los términos de la Resolución No. 218 de 29 junio de 2022, instructivo de reglas y desarrollo de la audiencia No presencial, en concordancia con lo establecido en la Ley 640 de 2001 y el Decreto 1069 de 2015, no se devolverán a la parte convocante los documentos aportados con la conciliación toda vez que, la solicitud fue recibida en medio digital en archivo en PDF mediante correo electrónico.

Dada en Florencia - Caquetá, a los veintitrés (23) días del mes de noviembre del año 2022.



**FABIO ANDRES DUSSAN ALARCON**  
Procurador 71 Judicial I para Asuntos Administrativos

*Documento: Conciliación extrajudicial, folio 166 de anexos de la demanda.*

Y se celebra la diligencia el 23 de noviembre de 2022.

**AL HECHO 9.:** Es cierto en cuanto a que la fecha de retroactividad pacta en la póliza de seguro No. AA195705 es el 1 de julio de 2006. Y que los hechos tuvieron lugar durante la vigencia de la póliza, sin embargo, nos encontramos ante un contrato de seguro pactado bajo la modalidad claims made, la cual tiene 2 requisitos para poder ser afecta: (i) que los hechos sucedan dentro de la vigencia de la póliza o en su periodo de retroactividad y (ii) que la reclamación se realice dentro de la vigencia de la póliza. Este último requisito no se cumplió en el caso bajo estudio, pues si bien los hechos se

encuentran dentro de la vigencia del contrato de seguro materializado en la póliza No. AA195705, la cual terminó el 27 de septiembre de 2022, ello no sucede con la reclamación, puesto que como se mencionó en párrafos anteriores, la reclamación se entendió surtida el día 13 de octubre de 2022, con la solicitud de audiencia conciliatoria y considerando que la vigencia terminó el 27 de septiembre de 2022, tal reclamación se realizó fuera de la vigencia del contrato de seguro, por lo cual la póliza No. AA195705 no presta cobertura temporal y como consecuencia no podrá ser afectada en caso de una eventual condena en contra de E.P.S SANITAS S.A.S., por los hechos que dieron lugar al presente litigio.

**AL HECHO 10.:** No es cierto, la E.P.S SANITAS S.A.S fue vinculada a proceso de Responsabilidad Civil y en todo caso, no se trata de un hecho, sino de una manifestación subjetiva realizado por el apoderado de la llamante.

## II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 1:** Respecto a esta numeral, es de indicar que no se trata propiamente de una pretensión frente al cual se pueda manifestar alguna posición, sino que por el contrario se trata de una consecuencia procesal del artículo 64 del Código General del Proceso. Ahora bien, si con la admisión del llamamiento en garantía a mi procurada, se pretende que la misma indemnice a quienes integran la parte activa dentro del presente litigio, ante una eventual condena en contra de las demandadas, debe aclararse en todo caso que para que ello ocurra, deberá primero acreditarse la responsabilidad del asegurado y así mismo, verificarse que las demás condiciones pactadas en el contrato de seguro, en virtud del cual se formula el presente llamamiento se cumplan.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 2: ME OPONGO** a la pretensión elevada por el llamante en garantía debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto según las pruebas aportadas al proceso no se dejó acreditado el nexo causal, pues no se ha demostrado que existió un fallo en la prestación del servicio y que esta haya sido consecuencia de alguna conducta imputable a las

demandadas, por lo que no hay lugar a resolver sobre la relación contractual de las partes, el seguro en sí mismo y su clausulado.

Adicionalmente, en este caso no podrá ser afectada la póliza de seguro dado que la misma no presta cobertura temporal. Lo anterior, puesto que nos encontramos ante un contrato de seguro pactado bajo la modalidad claims made, la cual tiene 2 requisitos para poder ser afectada: (i) que los hechos sucedan dentro de la vigencia de la póliza o en su periodo de retroactividad y (ii) que la reclamación se realice dentro de la vigencia de la póliza. Este último requisito no se cumplió en el caso bajo estudio, pues si bien los hechos se encuentran dentro de la vigencia del contrato de seguro materializado en la póliza No. AA195705, la cual terminó el 27 de septiembre de 2022, ello no sucede con la reclamación, puesto que como se mencionó en párrafos anteriores, la reclamación se entendió surtida el día 13 de octubre de 2022, con la solicitud de audiencia conciliatoria y considerando que la vigencia terminó el 27 de septiembre de 2022, tal reclamación se realizó fuera de la vigencia del contrato de seguro, por lo cual la póliza No. AA195705 no presta cobertura temporal y como consecuencia no podrá ser afectada en caso de una eventual condena en contra de E.P.S SANITAS S.A.S., por los hechos que dieron lugar al presente litigio.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 3: ME OPONGO** a la pretensión elevada por el llamante en garantía debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto si bien LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. es la aseguradora que expidió la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705 que ampara los perjuicios imputables a la asegurada, E.P.S. SANITAS S.A.S., lo cierto es que en este caso no se ha acreditado la realización del riesgo asegurado por lo que no podrá existir declaración alguna en contra de mi representada, ni tampoco se podrá realizar un estudio de la relación contractual entre mi representada y la llamante E.P.S SANITAS S.A.S., así como tampoco se cumplen los requisitos necesarios para la afectación de la póliza No. AA195705, puesto que esta no presta cobertura temporal ya que nos encontramos ante un contrato de seguro pactado bajo la modalidad claims made, la cual tiene 2 requisitos para poder ser afectada: (i) que los hechos sucedan dentro de la vigencia de la póliza o en su periodo de retroactividad y (ii) que la reclamación se realice dentro de la vigencia de la póliza. Este último

requisito no se cumplió en el caso bajo estudio, pues si bien los hechos se encuentran dentro de la vigencia del contrato de seguro materializado en la póliza No. AA195705, la cual terminó el 27 de septiembre de 2022, ello no sucede con la reclamación, puesto que como se mencionó en párrafos anteriores, la reclamación se entendió surtida el día 13 de octubre de 2022, con la solicitud de audiencia conciliatoria y considerando que la vigencia terminó el 27 de septiembre de 2022, tal reclamación se realizó fuera de la vigencia del contrato de seguro, por lo cual la póliza No. AA195705 no presta cobertura temporal y como consecuencia no podrá ser afectada en caso de una eventual condena en contra de E.P.S SANITAS S.A.S., por los hechos que dieron lugar al presente litigio.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 4: ME OPONGO**, en primera medida porque se trata de una un solo contrato de seguro con diferentes anexos y seguidamente por cuanto no hay posibilidad de que la misma prospere y en por ende no hay lugar a que se afecte la póliza, por las siguientes razones:

Falta de cobertura temporal de la póliza: La póliza No. AA195705 no presta cobertura temporal para los hechos reclamados en este litigio. Toda vez que la póliza fue expedida bajo la modalidad de cobertura denominada CLAIMS MADE, la cual tiene 2 requisitos para poder ser afecta: (i) que los hechos sucedan dentro de la vigencia de la póliza o en su periodo de retroactividad y (ii) que la reclamación se realice dentro de la vigencia de la póliza. Este último requisito no se cumplió en el caso bajo estudio, pues si bien los hechos se encuentran dentro de la vigencia del contrato de seguro materializado en la póliza No. AA195705, la cual terminó el 27 de septiembre de 2022, ello no sucede con la reclamación, puesto que como se mencionó en párrafos anteriores, la reclamación se entendió surtida el día 13 de octubre de 2022, con la solicitud de audiencia conciliatoria y considerando que la vigencia terminó el 27 de septiembre de 2022, tal reclamación se realizó fuera de la vigencia del contrato de seguro, por lo cual la póliza No. AA195705 no presta cobertura temporal y como consecuencia no podrá ser afectada en caso de una eventual condena en contra de E.P.S SANITAS S.A.S., por los hechos que dieron lugar al presente litigio.

No realización del riesgo asegurado: Adicionalmente, es claro que en este caso no se ha realizado el riesgo que aseguró la compañía, pues éste obedece a que exista una falla médica y, conforme a lo mencionado a lo largo de la contestación de la demanda y lo concluido del análisis de las pruebas que respaldan el escrito bajo estudio, no es posible colegir que los presuntos daños sufridos por la señora MARIA TERESA GARCIA y demás demandantes se derivara de actuación alguna de la asegurada E.P.S SANITAS S.A.S o de la entidad adscrita a la red de servicios de la EPS mencionada.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 5: ME OPONGO** a la pretensión elevada por la llamante en garantía, que petitiona que a cargo de la Póliza número AA195705 con mi representada se cubra cualquier el valor de la asistencia jurídica, en tanto que ese no es el objeto del litigio por el cual se llama en garantía a mi procurada. Para pretender cualquier tipo de reconocimiento por la señalada asistencia jurídica tiene que adelantarse dicha pretensión a través de un proceso judicial distinto al que nos ocupa, el cual se reitera es de responsabilidad civil extracontractual y nada tiene que ver con el reembolso de gastos por defensa judicial. Se reitera, no puede el llamante en garantía valerse de este proceso judicial, para intentar resolver en el mismo litigio controversias que definitivamente serían propias de otro trámite. Recuérdese que la etiología de la figura del llamamiento en garantía se circunscribe a exigir de otro la indemnización que se sufra o el reembolso del pago que tuviere que hacer. Sin embargo, es claro que la parte demandante no está mencionando en sus pretensiones ninguna cobertura por gastos de defensa, razón por la que claramente no puede, por sustracción de materia, la entidad de salud exigir esa cobertura vía llamamiento en garantía, pues excede de lo permitido por el artículo 64 del C.G.P.

### III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

#### 1. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL No. AA195705 POR NO CUMPLIR LOS PRESUPUESTOS DE LA MODALIDAD CLAIMS MADE.

El Juzgado deberá tener en cuenta que la póliza no presta cobertura temporal. Lo anterior, como quiera que la referida póliza fue expedida bajo la modalidad CLAIMS MADE y según la ley, para que opere la cobertura de la póliza contratada deben darse dos presupuestos, el primero es que la reclamación se haga sobre la vigencia de la póliza y que el siniestro o el hecho generador haya ocurrido en vigencia de la misma o dentro del periodo de retroactividad; por lo que es claro que una de las dos condiciones no se cumple en el presente caso. Lo anterior, debido a que si bien el hecho generador, esto es, el presunto mal procedimiento realizado a la señora MARIA TERESA GARCÍA, ocurrió el 06 de febrero de 2020 es decir, dentro de la vigencia de la póliza, no sucedió lo mismo con la reclamación, pues esta se entendió surtida el 13 de octubre de 2022, momento en el cual la vigencia de la póliza No. AA195705 había terminado pues la mencionada póliza prestó cobertura hasta el 27 de septiembre de 2022.

Antes de hacer alusión precisa al caso concreto, es imperativo recordar que existen diferentes modalidades de cobertura en los contratos de seguro. Las más comunes en la actividad aseguraticia son las siguientes: ocurrencia, descubrimiento y reclamación o claims made. La primera hace referencia a la cobertura que se brinda cuando el hecho que da lugar al amparo ocurre mientras la póliza está vigente. Bajo la modalidad de descubrimiento se ofrece cobertura cuando el tomador, asegurado o beneficiario conoce el hecho dañoso dentro de la vigencia de la póliza. Por último, se tiene que el seguro pactado bajo la modalidad de reclamación o claims made opera, de un lado, si el interesado presentó su reclamación dentro de la vigencia de la póliza y, de otro, si los hechos por los que se reclama ocurrieron dentro del período de retroactividad pactado.

Específicamente la modalidad de cobertura por reclamación o claims made tiene su fundamento en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997. Con la nombrada norma se introdujo esta nueva figura, cuya finalidad es que la aseguradora indemnice los perjuicios causados a terceros por hechos pretéritos a la vigencia del contrato de seguro, siempre y cuando, la reclamación, al asegurado o a la aseguradora, se realice dentro de dicha vigencia. La respectiva norma establece lo siguiente:

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

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

Si bien el artículo 1131 del Código de Comercio estipula que el siniestro se entiende ocurrido “*en el momento de acaecimiento del hecho externo imputable al asegurado*”, con la precitada norma se permitió, a través del pacto expreso entre contratantes, que se amparen hechos anteriores a la vigencia del seguro (retroactividad), bajo la condición de que la reclamación se realice dentro de la referida vigencia. Esto no quiere decir que el requerimiento sea requisito para que se configure la responsabilidad, sino que la obligación de pago de la aseguradora se sujeta al reclamo en el curso de la póliza.

La Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ha reconocido la modalidad *claims made* y su posibilidad de coexistir con las demás disposiciones que se encuentran en el Código de Comercio:

*“Entonces, la ocurrencia del suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 ajusten es suficiente para la configuración del siniestro, empero, si se ha pactado la modalidad de reclamación hecha (claims made), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido, hecho por la víctima al asegurado, o al asegurador en ejercicio de la acción directa, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo*

*de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados por el asegurado, es decir, ocurridos con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza -de existir acuerdo contractual<sup>22</sup>. (negrita fuera del texto original)*

Con la Ley 389 de 1997 y lo estipulado en materia del contrato de seguros por el Código de Comercio, se configura una doble exigencia a la hora de reclamar por el acaecimiento de un siniestro cuando se ha pactado esta modalidad. La dualidad consiste en: la materialización del siniestro y la reclamación dentro del término específico. Esta característica diverge del sistema tradicional de ocurrencia, en el cual importa que el hecho dañoso se produzca en la vigencia del contrato de seguro mas no si el requerimiento por el interesado se realiza cuando la póliza haya expirado. Así las cosas, sobre la modalidad descrita la corte recientemente concluyó lo siguiente:

*“Por su parte, las cláusulas «claims made» o «reclamo hecho» constituyen una limitación temporal al cubrimiento, **porque no basta que los sucesos generadores de responsabilidad civil ocurran, sino que también es menester que la reclamación por parte del damnificado se materialice durante la vigencia de la póliza o en el periodo adicional y específico estipulado**, de tal suerte que si esta no se presenta oportunamente, se excluye el referido débito a cargo del asegurador, a pesar de presentarse el hecho dañoso<sup>23</sup>. (negrita fuera del texto).*

Como ya se mencionó, la póliza No. AA195705, fue pactada bajo la modalidad claims made. Lo que implica que se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las

---

<sup>22</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 18 de julio de 2017, MP. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, radicado 76001-31-03-001-2001-00192-01.

<sup>23</sup> *Ibíd.*

vigencias anteriores o su fecha de retroactividad la cual es el 1 de julio de 2006 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Es decir, la cobertura se da para aquellos hechos ocurridos desde el 01 de julio de 2006 o durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se reclamen por primera vez al asegurado o al asegurador dentro de la vigencia de la póliza. Situación que no ocurrió para la póliza en comento, ya que la reclamación debió presentarse antes del 27 de septiembre de 2022, no obstante, la reclamación fue presentada solo hasta 13 de octubre de 2022 con la radicación de la solicitud de audiencia de conciliación, tal como se observa a continuación.

**CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL**

**PROCURADURÍA 71 JUDICIAL I PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS**

**Radicación N.º 241 de 13 de octubre de 2022**

Convocante (s): MARIA TERESA GARCIA Y OTROS

Convocado (s): HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA – EPS SANITAS – UROCAQ EU IPS

Medio de Control: REPARACIÓN DIRECTA

En tal sentido, dicha reclamación se realizó por fuera de la vigencia de la póliza No. AA195705, la cual prestó cobertura solo hasta el 27 de septiembre de 2022.

**SEGURO**  
**R.C. PROFESIONAL CLINICAS**

**PÓLIZA**  
AA195705

**FACTURA**  
AA811422



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL											
DOCUMENTO		Renovacion		PRODUCTO		R.C. PROFESIONAL CLINICAS		TELEFONO		ORDEN 1	
CERTIFICADO		AA939629		FORMA DE PAGO		Contado		6019142114		USUARIO MJAIME	
AGENCIA		BOGOTA CALLE 100		DIRECCIÓN		Cra 9A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS					
FECHA DE EXPEDICIÓN		29 09 2021		<b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b>				<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>			
DD	MM	AAAA	DESDE	DD	MM	AAAA	HORA	24:00	18	09	2024
			HASTA	DD	MM	AAAA	HORA	24:00	DD	MM	AAAA

Cali – Av. 6A Bis #35N-100, Oficina 212, Cali, Valle del Cauca, Centro Empresarial Chipchape  
 +57 315 577 6200 - 602-6594075  
 Bogotá - Calle 69 No.04-48 Oficina 502, Ed. Buro 69  
 +57 3173795688 - 601-7616436

Así las cosas, al no existir cobertura temporal de la Póliza No. AA195705 ante un eventual e hipotético caso en que se acrediten los elementos de la responsabilidad en cabeza de la demandada, y pese a todos los argumentos expuestos en líneas precedentes, no podría hacerse exigible la obligación condicional que se desprende del contrato de seguro contenido en dicho contrato asegurativo, puesto que no existiría cobertura temporal de esta en atención de la modalidad pactada para el mismo *-claims made-*, sin perjuicio de las demás razones de improcedencia explicadas en acápites anteriores.

En conclusión, no puede predicarse cobertura temporal de la póliza de seguro No. AA195705, en tanto no se cumplen con los presupuestos de la modalidad de cobertura concretada. Esto es, aunque se presentaron los hechos dentro de la vigencia de la póliza, no se presentó la reclamación dentro de la vigencia de la misma, comprendida desde el 27 de septiembre de 2021 y el 27 de septiembre de 2022, sino que se presentó con posterioridad a la terminación de la vigencia, específicamente el 13 de octubre de 2022. De ese modo, no resulta procedente exigir prestación alguna respecto de mi prohijada, por lo cual debe proceder el Despacho a desestimar cualquier pretensión encaminada a obtener indemnización con cargo a la póliza de seguro.

**2. NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA AA00195705.**

Se plantea esta excepción para explicar que la Equidad Seguros Generales O.C. se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible a LA EPS 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 servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio o asimilados, prestado dentro de los predios del asegurado. 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 EPS 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.

En virtud de lo anterior, es claro que no existe obligación indemnizatoria a cargo de la Compañía Aseguradora respecto de la Póliza No. AA195705, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en el contrato de seguro, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al asegurado, pues recordemos que esta circunstancia no ocurre en este caso, en tanto que no existe un hecho dañoso imputable al asegurado, es decir, no hay una falla en las actuaciones desplegadas por la E.P.S SANITAS S.A.S, (quien es la asegurada del caso a estudio) o de su I.P.S adscrita, ya que conforme a la historia clínica anexada como material probatorio de la demanda, se observa la debida diligencia en todas las actuaciones de las mencionadas.

Lo anterior en concordancia con las condiciones generales y particulares de la póliza en cuestión, que menciona como amparo principal:

*“(…) Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias 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 descritos en la carátula de la póliza, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo su supervisión legal.”*

Ahora bien, el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro:

**“ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.” - (Subrayado por fuera de texto)**

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) (...)*".  
(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, como se observó en el aparte precitado.

En tal sentido, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, puesto que no hubo falla médica atribuible a E.P.S Sanitas S.A.S, por cuanto, como se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, se actuó de manera oportuna y diligente frente a la atención médica requerida por la señora GARCÍA. La Entidad Promotora de Salud durante la prestación del servicio de salud que brindó a la paciente, cumplió con los protocolos, guías, exámenes y tratamientos, realizando así un tratamiento plenamente diligente, tal como se expuso en la excepción de mérito propuesta en la contestación de la demanda.

Así mismo, la E.P.S SANITAS S.A actuó de manera diligente y cuidadosa en el transcurso de afiliación de la señora MARIA TERESA GARCÍA por cuanto se cumplieron todas las funciones que estaban a su cargo para garantizar la salud de la afiliada. Puesto que se le autorizaron los servicios, los exámenes médicos prescritos por los galenos, las ecografías, las intervenciones quirúrgicas a las cuales fue remitida que requirió, 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. Por todo lo anterior, no estando demostrada la supuesta negligencia en la prestación del servicio médico por parte de la demandada, no podrá en ninguna circunstancia afectarse la póliza en cuestión y surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada. Dicho de otra manera, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado, no se cumplió con la condición suspensiva necesaria para que surgiera la obligación indemnizatoria en cabeza de La Equidad Seguros OC.

En conclusión, la prestación del servicio de salud que brindó la entidad asegurada a la paciente se adoptó bajo los principios de la lex artis y a la literatura médica, puesto que se brindaron los servicios y tratamientos necesarios para lograr la estabilidad de la paciente, tal como se expuso en la excepción de mérito propuesta en la contestación de la demanda. Así las cosas, y debido a que no existe responsabilidad en cabeza de la entidad de salud, no ha surgido la obligación condicional del asegurador, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado. Por todo lo anterior, no demostrada la supuesta falla médica en cabeza de la E.P.S SANITAS S.A.S, no podrá bajo ninguna circunstancia afectarse la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705 y surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada.

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

### **3. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. AA195705.**

Sin perjuicio de las excepciones precedentes, se plantea que dentro de las condiciones particulares de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705 suscrita entre mi representada y E.P.S. SANITAS S.A.S., se establecieron los parámetros que enmarcan la obligación condicional y la delimitación de la extensión del riesgo asumido por LA

EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. En efecto, en ella se refleja la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato, y definen de manera explícita las condiciones del negocio asegurativo.

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 1056 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 tal sentido, la Corte Suprema de Justicia definió la inexistencia de responsabilidad del asegurador cuando el riesgo se encuentra expresamente excluido, así:

*“Este principio de la universalidad que informa al seguro de transporte, entre otros más, justifica las precisas diferencias que, en lo pertinente, existen con las demás clases de seguros. Así, por vía de ejemplo, en lo tocante con la delimitación del riesgo, mientras el artículo 1056 del Código de Comercio permite que el asegurador, a su arbitrio, asuma “todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”, el art. 1120 ib. preceptúa que el seguro de transporte “comprende*

*todos los riesgos inherentes al transporte, salvo el deterioro por el simple transcurso del tiempo y los riesgos expresamente excluidos” (Se subraya), luego, en este último negocio asegurativo, el asegurador es responsable cuando la pérdida sea ocasionada por uno de los “riesgos inherentes al transporte”, salvo que el riesgo se encuentre expresa e inequívocamente excluido por las partes” (Subrayado y negrilla fuera del texto del texto original).*

Bajo esa misma interpretativa, la Corte Suprema de Justicia mediante sentencia del 13 de diciembre de 2018, indicó que las exclusiones de tipo convencional estipuladas en los contratos de seguro no comprometen la responsabilidad del asegurador, en virtud de la facultad prevista en el artículo 1056 del Código de Comercio:

*“Las exclusiones de tipo convencional deben entenderse, como es apenas obvio, como aquellas pactadas por las partes o, cuando menos, en las que existe consentimiento respecto de las indicadas en el clausulado preestablecido, en los denominados acuerdos de adhesión y que, siendo origen del siniestro o consecuencia del mismo, no comprometen la responsabilidad del asegurador.*

*Esas cláusulas son válidas, inicialmente, en tanto se sustentan en el principio de la libre autonomía de las partes, cuyos límites son el orden público y las buenas costumbres; de ahí que el artículo 1056 consagre la posibilidad del asegurador de, «a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado” 19(Subrayado y negrilla fuera del texto del texto original).*

Así las cosas, según la jurisprudencia previamente expuesta, se evidencia como se exhorta a los jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los Contratos de Seguro. Razón por la cual, es necesario señalar que en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA195705., Equidad Seguros Generales O.C. en sus condiciones

generales señalen una serie de exclusiones, que en caso de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse mi prolijada.

*“ C. EXCLUSIONES*

*EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS:*

*QUEDA EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE COBERTURA BAJO ESTA PÓLIZA LA PARTE ESPECÍFICA DE UNA PÉRDIDA:*

*1. ACTIVIDADES AJENAS*

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE AL EJERCICIO DE ACTIVIDADES AJENAS AL ÁMBITO LEGAL DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DEL ASEGURADO.*

*2. ACTOS INTENCIONADOS Y BENEFICIOS INDEBIDOS*

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A:*

*(a) UNA VENTAJA PERSONAL, PECUNIARIA O EN ESPECIE, O UNA REMUNERACIÓN A LA QUE EL ASEGURADO NO TUVIERA LEGALMENTE DERECHO O PROVOCARA UN ENRIQUECIMIENTO INJUSTO;*

*(b) MALA FE O UN ACTO U OMISIÓN DELIBERADAMENTE DESHONESTO, ANTIJURÍDICO, CRIMINAL, DOLOSO O FRAUDULENTO, O INCUMPLIMIENTO INTENCIONADO DE LA LEGISLACIÓN O REGULACIÓN COMETIDO POR UN ASEGURADO. ESTA EXCLUSIÓN SÓLO SERÁ DE APLICACIÓN EN EL CASO DE QUE DICHAS CONDUCTAS SEAN ASÍ ESTABLECIDAS MEDIANTE RESOLUCIÓN FIRME DE UNA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA, JUDICIAL, ARBITRAL O ADMITIDAS POR ESCRITO POR EL ASEGURADO.*

3. AMIANTO Y CONTAMINACIÓN

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A, DIRECTA O INDIRECTAMENTE:

- (a) *AMIANTO O CUALQUIER OTRO MATERIAL QUE CONTENGA AMIANTO BAJO CUALQUIER FORMA O CANTIDAD; O*
- (b) *LA FORMACIÓN, CRECIMIENTO, PRESENCIA, APARICIÓN O DISPERSIÓN DE CUALQUIER HONGO, MOHO, ESPORAS O MICOTOXINAS DE CUALQUIER TIPO YA SEA DE HECHO, EN POTENCIA, SUPUESTAMENTE, O SU PRESUNTA AMENAZA; O*
- (c) *CUALQUIER ACCIÓN EMPRENDIDA POR CUALQUIERA DE LAS PARTES COMO RESPUESTA A LA FORMACIÓN, CRECIMIENTO PRESENCIA, APARICIÓN O DISPERSIÓN DE CUALQUIER HONGO, MOHO, ESPORAS O MICOTOXINAS, DE CUALQUIER TIPO YA SEA DE HECHO, EN POTENCIA, SUPUESTAMENTE, O SU PRESUNTA AMENAZA. SE INCLUYEN ENTRE ÉSTAS ACCIONES: LA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIONES, PRUEBAS, DETECCIONES, CONTROLES, TRATAMIENTOS, APLICAR REMEDIOS O ELIMINAR DICHOS HONGOS, MOHOS, ESPORAS O MICOTOXINAS.*
- (d) *CUALQUIER ORDEN GUBERNAMENTAL, REGULACIÓN, REQUERIMIENTO, DIRECTIVA, MANDATO O DECRETO QUE ALEGUE CUALQUIERA DE LAS PARTES COMO RESPUESTA A LA FORMACIÓN, CRECIMIENTO, PRESENCIA, APARICIÓN O DISPERSIÓN DE CUALQUIER HONGO, MOHO, ESPORAS O MICOTOXINAS DE CUALQUIER TIPO YA SEA DE HECHO, EN POTENCIA, SUPUESTAMENTE, O SU PRESUNTA AMENAZA. SE*

*INCLUYEN ENTRE ÉSTAS ACCIONES: LA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIONES, PRUEBAS, DETECCIONES, CONTROLES, TRATAMIENTOS, APLICAR REMEDIOS O ELIMINAR DICHOS HONGOS, MOHOS, ESPORAS O MICOTOXINAS.*

- (e) CUALQUIER HECHO ORIGINADO, DE FORMA DIRECTA O INDIRECTA, POR CASOS RELACIONADOS DE ALGÚN MODO CON VERTIDOS, DERRAMES DE RESIDUOS, CONTAMINACIÓN O DAÑOS AL MEDIO AMBIENTE DE CUALQUIER NATURALEZA.*
- (f) ELIMINACIÓN, TRASLADO O LIMPIEZA DE CUALQUIER CONTAMINACIÓN.*
- (g) LA RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA LEY 1333 DE 2009 DE RESPONSABILIDAD AMBIENTAL Y DEMÁS NORMAS APLICABLES A LAS INFRACCIONES O DAÑOS AL MEDIOAMBIENTE.*

#### 4. *ANTIMONOPOLIO Y COMPETENCIA*

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A CUALQUIER VIOLACIÓN REAL O PRESUNTA DE LAS LEYES ANTIMONOPOLIO, RESTRICCIÓN DE COMERCIO, COMPETENCIA DESLEAL, PRÁCTICAS COMERCIALES FALSAS, ENGAÑOSAS O DESLEALES, VIOLACIÓN DE LAS LEYES DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR O PUBLICIDAD FALSA O ENGAÑOSA.*

#### 5. *ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.*

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A CUALQUIER RECLAMACIÓN*

*PRESENTADA POR O EN NOMBRE DE O A INSTANCIAS DE CUALQUIER ASEGURADO O SUCESOR O CESIONARIO DE CUALQUIER ASEGURADO. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICA CUANDO UN EMPLEADO ES PACIENTE BAJO LA COBERTURA A.1. (RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL).*

6. BANCOS DE SANGRE Y DE TEJIDO HUMANO

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA GESTIÓN POR EL ASEGURADO DE BANCOS DE SANGRE O BANCOS DE TEJIDO HUMANO, SALVO QUE LOS DECLARE EXPRESAMENTE EL ASEGURADO COMO PARTE DE SUS SERVICIOS PROFESIONALES.*

7. BIENES CONFIADOS

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA PÉRDIDA POR DAÑOS CAUSADOS A BIENES CONFIADOS O PUESTOS AL CUIDADO O CUSTODIA DEL ASEGURADO. SIN EMBARGO, ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICA LA EXTENSIÓN DE COBERTURA B.6 (GASTOS POR DAÑOS A BIENES DE EMPLEADOS/PACIENTES).*

8. CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA EXISTENCIA, EMISIÓN O DISPERSIÓN DE CUALQUIER CAMPO ELECTROMAGNÉTICO, RADIACIÓN ELECTROMAGNÉTICA O ELECTROMAGNETISMO QUE AFECTE DE MANERA REAL O PRESUNTA, A LA SALUD, SEGURIDAD O CONDICIÓN DE CUALQUIER PERSONA O AL MEDIO AMBIENTE, O QUE AFECTE AL VALOR, LAS POSIBILIDADES DE VENTA, LA CONDICIÓN O EL USO DE CUALQUIER BIEN.*

9. CONSENTIMIENTO INFORMADO

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE AL INCUMPLIMIENTO, POR PARTE DEL ASEGURADO, DE LA OBLIGACIÓN DE OBTENER EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 15 DE LA LEY 23 DE 1981.*

10. DAÑOS CORPORALES O DAÑOS MATERIALES

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A:*

*i. DAÑOS FÍSICOS, LA ENFERMEDAD, INCAPACIDAD, DOLENCIA O MUERTE DE CUALQUIER PERSONA FÍSICA, INCLUYENDO LA ANGUSTIA MENTAL O EL ESTRÉS EMOCIONAL QUE RESULTE DE LOS MISMOS; O*

*ii. DAÑOS FÍSICOS O LA DESTRUCCIÓN DE CUALQUIER BIEN TANGIBLE, INCLUYENDO LA PÉRDIDA DE USO DEL MISMO. A EFECTOS DE ESTA EXCLUSIÓN, LOS BIENES TANGIBLES NO INCLUYEN INFORMACIÓN ELECTRÓNICA.*

*SIN EMBARGO, ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ A:*

*(a) UN ACTO INCORRECTO DE MALA PRAXIS O ACCIDENTE DE UN PACIENTE CUBIERTO BAJO LA COBERTURA A1 (RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL) Y A LOS DANOS AL BUEN NOMBRE CUBIERTOS BAJO LA EXTENSION B4.*

*(b) LA COBERTURAS A4 (RESPONSABILIDAD CIVIL POR INTOXICACIÓN ALIMENTARIA);*

*(c) DAÑOS CUBIERTOS BAJO LA COBERTURA A2 (RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL).*

11. DAÑOS GENÉTICOS.

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A DAÑOS GENÉTICOS.*

12. DAÑOS ESTÉTICOS

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A DAÑOS MERAMENTE ESTÉTICOS POR NO HABER OBTENIDO LA FINALIDAD PROPUESTA EN OPERACIONES DE CIRUGÍA NO REPARADORA O TRATAMIENTO, ASÍ COMO LA PERCEPCIÓN INSATISFACTORIA DEL RESULTADO POR PARTE DEL PACIENTE.*

13. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A CUALQUIER ACTO INCORRECTOS DE MALA PRAXIS, ACCIDENTE DE UN PACIENT INTOXICACIÓN ALIMENTARIA, ACCIDENTE, VULNERACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL O EVENTO ASEGURADO OCURRIDOS O COMETIDOS FUERA DE LOS PAÍSES INDICADOS EN LA SECCIÓN DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE LA CARÁTULA.*

14. DELIMITACIÓN JURISDICCIONAL

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A CUALQUIER RECLAMACIÓN INTERPUESTA EN TRIBUNALES U ORGANISMOS COMPETENTES DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS FUERA DE LOS PAÍSES INDICADOS EN LA SECCIÓN DELIMITACIÓN JURISDICCIONAL DE LA CARÁTULA.*

15. DISCRIMINACIÓN Y ABUSO

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A DISCRIMINACIÓN DE CUALQUIER TIPO, HUMILLACIÓN O ACOSO SEXUAL, MOBBING, ACOSO EN EL TRABAJO O CUALQUIER INFRACCIÓN DE CUALQUIER NORMATIVA LABORAL O DE SEGURIDAD SOCIAL.*

16. EEUU

*EN EL CONTEXTO DE UN RESOLUCIÓN, LAUDO O ACUERDO DICTADO EN PAÍSES QUE FUNCIONEN CON LAS LEYES DE EEUU O CANADA (O DE UNA RESOLUCIÓN DICTADA EN CUALQUIER LUGAR DEL MUNDO PARA HACER VALER ESA RESOLUCIÓN, LAUDO O ACUERDO, YA SEA TOTAL O PARCIALMENTE).*

17. ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA Y PANDEMIA

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE, EN TODO O EN PARTE, A CUALQUIER REAL, ALEGADA O SOSPECHADA:*

*(A) TRANSMISIÓN DE CUALQUIER:*

- i. ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA; O*
- ii. ENFERMEDAD CONTAGIOSA, QUE CONSTITUYA UNA PANDEMIA, POR (I) UN ASEGURADO, (II) UN CONTRATISTA INDEPENDIENTE QUE PRESTA SERVICIOS A, PARA O EN NOMBRE DE UN ASEGURADO, (III) UN PACIENTE, O (IV) UN VISITANTE, A CUALQUIER OTRA PERSONA;*

*(B) LIMITAR O DENEGAR LA ATENCIÓN MÉDICA DEBIDO A LA FALTA, ESCASEZ, DISPONIBILIDAD LIMITADA, O POR SEGUIR LAS DIRECTRICES IMPUESTAS POR EL GOBIERNO; O LA IMPOSIBILIDAD DE CONSEGUIR, OBTENER O CONSERVAR CUALQUIER MEDICAMENTO, PERSONAL,*

*EQUIPO O SUMINISTROS QUE REAL O SUPUESTAMENTE OCURRAN EN RELACIÓN CON O COMO RESULTADO DE CUALQUIER ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA O PANDEMIA; SIN EMBARGO, CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SURJA DE O CONCERNIENTE AL TRATAMIENTO MÉDICO PRESTADO O NO PRESTADO A UN PACIENTE BAJO EL CUIDADO DE UN ASEGURADO, ESTA SUBSECCIÓN (B) SE APLICARÁ ÚNICAMENTE CON RESPECTO A CUALQUIER PACIENTE QUE SE SOSPECHE QUE TIENE O HA SIDO DIAGNOSTICADO DE CUALQUIER ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA O CUALQUIER ENFERMEDAD CONTAGIOSA QUE CONSTITUYA UNA PANDEMIA;*

- (a) EL USO, CONTRATACIÓN, RETENCIÓN O SUPERVISIÓN DE PROVEEDORES MÉDICOS QUE CAREZCAN O SUPUESTAMENTE CAREZCAN DE LICENCIA, CREDENCIAL, PRIVILEGIOS O REGISTRO EN INCUMPLIMIENTO DE LAS REGULACIONES U OTRAS LEYES VIGENTES EN EL MOMENTO DEL SUPUESTO ACTO, ERROR, OMISIÓN U OCURRENCIA EN RELACIÓN CON CUALQUIER ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA O PANDEMIA;*
- (b) LA RESPONSABILIDAD CIVIL O CUALQUIER OTRO TIPO DE RESPONSABILIDAD DERIVADA, O LA RESPONSABILIDAD SOLIDARIA DE CUALQUIER ASEGURADO PARA O CON CUALQUIER OTRO ASEGURADO, CO-ACUSADO/CO-DEMANDADO, ENTIDAD MERCANTIL, NEGOCIO, FABRICANTE, PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA, PERSONA O ENTIDAD GUBERNAMENTAL A LA QUE SE LE HAYA CONCEDIDO, GOCE, RECLAME O AFIRME LA INMUNIDAD; O*
- (c) NO ACTUAR DE BUENA FE, CON NEGLIGENCIA GRAVE, O DOLO QUE RESULTE EN LA PÉRDIDA DE LA INMUNIDAD. SIN EMBARGO,*

*ESTA SUBSECCIÓN (E) NO SE APLICARÁ A LOS GASTOS DE DEFENSA RELACIONADOS CON CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE TENGA RELACIÓN CON LO ANTERIORMENTE EXPUESTO HASTA QUE SE DICTE UNA RESOLUCIÓN FIRME, O UNA DECISIÓN DE ARBITRAJE VINCULANTE O CONDENA CONTRA EL ASEGURADO, O UNA ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ESCRITO DEL ASEGURADO ASUMIENDO DICHA CONDUCTA, O BIEN UNA DECLARACIÓN DE "NOLO CONTENDERÉ" O DE QUE NO ACEPTA NI RECHAZA LA RESPONSABILIDAD DE LOS HECHOS QUE SE LE DEMANDAN O IMPUTAN, EN CUYO MOMENTO EL ASEGURADO DEBERÁ REEMBOLSAR AL ASEGURADOR TODOS LOS GASTOS DE DEFENSA INCURRIDOS Y EL ASEGURADOR NO TENDRÁN NINGUNA OTRA RESPONSABILIDAD POR GASTOS DE DEFENSA.*

18. ESTADO DE LA CIENCIA

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE NO SE HUBIESEN PODIDO PREVER O EVITAR SEGÚN EL ESTADO DE LOS CONOCIMIENTOS DE LA CIENCIA O DE LA TÉCNICA EXISTENTES EN EL MOMENTO DE PRODUCCIÓN DE AQUELLOS Y EN GENERAL CUALQUIER OTRA DAÑO DERIVADO DE LOS DENOMINADOS "RIESGOS DE DESARROLLO" O DEL ESTADO DE LA CIENCIA.*

19. FACULTATIVOS Y ENFERMEROS

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A ENFERMEROS CONTRATADAS POR EL ASEGURADO O QUE ACTÚEN EN NOMBRE DEL ASEGURADO SIN PERTENECER AL COLEGIO DE ENFERMERÍA CORRESPONDIENTE O FACULTATIVOS QUE NO CUENTEN CON LA TITULACIÓN PERTINENTE*

AUTORIZADA POR EL ÓRGANO LEGISLATIVO, REGULADOR O ADMINISTRATIVO COMPETENTE, QUE NO PERTENEZCAN AL COLEGIO PROFESIONAL CORRESPONDIENTE, SI SU COLEGIACIÓN FUERA OBLIGATORIA POR LEY O FACULTATIVOS QUE NO CUENTEN CON SEGURO OBLIGATORIO PARA CUBRIR SUS PROPIOS ERRORES, OMISIONES O NEGLIGENCIA PROFESIONAL.

20. FECHA RETROACTIVA

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A CUALQUIER EVENTO ASEGURADO, ACCIDENTE DE UN PACIENTE, ACCIDENTE, ACTO INCORRECTO DE MALA PRAXIS, INTOXICACIÓN ALIMENTARIA, VULNERACIÓN DE SECRETO PROFESIONAL O CIRCUNSTANCIA, ENFERMEDAD O PATOLOGÍA DEL ORGANISMO HUMANO COMETIDAS O SUCEDIDAS TOTAL O PARCIALMENTE ANTES DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD.

21. FENÓMENOS NATURALES

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A FENÓMENOS NATURALES, TALES COMO TERREMOTO, TEMBLORES DE TIERRA, DESLIZAMIENTO O CORRIMIENTO DE TIERRAS, TEMPESTADES, HURACANES, RIADAS Y OTROS EVENTOS DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO.

22. GUERRA Y TERRORISMO

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LOS SIGUIENTES ACONTECIMIENTOS; INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O ACONTECIMIENTO QUE CONFLUYA SIMULTÁNEAMENTE O EN

*CUALQUIER OTRA SECUENCIA AL DAÑO PRODUCIDO:*

*(d) GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (SEA O NO DECLARADA LA GUERRA), GUERRA CIVIL, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, CONMOCIÓN CIVIL EN LAS PROPORCIONES DE UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO; O*

*(e) CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO. UN ACTO DE TERRORISMO SIGNIFICA, CON CARÁCTER GENERAL Y SIN LIMITACIÓN DE SU SIGNIFICADO, UN ACTO LLEVADO A CABO CON EL EMPLEO DE FUERZA O LA VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA, DE CUALQUIER PERSONA O GRUPO DE PERSONAS, ACTUANDO SÓLO O COMO PARTE DE CUALQUIER ORGANIZACIÓN U ORGANIZACIONES O GOBIERNO O GOBIERNOS, DIRIGIDO O PRETENDIDAMENTE DIRIGIDO A LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS POLÍTICOS, RELIGIOSOS, IDEOLÓGICOS O SIMILARES CON LA INTENCIÓN DE INFLUIR EN CUALQUIER GOBIERNO Y/O PODER PÚBLICO, O EN CUALQUIER SECCIÓN, A TRAVÉS DEL MIEDO. TAMBIÉN SE EXCLUYE LA PÉRDIDA, EL DAÑO, EL COSTE O GASTO, DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, O EN CONEXIÓN CON CUALQUIER ACCIÓN TOMADA PARA EL CONTROL, PREVENCIÓN, SUPRESIÓN O SIMILAR EN RELACIÓN CON LOS PUNTOS A Y B ANTERIORES.*

### 23. INFIDELIDADES

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A FALTAS EN CAJA, ERRORES EN PAGOS O INFIDELIDADES DEL ASEGURADO, PÉRDIDA O EXTRAVÍO DE DINERO, CHEQUES, PAGARÉS, LETRAS DE CAMBIO, SIGNOS*

*PECUNIARIOS Y EN GENERAL VALORES Y EFECTOS AL PORTADOR O A LA ORDEN.*

**24. INFRAESTRUCTURA**

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A CUALQUIER FALLO O MAL FUNCIONAMIENTO DE CUALQUIER INFRAESTRUCTURA O SERVICIO ELÉCTRICO O DE TELECOMUNICACIONES QUE NO ESTÉN BAJO EL CONTROL DEL ASEGURADO.*

**25. INSOLVENCIA**

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A, DIRECTA O INDIRECTAMENTE LA INSOLVENCIA, CONCURSO DE ACREEDORES, QUIEBRA, LIQUIDACIÓN O ADMINISTRACIÓN JUDICIAL DEL ASEGURADO.*

**26. INSTRUMENTAL Y EQUIPO MÉDICO**

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A INSTRUMENTAL Y EQUIPO MÉDICO QUE NO SEA MANIPULADO, UTILIZADO Y ALMACENADO SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE O QUE NO HAYA SIDO ESTERILIZADO ANTES DE CADA USO CON APARATOS ESTERILIZADOS APROBADOS EXPRESAMENTE POR EL FABRICANTE Y SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES DEL MISMO Y DEL MINISTERIO DE SANIDAD U ORGANISMO EQUIVALENTE.*

**27. LEGIONELOSIS**

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LEGIONELOSIS OCACIONADA*

POR LA FALTA DE MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES DEL ASEGURADO.

28. LIBROS Y REGISTROS

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA FALTA POR EL ASEGURADO DE LLEVAR UNOS REGISTROS COMPLETOS Y DETALLADOS DE TODOS LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y DE LOS APARATOS UTILIZADOS EN LOS PROCEDIMIENTOS Y DE CONSERVAR LOS CITADOS REGISTROS DURANTE UN PLAZO DE 10 AÑOS A CONTAR DESDE LA FECHA DE TRATAMIENTO Y, CUANDO SE TRATE DE UN MENOR DE EDAD, DURANTE UN PLAZO MÍNIMO DE 10 AÑOS DESDE QUE EL MENOR ALCANCE LA MAYORÍA DE EDAD.

29. NUCLEAR

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A:

(a) PÉRDIDA, DAÑO O DESTRUCCIÓN MATERIAL O CUALQUIER OTRA FORMA DE DAÑO, GASTO O COSTE QUE DE CUALQUIER MANERA ESTÉ RELACIONADO O DERIVE DE, O SEA CONSECUENCIA DE:

i. RADIACIONES IONIZANTES O CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD DE CUALQUIER ENERGÍA O COMBUSTIBLE NUCLEAR O DE CUALQUIER RESIDUO O DESHECHO NUCLEAR O DE LA COMBUSTIÓN DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O ENERGÍA NUCLEAR;

ii. LAS PROPIEDADES RADIOACTIVAS, TÓXICAS, EXPLOSIVAS, U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER MONTAJE EXPLOSIVO NUCLEAR O COMPONENTE NUCLEAR DE LOS

MISMOS;

*iii. EL USO SIN AUTORIZACIÓN DE APARATOS DE FUENTES RADIOACTIVAS O EN INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE SEGURIDAD DICTADAS POR LAS AUTORIDADES O EL MAL FUNCIONAMIENTO DEL APARATO O INSTALACIÓN, POR UN DEFECTO DE DISEÑO, CONSTRUCCIÓN O MANTENIMIENTO. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ A CUALQUIER RECLAMACIÓN CUBIERTA BAJO LA COBERTURA A.1 (RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL) PERO ÚNICAMENTE POR DAÑOS PERSONALES CAUSADOS POR APARATOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PRODUCTORES DE RAYOS X.*

*(b) CUALQUIER FORMA DE RESPONSABILIDAD DE CUALQUIER NATURALEZA DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE CAUSADA POR, O CONTRIBUIDA POR, O RESULTANTE DE*

*i. RADIACIONES IONIZANTES O CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD DE CUALQUIER ENERGÍA O COMBUSTIBLE NUCLEAR O DE CUALQUIER RESIDUO O DESHECHO NUCLEAR O DE LA COMBUSTIÓN DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O ENERGÍA NUCLEAR.*

*ii. LA EXPLOSIÓN TÓXICA RADIOACTIVA O CUALQUIER OTRA PROPIEDAD PELIGROSA O NOCIVA DE CUALQUIER EXPLOSIÓN DE CUALQUIER INSTALACIÓN, APARATO, ELEMENTO O COMPONENTE NUCLEAR.*

### 30. OPERACIONES FINANCIERAS

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA INTERVENCIÓN EN OPERACIONES FINANCIERAS DE CUALQUIER CLASE, DE TÍTULOS O*

*CRÉDITOS, MEDIACIÓN O REPRESENTACIÓN EN NEGOCIOS PECUNIARIOS, CREDITICIOS, INMOBILIARIOS O SIMILARES, O DERIVADAS DE DEPRECIACIONES O MINUSVALÍAS DE LAS INVERSIONES REALIZADAS COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIA EVOLUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO NATURAL DEL MERCADO DE VALORES, ASÍ COMO FRUSTRACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS DEL RENDIMIENTO DE LAS INVERSIONES AUNQUE HAYAN SIDO EXPRESAMENTE GARANTIZADAS.*

**31. PATENTES**

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA INFRACCIÓN DE PATENTES.*

**32. PRODUCTOS**

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA FABRICACIÓN, ELABORACIÓN, ALTERACIÓN, REPARACIÓN, SUMINISTRO, INSTALACIÓN, MANTENIMIENTO O TRATAMIENTO DE CUALESQUIERA BIENES O PRODUCTOS VENDIDOS, SUMINISTRADOS O DISTRIBUIDOS POR EL ASEGURADO O POR ALGUNA COMPAÑÍA SUBCONTRATADA POR EL ASEGURADO O DE OTRA FORMA RELACIONADA CON EL ASEGURADO.*

**33. RECLAMACIONES Y CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES**

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A CUALQUIER:*

*(a) RECLAMACIÓN, EVENTO ASEGURADO, ACTOS INCORRECTOS DE MALA PRAXIS, ACCIDENTE DE UN PACIENTE, INTOXICACIÓN ALIMENTARIA, ACCIDENTE, O VULNERACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL, O CIRCUNSTANCIA, CONOCIDOS POR CUALQUIER PERSONA RESPONSABLE, CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA*

*VIGENCIA DE LA PÓLIZA QUE RAZONABLEMENTE PUDIERAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN;*

*(b) RECLAMACIÓN POR ACTO INCORRECTO DE MALA PRAXIS, INTOXICACIÓN ALIMENTARIA, ACCIDENTE DE UN PACIENTE, ACCIDENTE, ACTOS DIFAMATORIOS O VULNERACIÓN DE SECRETO PROFESIONAL, EVENTO ASEGURADO O CIRCUNSTANCIA QUE HAYA SIDO NOTIFICADA AL AMPARO DE CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO ANTERIOR A LA FECHA DE EFECTO DE ESTA PÓLIZA O DEL CUAL ESTA PÓLIZA SEA UNA RENOVACIÓN O UNA SUSTITUCIÓN O CUALQUIER ACTO, HECHO O ASUNTO QUE CONSTITUYA UN EVENTO ÚNICO JUNTO A LA CITADA RECLAMACIÓN, EVENTO ASEGURADO O CIRCUNSTANCIA.*

### 33. REGULACIONES Y NORMAS

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA FALTA DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ASEGURADO DE LAS NORMAS, REGLAMENTOS Y LEYES LOCALES O INTERNACIONALES EN MATERIA DE ADMINISTRACIÓN O SEGURIDAD Y SALUD DE LOS ALIMENTOS O FÁRMACOS, O EN EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON FÁRMACOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, PRODUCTOS BIOLÓGICOS O PRODUCTOS RADIOACTIVOS QUE HAYAN SIDO DESAUTORIZADOS O NO APROBADOS POR LOS ORGANISMOS COMPETENTES.*

### 35. RESPONSABILIDAD CIVIL DE ADMINISTRADORES Y DIRECTIVOS

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LAS RESPONSABILIDADES DERIVADAS DE LA CONDICIÓN DEL ASEGURADO COMO ADMINISTRADOR O DIRECTIVO DE CUALQUIER SOCIEDAD O CORPORACIÓN.*

36. RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A

- (I) CUALQUIER OBLIGACIÓN CONTRACTUAL POR LA QUE EL ASEGURADO HAYA ASUMIDO EL PAGO DE UNA CLÁUSULA PENAL O PENALIZACIÓN NO COMPENSATORIA;
- (II) CUALQUIER RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL QUE EXCEDA DE LA LEGAL SALVO QUE EL ASEGURADO HUBIERA RESULTADO RESPONSABLE INCLUSO EN AUSENCIA DE DICHO CONTRATO;
- (III) LA ACEPTACIÓN POR EL ASEGURADO DE DAÑOS CONTRACTUALMENTE PREDETERMINADOS; O (IV) CUALQUIER GARANTÍA O AVAL DEL ASEGURADO. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ AL INCUMPLIMIENTO POR EL ASEGURADO DEL DEBER DE PRESTAR SUS SERVICIOS CON LA DILIGENCIA LEGALMENTE EXIGIBLE. SIN EMBARGO, EN ESTE CASO, LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR SE VERÁ LIMITADA A AQUELLAS CANTIDADES POR LAS QUE EL ASEGURADO HUBIERA SIDO RESPONSABLE EN EL SUPUESTO DE QUE NO EXISTIERA LA CITADA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL, CLÁUSULA PENAL, PENALIZACIÓN NO COMPENSATORIA, DAÑOS CONTRACTUALMENTE PREDETERMINADOS O GARANTÍA O AVAL.

37. RESPONSABILIDAD COMO PRESTAMISTA

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA CONCESIÓN O NO CONCESIÓN DE CUALQUIER PRÉSTAMO, ARRENDAMIENTO O AMPLIACIÓN DE CRÉDITO POR O EN NOMBRE DEL ASEGURADO O

*CUALQUIER COBRO, EMBARGO, EJECUCIÓN O RECUPERACIÓN EN RELACIÓN CON UN PRÉSTAMO, ARRENDAMIENTO O AMPLIACIÓN DE CRÉDITO.*

**38. SEGUROS OBLIGATORIOS**

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A POR RESPONSABILIDADES QUE DEBAN SER OBJETO DE COBERTURA DE UN SEGURO DE SUSCRIPCIÓN OBLIGATORIA.*

**39. SERVICIOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LOS SERVICIOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICA O GUARDEN CUALQUIER TIPO DE RELACIÓN CON ENSAYOS MÉDICOS O ENSAYOS DE FÁRMACOS PARA LOS QUE SE REQUIERA LA CONTRATACIÓN DE UN SEGURO OBLIGATORIO TAL Y COMO SE ENCUENTRA REGULADO EN EL REAL DECRETO 1090/2015, DE 4 DE DICIEMBRE, POR EL QUE SE REGULAN LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON MEDICAMENTOS, LOS COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS Y EL REGISTRO ESPAÑOL DE ESTUDIOS CLÍNICOS O EN LA LEGISLACIÓN VIGENTE EN CADA MOMENTO.*

**40. SUPERFICIES MÉDICAS**

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A SUPERFICIES CON LA QUE PUEDA ESTAR EN CONTACTO UN APARATO, O QUE HAYA ESTADO EN CONTACTO CON FLUIDOS CORPORALES (HUMANOS O ANIMALES) O CON TEJIDOS (HUMANOS O ANIMALES) Y QUE NO HAYAN SIDO DESINFECTADAS O ESTERILIZADA SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES DEL*

FABRICANTE Y DEL MINISTERIO DE SANIDAD U ORGANISMO  
COMPETENTE.

41. UNIÓN TEMPORAL DE EMPRESAS

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA PARTICIPACIÓN,  
OPERACIÓN O EXISTENCIA DE CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL DE  
EMPRESAS O NEGOCIOS EN LOS QUE EL ASEGURADO TENGA UN  
INTERÉS, A MENOS QUE EL ASEGURADOR HAYA PREVIAMENTE  
ACEPTADO Y AUTORIZADO POR ESCRITO AL ASEGURADO LA  
PARTICIPACIÓN EN DICHO CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL, EMITIENDO  
A TAL EFECTO UN SUPLEMENTO A LA PRESENTE PÓLIZA.

42. DAÑOS CIBERNÉTICOS

DERIVADA DE, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, POR, QUE RESULTE DE, O  
QUE SURJA, ESTÉ BASADO EN O SEA ATRIBUIBLE A CUALQUIER  
ACTUACIÓN CIBERNÉTICA, INCIDENTE CIBERNÉTICO, O VIOLACIÓN DE LA  
SEGURIDAD DE LOS DATOS, INCLUYENDO CUALQUIER ACCIÓN  
REALIZADA PARA CONTROLAR, EVITAR, SUPRIMIR O REMEDIAR  
CUALQUIER ACTUACIÓN CIBERNÉTICA, INCIDENTE CIBERNÉTICO, O  
VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS DATOS RESULTADO EN LA  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DERIVADA DE, BASADA EN  
O ATRIBUIBLE A CUALQUIER MANIFESTACIÓN, PROMESA O GARANTÍA,  
ESCRITA U ORAL, CON RESPECTO AL FUNCIONAMIENTO, RENDIMIENTO,  
ACTUACIÓN O RESULTADO ESPERADO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
PROFESIONALES.

44. DAÑOS MATERIALES OCASIONADOS A TERCEROS POR ESCAPES O

DESBORDAMIENTO

DERIVADA DE, DAÑOS MATERIALES OCASIONADOS A TERCEROS POR ESCAPES Y DESBORDAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DEL MAL ESTADO NOTORIO DE LAS INSTALACIONES QUE SE HALLEN AL CUIDADO DEL ASEGURADO.

45. MULTAS, SANCIONES, TRIBUTOS, IMPUESTOS Y OTROS.

QUE CORRESPONDA A MULTAS, SANCIONES, TRIBUTOS, IMPUESTOS, DEUDAS ADUANERAS, ARANCELES, TASAS O CUALQUIER EXACCIÓN PARAFISCAL;

46. REPARACIÓN NO COMPENSATORIA, PUNITIVA, MÚLTIPLE, EJEMPLARIZANTE O AGRAVADA.

QUE CORRESPONDA A UNA REPARACIÓN NO COMPENSATORIA PUNITIVA, MÚLTIPLE, EJEMPLARIZANTE, O AGRAVADA (EXCEPTO EJEMPLARIZANTES O AGRAVADAS QUE SE HAYAN IMPUESTO EN UNA ACCIÓN DE DIFAMACIÓN, ANGUSTIA EMOCIONAL, INJURIAS O CALUMNIAS);

47. COSTES GENERALES O FIJOS DE LA SOCIEDAD.

QUE CORRESPONDA A COSTES GENERALES O FIJOS DE LA SOCIEDAD, SALARIOS, SALARIOS, DIETAS, VENTAJAS PERCIBIDAS, RETRIBUCIONES, HONORARIOS, HORAS EXTRA O REMUNERACIONES DE EMPLEADOS O DE CUALQUIER ASEGURADO O INDEMNIZACIONES POR DESPIDO.

48. CONTRIBUCIONES, RECARGOS, APORTACIONES Y OTROS PAGOS.

QUE CORRESPONDA A CONTRIBUCIONES, RECARGOS, APORTACIONES O PAGO A LA TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, ORGANISMOS ANÁLOGOS O SIMILARES DE CUALQUIER NIVEL ADMINISTRATIVO ESTATAL, AUTONÓMICO, PROVINCIAL O LOCAL, O QUE LO SUSTITUYA. HONORARIOS, COMISIONES U OTRA COMPENSACIÓN ECONÓMICA POR SERVICIOS PROFESIONALES. QUE CORRESPONDA A HONORARIOS, COMISIONES U OTRA COMPENSACIÓN ECONÓMICA POR SERVICIOS PROFESIONALES.

50. IMPORTES NO ASEGURABLES POR LA LEY.

QUE CORRESPONDA A IMPORTES NO ASEGURABLES POR LEY.

51. SERVICIOS PROFESIONALES COMO FIDEICOMISARIO, ADMINISTRADOR, ENTRE OTROS.

DERIVADA DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DEL ASEGURADO COMO FIDEICOMISARIO, ADMINISTRADOR O FIDUCIARIO DE PENSIONES DE LA SOCIEDAD, PROGRAMA DE BENEFICIOS O REMUNERACIÓN DE EMPLEADOS O "PROFIT-SHARING" (PARTICIPACIÓN EN LAS GANANCIAS).

52. LOS GASTOS DE DEFENSA DE REMUNERACIÓN AL ASEGURADO

QUE CORRESPONDAN A LA REMUNERACIÓN DE NINGÚN ASEGURADO, EL COSTE DE SU TIEMPO, O EL COSTE O GASTO GENERAL DE CUALQUIER SOCIEDAD.

53. SANCIONES COMERCIALES

*CUYO PAGO EXPONGA AL ASEGURADOR A CUALQUIER SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN APLICABLE CONFORME A LAS RESOLUCIONES EMITIDAS POR NACIONES UNIDAS O A AQUELLAS SANCIONES QUE, EN MATERIA COMERCIAL O ECONÓMICA, PUDIERAN SER IMPUESTAS POR LA NORMATIVA Y LEGISLACIÓN DE LA U.E., EL REINO UNIDO, LA LEGISLACIÓN NACIONAL O DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.*

54. PROPIEDAD INTELECTUAL E INDUSTRIAL

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE AL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIER DERECHO DE PROPIEDAD INTELECTUAL O INDUSTRIAL, O APROPIACIÓN INDEBIDA DE SECRETOS COMERCIALES.*

55. TABACO Y DROGAS ILEGALES

*DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE AL CONSUMO DE TABACO, E-CIGARRETES Y DROGAS ILEGALES”.*

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 de LA EQUIDAD SEGUROS GENENRALES O.C., por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación del Contrato de Seguro, 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.

### **34. SUJECIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO, EL CLAUSULADO Y LOS AMPAROS**

Es preciso señalar que de acuerdo con lo contemplado en el artículo 1044 del Código de Comercio, LA EQUIDAD SEGUROS GENENRALES O.C., podrá proponer a los beneficiarios, la excepciones que pueda alegar en contra del tomador y el asegurado cuando son personas distintas, por tanto, en caso de un fallo en contra este deberá ajustarse de acuerdo con las condiciones pactadas dentro del contrato de seguro, y dicha condena no podrá exceder los parámetros acordados por los contratantes.

Por lo tanto, en caso de que prosperen las pretensiones de responsabilidad civil de los demandantes contra E.P.S. SANITAS S.A.S., tal relación deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro denominado Póliza No. AA195705, en la cual se encuentran contenidas las condiciones particulares de la póliza y por las condiciones generales

### **35. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO DE LOS CONTRATOS DE SEGURO**

Es improcedente que La Equidad Seguros O.C., sea condenada al pago de las sumas peticionadas por el extremo activo, toda vez que el contrato de seguro tiene un carácter meramente indemnizatorio y reconocer dichos emolumentos económicos va en contra vía con la finalidad del contrato de seguro. Pues está claro que en este caso la E.P.S Sanitas S.A.S., no tiene ninguna obligación indemnizatoria por la supuesta falla en la prestación del servicio médico que tuvo como resultado los presuntos daños sufridos por la señora MARIA TERESA GARCÍA.

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo, de modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca

podrá ser superior al valor asegurado.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

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

*En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio estableció lo siguiente: “Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso”<sup>24</sup>(Subrayado y negrilla fuera de texto).*

Así las cosas, el carácter de los seguros de daños, y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización, es decir no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento.

Debe recordarse que tal como se expuso en el capítulo de contestación de la demanda, y sin que

---

<sup>24</sup> Corte Suprema de Justicia Sala civil- sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065.

signifique aceptación de responsabilidad alguna, los perjuicios alegados por el extremo actor por concepto de daño emergente no fueron soportados con medios de prueba, por cuanto: (i) los accionantes omiten discriminar en que erogaciones incurrieron a fin de concebir que existió una afectación de tal índole y, (ii) no fue allegado con el acervo probatorio, documento alguno que lograra demostrar el presunto detrimento patrimonial de los demandantes, más allá de la sola afirmación de haber sufrido dicho daño. Por otra parte, en lo referente al lucro cesante que aducen haber sufrido la señora GARCÍA, es improcedente el reconocimiento de dicho concepto, en tanto, no se probó (i) que la señora TERESA GARCÍA desarrollara una actividad económica y está a que atendía, (ii) que percibiera ingresos y cuales eran, (iii) y que el cese de actividades económicas por motivo de su diagnóstico y los tratamientos realizados se derivara como consecuencia de la atención medica brindada por las demandadas.

Respecto a la estimación que realiza la parte demandante por concepto de daño moral en igual medida es improcedente, y su reconocimiento significa un enriquecimiento injustificado en beneficio de esta, por cuanto: (i) no existe responsabilidad en cabeza de la parte pasiva dentro del presente asunto, (ii) en el plenario de este proceso no se observa ni una sola prueba que indique si quiera sumariamente la existencia de un perjuicio moral que haya sufrido el demandante y demás de que este se tasa de manera exorbitante, desatendiendo los pronunciamientos de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA CIVIL.

En el caso de marras no es viable el reconocimiento y pago de suma alguna, por cuanto no está demostrada la ocurrencia del riesgo amparado, responsabilidad civil profesional médica. Razón por la cual, de pagar suma alguna que no esté debidamente acreditada por la parte accionante, se estaría contraviniendo el citado principio de mera indemnización del contrato de seguro, y eventualmente enriqueciendo a los accionantes.

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

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

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

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza No. AA195705 que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que, en este sentido, sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

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

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

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

“Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, **el valor de la prestación a cargo de la aseguradora**, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, **se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado**, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización”<sup>25</sup> – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

**COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO**

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	\$4.500.000.000.00	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Fredios Labores y Operaciones.	Si	00%		\$0.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00

Documento: Póliza no. AA195705, certificado AA727368.

Transcripción esencial: “VALOR ASEGURADO, Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales

<sup>25</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

\$4.500.000.000.00”.

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no puede ser condenada por un mayor valor que el expresamente establecido en la Póliza. En todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Juzgado en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

En virtud de lo anterior, respetuosamente solicito al Despacho, declarar probada la presente excepción.

### **37. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO**

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

### **38. EN CUALQUIER CASO, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA EL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO \$150.000.000.**

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el deducible pactado en el contrato de seguro que para el caso concreto corresponde al diez por ciento (10%) de la pérdida, mínimo \$150.000.0000:

Deducible

1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000
2. Gastos de defensa, tanto en procesos civiles, penales, conciliaciones y contenciosos administrativos: 10% mínimo COP 5.000.000

*Documento: Póliza no. AA195705, certificado No. AA727368.*

*Transcripción esencial: "Por medio del presente certificado se realiza modificación de los deducibles de esta cuenta según se detalla a continuación*

*-Pago de perjuicios 10%, mínimo COP 150.000.000".*

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

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

*En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a "Las demás condiciones*

*particulares que acuerden los contratantes<sup>26</sup> (Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro. Es de suma importancia que el Juzgador descuenta del importe de la indemnización, la suma pactada como deducible que para el caso concreto corresponde al diez por ciento (10%) de la pérdida, mínimo \$150.000.0000. Lo anterior, como consta en la respectiva póliza de seguro.

Así las cosas, en el improbable y remoto evento en que el Despacho decidiera desconocer todo lo anteriormente indicado respecto de las razones por las cuales resulta jurídicamente improcedente afectar la póliza de Seguro. Deberá tener en cuenta, los porcentajes de deducible plasmados en la imagen anterior, tomada de la póliza de seguro, en la que se indica con precisión que, para la cobertura de responsabilidad civil profesional médica, el deducible será el diez por ciento (10%) de la pérdida, mínimo \$150.000.0000.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

### **39. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS**

Solicito a usted Señora Juez, decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en curso del proceso, y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de mi procurada y que pueda configurar otra causal que la exima de toda obligación indemnizatoria, incluyendo la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro (artículo 1081 del Código de Comercio).

---

<sup>26</sup> Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

## CAPÍTULO III

### 1. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

#### 1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705 y su condicionado general.
- 1.2. Derecho de petición radicado ante la Procuraduría General de la Nación de Florencia-Caquetá.

#### 2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte la señora **MARIA TERESA GARCÍA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora **MARIA TERESA GARCÍA** podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
- 2.2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte la señora **GLORIA INES PINEDA GARCÍA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora **GLORIA INES PINEDA GARCÍA** podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

- 2.3. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte la señora **ADRIANA LUCIA ORTEGA GARCÍA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora **ADRIANA LUCIA ORTEGA GARCÍA** podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
- 2.4. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **ROBESTIER MEJIA GARCIA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor **ROBESTIER MEJIA GARCIA** podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
- 2.5. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **JORGE GAITÁN RIVERA**, en su calidad de representante legal de la demandada y llamante en garantía, ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. - E.P.S. SANITAS S.A.S., o quien haga sus veces, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor **JORGE GAITÁN RIVERA** podrá ser citado en la Calle 100 No. 11 B – 95 de la ciudad de Bogotá D.C. o al correo electrónico: [notificajudiciales@keralty.com](mailto:notificajudiciales@keralty.com).
- 2.6. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **PIEDAD CONSTANZA LETRADO PERDOMO**, en su calidad de representante legal

de la demandada, **UROCAQ EU I.P.S.**, o quien haga sus veces, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora **PIEDAD CONSTANZA LETRADO PERDOMO** podrá ser citado en el correo electrónico: [gerente.urocaq@gmail.com](mailto:gerente.urocaq@gmail.com)

### 3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. 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, del llamamiento en garantía y, especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de las Pólizas de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705.

### 4. TESTIMONIALES

- 4.1. Solicito se sirva citar a la doctora **MIREYA MAHECHA MAHECHA** – especialista en ginecología, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre la atención brindada a la señora MARIA TERESA GARCÍA. La testigo podrá ser citada a la dirección Cra . 16 # 15 - 54, Florencia- Caquetá o al correo electrónico: [ginecologia@hmi.gov.co](mailto:ginecologia@hmi.gov.co).
- 4.2. Solicito se sirva citar al doctor **ELKIN DAVID CERCHIASRO MARTINEZ**, Médico especialista en ginecología, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos de

la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre la atención, diagnóstico, cirugía practicada a la señora MARIA TERESA GARCÍA, así como sobre la pertinencia del tratamiento prescrito de acuerdo con la ciencia médica. El testigo podrá ser citado en la dirección carrera 15 # 14-35 de Florencia-Caquetá o al correo [siau@cedimips.com](mailto:siau@cedimips.com).

- 4.3. Solicito se sirva citar a la doctora **MARIA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en el llamamiento en garantía, así como de los fundamentos de hecho y derecho sobre la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, y en general, sobre las excepciones propuestas frente al llamamiento, la testigo podrá ser citada en el correo [mcagudelo@gmail.com](mailto:mcagudelo@gmail.com)

## 5. PRUEBA POR OFICIOS

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la PROCURADURÍA GENERAL DE FLORENCIA-CAQUETÁ, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Solicitud de conciliación.
- Acta de audiencia de conciliación.
- Constancia de no acuerdo.
- Lista de quienes comparecieron a la audiencia de conciliación extrajudicial.

Vale la pena agregar, que los documentos solicitados se encuentran en poder la referida entidad, dado que fue la encargada de realizar la audiencia de conciliación extrajudicial. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de estos documentos es evidenciar el cumplimiento de los requisitos de procedibilidad que dan acceso a la presente acción y cada uno de los términos discutidos en tal diligencia. La PROCURADURÍA GENERAL DE FLORENCIA-CAQUETÁ puede ser notificada en la en la dirección electrónica: [regional.caqueta@procuraduria.gov.co](mailto:regional.caqueta@procuraduria.gov.co) o a su sede principal en la ciudad de Bogotá Carrera 5 # 15-80 y correo [procesosjudiciales@procuraduria.gov.co](mailto:procesosjudiciales@procuraduria.gov.co)

## ANEXOS

1. Pruebas relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación legal de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., en donde figura inscrito el poder general conferido a la firma G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S. a través de la Escritura Pública No. 2779, otorgada el 02 de diciembre de 2021 en la Notaría Decima (10°) del Círculo de Bogotá.
3. Certificado de existencia y representación legal de la firma G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S., en donde figura el suscrito como Representante Legal.
4. Certificado de existencia y representación legal de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., emitido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

## 2. NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

Las demandadas y llamantes en el lugar indicado en los llamamientos en garantía.

Mi representada, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. en la Carrera 9 A No. 99 – 07, Torre 3 Piso14, en la ciudad de Bogotá D.C. o al **Correo electrónico:** [notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop](mailto:notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop)

El suscrito en la Cra 11A # 94A - 23 Of 201de la ciudad de Bogotá D.C. o al **Correo electrónico:** [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Atentamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

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