

Señores

**JUZGADO TERCERO (03°) CIVIL DEL CIRCUITO DE GUADALAJARA DE BUGA**

[j03ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j03ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E.S.D

**REFERENCIA:** RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA  
**DEMANDANTE:** MELISSA GALLEGO QUINCHIA Y OTROS  
**DEMANDADO:** FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA Y OTRO  
**RADICACIÓN:** 761113103003-2023-00060-00

**ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado en ejercicio portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** persona jurídica identificada con NIT 860.524.654-6, sociedad legalmente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, como se acredita con el poder que se aporta con este escrito; comedidamente procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** formulada por la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA Y OTROS, en contra de FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA Y OTRO, y acto seguido a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA., para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta lo hechos y precisiones que se hacen en el presente escrito, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, de conformidad con lo que se consigna a continuación:

Es necesario precisar que el presente escrito se dividirá en dos capítulos: en el primero de ellos se hará la contestación a la demanda la cual da inicio a este proceso, y en el segundo se hará la contestación al llamamiento en garantía promovido por Fundación Hospital San José de Buga a mi representada.

**CONSIDERACIÓN PRELIMINAR:**  
**SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA**

Es necesario emitir una sentencia anticipada debido a que: (i) La Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 660-88-994000000076 mediante la cual se vincula a mi representada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., mediante llamamiento en garantía, **NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL** para el caso de marras por

cuanto no concurren los elementos de la modalidad Claims Made que fue pactada, configurándose la carencia de legitimación en la causa por pasiva por parte de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C; y (ii) se configuró la causal ordinaria de prescripción extintiva.

Por un lado, el contrato de seguro documentado en la Póliza De Seguro De Civil Clínicas y Centros Médicos No. 660-88-994000000076, **NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL** para los hechos objeto de litigio, comoquiera que no se cumplen los requisitos establecidos por el ordenamiento jurídico para este tipo de seguro, los cuales son: (i) que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y (ii) que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza

Tenemos que mi representada expidió el certificado de la Póliza De Seguro De Civil Clínicas y Centros Médicos No. 660-88-994000000076, con vigencia entre el 30 de agosto del 2023 y el 30 de agosto del 2024, la cual se pactó bajo la modalidad de cobertura denominada Claims Made, y con un periodo de retroactividad a partir del 30 de agosto de 2017, como se ilustra a continuación:

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir de: **AGOSTO 30 DE 2017**, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

En este caso, los hechos materia del litigio ocurrieron el 23 de abril de 2013, es decir, por fuera de la vigencia de la mentada póliza o de su periodo de retroactividad. Por lo demás, la primera reclamación que los demandantes formularon a la Fundación Hospital San José de Buga se hizo el 21 de abril de 2023, es decir, por fuera de la vigencia de esta póliza.

En segundo lugar, ha operado el fenómeno de la prescripción ordinaria de la acción civil que se encuentra en cabeza de los demandantes. Lo anterior toda vez que se encuentra acreditado en el plenario que la cirugía realizada a la señora Claudia Patricia Reyes Ordoñez objeto de imputación por supuesta mala praxis data del **23 de abril de 2013**, por ende, desde dicha calenda empezó a correr el término de diez años previsto en el artículo 2536 del Código Civil que finalmente fue modificado por el artículo 8 de la Ley 791 del 27 de diciembre de 2002, en concordancia con el 2535 del Código Civil, para que los demandantes ejercieran acciones en contra de la Fundación Hospital San José de Buga, sin embargo la demanda tan solo se promovió hasta el **01 de junio de 2023**, es decir cuando el fenómeno prescriptivo ya se había consolidado. Más aún, pues si bien se surtió solicitud de conciliación el 21 de abril de 2023, la audiencia de conciliación fue celebrada y fallida el **28 de abril de 2023**, por lo que la parte demandante tenía plazo únicamente para presentar la demanda hasta el día **02 de mayo de 2023**, situación que no sucedió.

Sin perjuicio de ello, procedo a pronunciarme respecto a los hechos y pretensiones de la demanda.

## CAPITULO I:

**CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA:**

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

**AL HECHO “PRIMERO”:** El apoderado de la parte actora realiza varias afirmaciones en este hecho, sobre las cuales se procede a realizar las siguientes manifestaciones:

- A mi representada no le consta nada en relación con lo que en este numeral se manifiesta frente a los síntomas por los que la señora Melissa Gallego consultó el servicio médico el 23 de abril de 2013, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por ASEGURADORA SOLIDARIA E.C., comoquiera que la sintomatología presentada por la paciente, pertenece a la esfera personal de la actora y por tanto, resulta ajeno a mi procurada.

Sin perjuicio de lo anterior se debe señalar que, la sintomatología presentada el pasado 23 de abril de 2013 por la señora Melissa Gallego Quinchía no exhibía los signos claves para el diagnóstico de apendicitis, pues como bien se vislumbra de la historia clínica allegada, para ese momento la señora Gallego Quinchía expresó no sufrir de diarrea ni fiebre. Asimismo, se evidencia que en su segunda valoración en la entidad Clínica IPS Comfandi Buga, no se evidenció signos de irritación peritoneal, como se observa:

Neck	: NO ADENOPATIAS CERVICALES
Torax/Mamas	: RSCRS ACP BIEN VENTILADOS
Abdomen	: B/D, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL DOLOR PALPACION EN MESOGASTRO NO HERNIAS NO VISCEROMEGALIAS, PERISTALTISMO NORMAL, PERCUSION NORMAL.
Genitourinario	: SE Omitió
Extremidades	: MOVILES SIN EDEMA PULSOS PRESENTES
Sist. Nev. Central	: ALERTA GLASGOW 15/15 NO DEFICIT
Ex. Mental	: NORMAL
Piel y Uñas	: NORMAL
Otros Hallazgos	: NINGUNO RELEVANTE

Así, y como lo constato la Fundación San José, en su contestación, no en todos los casos de dolor abdominal se requiere estudios más a fondo, y menos aun cuando ninguno de los síntomas presentados por la señora Gallego Quinchía se enmarcaban de ninguna manera con la sintomatología de apendicitis, más aún pues la paciente no presentó cuadros de vómito, diarrea y fiebre, que son compatibles con el diagnóstico de apendicitis.

- Frente a las demás manifestaciones realizadas por la parte actora se debe establecer que, a mi representada no le consta, comoquiera que son ajenos al giro ordinario de las actividades de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, comoquiera que ello pertenece a labores ajenas a las realizadas por mi procura. 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 “SEGUNDO”:** A mi representada no le consta nada en relación con lo que en este hecho se manifiesta, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas a lo que ASEGURADORA SOLIDARIA ENTIDAD COOPERATIVA. pues mi representada no intervino de ningún modo en el procedimiento médico realizado y al cual hace referencia el apoderado judicial de la parte actora en este hecho. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

Sin perjuicio de lo anterior, se advierte de la historia clínica que obra en el plenario, que el diagnóstico realizado por la Fundación Hospital San José de Buga, no obedece exclusivamente en los resultados de la ecografía, pues inicialmente la señora Gallego fue valorada por cirugía general, donde se le fue ordenada un hemograma y parcial de orina. Así, fue con base a todos estos resultados, que fue posible para el equipo médico de la Fundación confirmar el diagnóstico de colecistitis.

Finalmente, es necesario aclarar a este despacho que no es cierto que no se haya puesto en conocimiento la ecografía ni los resultados de los demás exámenes, pues se advierte en el expediente el consentimiento informado firmado por ella para la realización de la cirugía de colecistectomía por laparoscopia. Pega la imagen.

**AL HECHO “TERCERO”:** A mi representada no le consta nada en relación con lo que en este hecho se manifiesta, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas a lo que ASEGURADORA SOLIDARIA E.C. pues mi representada no intervino de ningún modo en el procedimiento médico realizado y al cual hace referencia el apoderado judicial de la parte actora en este hecho. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

No obstante lo anterior, de la documentación que obra en el expediente, se observa que la paciente empieza a presentar cuadro de dolor general, dolor abdominal y vómitos desde el 25 de abril de 2013, es decir, dos (2) días después de la realización de la cirugía de vesícula. Además, se verifica que se presenta a la Clínica IPS Comfandi el 27 de abril de 2013, dos (2) días después de empezar a presentar este nuevo cuadro de dolor:

Motivo de Consulta : LA OPERACIÓN DE LA VESÍCULA Y AHORA, TIENE, VÓMITOS, FIEBRE.  
Historia Clínica : PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD POR DE COLECISTECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA EL DIA 23-04-2013 EN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, SIN EMBARGO DESDE EL DIA 25-04-2013 CURSA CON CUADRO MALESTAR GENERAL, DOLOR ABDOMINAL, VÓMITOS CONTINUOS, DOLOR A NIVEL DE LA REGION DORBOLOMBAR, DISPOSICIONES LIQUIDAS TENDIAS ENFOJE. TODO CON DIA, NO BUENO NO SABORE, FICOS FEBRILES NO CUANTIFICADOS TRATADO CON DOSIS DE ACETAMINOFEN TABLETA Y HIDRATA TABLETA TO NOG SIN MEMORIA CLINICA.

**AL HECHO “CUARTO”:** A mi representada no le consta nada en relación con lo que en este hecho

se manifiesta, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas a lo que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. pues mi representada no intervino de ningún modo en el procedimiento médico realizado y al cual hace referencia el apoderado judicial de la parte actora en este hecho. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

Sin perjuicio de lo anterior, se advierte que el 27 de abril de 2013, la paciente asiste nuevamente al servicio médico con síntomas distintos a los prestados el 23 de abril de 2013, por lo que se hizo necesario luego de realizar un nuevo examen clínico, que fue la laparotomía exploratoria. De igual manera, se puede observar en el expediente que la paciente fue informada sobre las complicaciones comunes de este procedimiento y la necesidad de realizar tratamientos complementarios, riesgos que fueron aceptados por la paciente el 28 de abril de 2024. Así las cosas, a través de este procedimiento fue posible llegar al diagnóstico de peritonitis y apendicitis.

**AL HECHO “QUINTO”:** No es propiamente un hecho. Se trata de una apreciación netamente subjetiva que realiza el apoderado judicial de la parte actora, la cual resulta completamente ajena a lo que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. pueda conocer al respecto, pues consiste en una manifestación referente a una situación que carece de sustento fáctico, probatorio y científico, ya que, únicamente se limita a realizar determinadas afirmaciones a conveniencia, sin que justifique ni argumentativa ni probatoriamente lo allí referenciado.

No obstante, es contrario a la realidad establecer que hubo un error en el diagnóstico y en el tratamiento de la paciente Gallego Quinchía, pues se observa que los resultados de los exámenes realizados, tales como: ecografía abdominal, parcial de orina y hemograma, queda demostrado que la paciente estaba sufriendo de una colecistitis aguda, resultados que son corroborados en la cirugía realizada el 23 de abril de 2013, pues en esta halla que:

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE - HOJA QUIRURGICA		Fecha y hora de Inicio	23/04/2013 19:00
Don José		Fecha y hora de Finalización	23/04/2013 19:45
ID: 17895			
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>			
Entidad	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS EPS		
GALLEGO	QUINCHIA	MELISSA	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo Documento	CE	Numero Documento	1115068198
Fecha Nacimiento	20/05/1988	Edad	24
Sexo	F	Telefono	3177655040
Dirección de Residencia	CL 11 13-21	76 Municipio	Suvalajara de Buga
Departamento	VALLE DEL CAUCA		111
<b>GRUPO QUIRURGICO</b>			
Cirujano	ASCIONE CALERO GIOVANI RAFFAELE		Instrumentador
Ayudante	TRUJILLO DURAN ALVARO		Circulante
Ayudante Dos	NO APLICA		
Anestesiólogo	VELASQUEZ TAFUR ANDRES FELIPE		Tipo Anestesia
			General
<b>PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN</b>			
Código	Descripción	Uhr	Min
812104	COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	180	11
<b>DIAGNOSTICOS</b>			
Código	Descripción	Tipo	
K800	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA	Prequirurgico	
K800	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA	Postquirurgico	
<b>HALLAZGOS OPERATORIOS</b>			
VESICULA CON LEVE INFLAMACION CON CALCULOS EN SU INTERIOR MILIMETRICOS RESTO DE CAVIDAD ABDOMINAL SE APRECIA SUPERFICIALMENTE Y GLOBALMENTE DENTRO DE LIMITES BASALES			
<b>TECNICA QUIRURGICA</b>			
EN POSICION AMERICANA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA Y ALCOHOL ISOPROPILICO CON TECNICA DE TRES PUERTOS ENTRADA CON TECNICA DE HASSON OTROS DOS TROCARES BAJO NEUMONSUFLACION TOTAL HASTA DE 53 LTS DE CO2 IDENTIFICACION CLARA DE LAS ESTRUCTURAS DEL TRIANGULO DE CALLOT UTILIZACION DE 5 LIGACLIPS LT-300 DISECCION CISTICO FUNDICA CON LEVE RUPTURA AL FINAL DE LA EXCERESIS POR LA CUAL SE LLAVIO CON 1000 CC SSN INSTALACION CON LIDOCAINA EN EL LECHO HEPATICO CHEQUEO CRUZADO CON PUERTOS OK CIERRE DE FASCIA CON PROLENE 1 PIEL, PROLENE 3-0 INTAROEMICO			
<b>COMPLICACIONES</b>			
Material Enviado a Patología			
VESICULA BILIAR MAS BARRO BILIAR			
Compresas Completas	SI	NO	Tipo de Herida Limpia contaminada
			SALA Sala C
Recien Nacido	Horas	Sexo	Talla
			Peso
			Appar 11
			Appar 51
CIRUJANO	ASCIONE CALERO GIOVANI RAFFAELE		Registro Medico
Cargo o Actividad	MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL Y		14155

**"Se encuentra la vesícula con leve inflamación**

**Con cálculos en su interior milimétricos**

*Resto de cavidad abdominal se aprecia superficialmente y globalmente dentro de los límites normales"*

Se comprueba de esta manera que el diagnóstico y el tratamiento para la patología presentada por la paciente era la correcta, pues como bien lo establece el *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*:

*"El tratamiento común para los cálculos biliares es la cirugía para extirpar la vesícula*

Dentro de este mismo procedimiento se observó que la cavidad abdominal se encontraba dentro de los límites normales. Por lo tanto, este despacho debe concluir claramente que la apendicitis que eventualmente sufrió la señora Melissa Gallego se desarrolló con posterioridad al 23 de abril de 2013. Lo más probable es que esta condición se haya manifestado el 25 de abril de 2013, dos días después de haberse realizado la Colelap de manera fructífera, que fue el momento en que empezó a presentar una nueva sintomatología a aquella presentada en su primera consulta el 23 de abril del mentado año.

**AL HECHO “SEXTO”:** El apoderado de la parte actora realiza varias afirmaciones en este hecho, sobre las cuales se procede a realizar las siguientes manifestaciones:

- A mi representada no le consta si la paciente fue tratada en la Unidad de Cuidados Intensivos y las razones por las que fue trasladada, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas a lo que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. pues mi representada no intervino de ningún modo en el procedimiento médico realizado y al cual hace referencia el apoderado judicial de la parte actora en este hecho. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

No obstante, se observa dentro de la historia clínica allegada que la paciente fue admitida a la Unidad de Cuidados Intensivo, no por encontrarse, como lo manifiesta “*al borde de la muerte*” sino para mantenerla en monitoria continua por riesgo de inestabilidad hemodinámica y cubrimiento de antibiótico de amplio espectro

ABRIL 28 DE 2013 18:00	
NOMBRE: MELISSA GALLEGO QUINCHIA	CC: 1115088199
EDAD: 24 AÑOS	HC: 1116088198
PROCEDENCIA:	EPS: SOS
MOTIVO DE INGRESO: MONITORIA HEMODINAMICA CONTINUA, RIESGO DE INESTABILIDAD HEMODINAMICA, CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO.	

De igual manera, se trae a colación lo establecido por galeno Jairo Augusto Casar Guerra, en el dictamen que allego la parte demandante:

*“Cabe anotar que el manejo dado a las complicaciones presentadas por la*

<sup>1</sup> National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2017, November). *Tratamiento para los cálculos biliares - NIDDK*. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/calculos-biliares/tratamiento#:~:text=El%20tratamiento%20com%C3%BAAn%20para%20los,por%20lo%20general%20requieren%20cirug%C3%Aa>

*paciente lavados, cirugías, uso de sistema vack, manejo de antibioticoterapia, requerimiento de uci, terapia nutricional, terapia enterostomal y finalmente corrección de fistula son y están completamente ajustadas a los protocolos de manejo y al cuidado dentro de la lex artis.”*

Por lo que, se debe concluir en cualquier caso por este honorable Despacho, que la atención dada por Fundación Hospital San José de Buga se ajustó a los parámetros de cuidado y diligencia establecidos por la Lex Artis.

- A mi representada no le consta las patologías que posteriormente pudo haber sufrido la demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas a lo que ASEGURADORA SOLIDARIA E.C. pues mi representada no intervino de ningún modo en el procedimiento médico realizado y al cual hace referencia el apoderado judicial de la parte actora en este hecho, frente a una intubación. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

No obstante, dentro de la historia clínica aportada por la parte actora, se vislumbra que la parte está faltando a la verdad, pues se establece de forma reiterada que la paciente no presenta dificultades respiratorias. Así, en la historia clínica, en los días que establece el perito la señora Gallego Quinchía fue intubada, solo se observa que la paciente a lo máximo utiliza una cánula nasal, pero siempre mantiene los pulmones bien ventilados:

Fecha : 21.07.2013 Hora: 11:13  
Tipo : Evolución  
Subjetivo : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO TOLERA NET NO FIEBRE  
Objetivo : FC 78 FR 18 AFEBRIL PPR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS ANGITERICA **PULMONES BIEN VENTILADOS RS**  
OS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO FISTULA PRODUJO 6600G EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA  
Análisis : PCTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION FAVORABLE DISMINUCION PRODUCIDO DE FISTULA ENTERAL. SE CONTINUA NET IGUAL

Fecha : 21.07.2013 Hora : 22:38  
 Tipo : Evaluación  
 Subjetivo : UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO. EVOLUCION UCIN NOCHE. 25 APOS. FECHA DE INGRESO 2013-08-20.  
 DR. MARTINEZ CIRUJANO INTENSIVISTA DR. RUMBO MD ASISTENCIAL UCI. DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION  
 A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI HAEMOLYTICUS/  
 ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA  
 CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA +  
 APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013,  
 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 5. FISTULA ENTEROCUTANEA DE  
 INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA

ORIGINAL

Fecha Impresión: 08/10/2013 - Hora: 08:08:56 Página 84 de 142

Paciente : MELISSA GALLEGU QUINCHIA Identificación : CC - 1115068198

**Historia Clínica General**

**Objetivo** : PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN SOPORTE VASOACTIVO, AFEBRIL, PA:100/70, PAM:67, FC:93, CP:RUIDOS RITMICOS, NO SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, SIN AGREGADOS, OXIGENO POR CN SAT:100%, FR:23, FIO2:24%. GI:ABDOMEN FAJADO, BLANDO NO DOLOROSO, FISTULA PRODUCIENDO 350 CC, CON NET ALTRAC A 30 CCMHORA. GUDIURESIS DE 1.4 CCMHORA. EXT: MOVILES NO EDEMA LLENADO CAPILAR NORMAL METABOLICO:GLUCOMETRIAS DE 11-123 mg/dl TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO: - dapicomicina 24 06 2013 - doipenem 11 07 2013 (HOY ULTIMA DOSIS).

**Análisis** : PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON SOPORTE DE OXIGENO POR CN, SIN DOLOR ABDOMINAL, CON DISMINUCION DEL PRODUCCION DE LA FISTULA, PENDIENTE TRASLADAR A HOSPITALIZACION PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO POR QX GENERAL, EN REVISTA CON EL DR. MARTINEZ SE SUGIERE CONTINUAR CON IGUAL ESQUEMA DE MANEJO EN ESPERA DE EVOLUCION.

**Plan** : LABORATORIOS DE CONTROL, PENDIENTE TRASLADAR A HOSPITALIZACION CUANDO LE ASIGNEN HABITACION, RESTO DE MANEJO MEDICO IGUAL.

Elaborado Por : 17506 Méd. : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

Fecha : 22.07.2013 Hora : 22:41  
 Tipo : Evaluación  
 Subjetivo : UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO. EVOLUCION UCIN NOCHE. 26 APOS. FECHA DE INGRESO 2013-08-20.  
 DR. UMAPA INTENSIVISTA DR. RUMBO MD ASISTENCIAL UCI. DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI HAEMOLYTICUS/  
 ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA  
 CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA +  
 APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013,  
 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 5. FISTULA ENTEROCUTANEA DE  
 INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA

**Objetivo** : PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN SOPORTE VASOACTIVO, AFEBRIL, PA:101/70, PAM:82, FC:92, CP:RUIDOS RITMICOS, NO SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, SIN AGREGADOS, OXIGENO POR CN SAT:96%, FR:17, FIO2:24%. GI:ABDOMEN FAJADO, BLANDO NO DOLOROSO, FISTULA PRODUCIENDO 350 CC, CON NET ALTRAC A 60 CCMHORA. GUDIURESIS DE 1.7 CCMHORA, CON BALANCE - DE 20. EXT: MOVILES NO EDEMA LLENADO CAPILAR NORMAL METABOLICO:GLUCOMETRIAS DE 112-118 mg/dl TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO: - dapicomicina 24 06 2013

**Análisis** : PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON SOPORTE DE OXIGENO POR CN, SIN DOLOR ABDOMINAL, CONTINUA CON DISMINUCION DEL PRODUCCION DE LA FISTULA, PENDIENTE TRASLADAR A HOSPITALIZACION PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO POR QX GENERAL, EN REVISTA CON EL DR. UMAPA SE SUGIERE CONTINUAR CON IGUAL ESQUEMA DE MANEJO EN ESPERA DE EVOLUCION.

**Plan** : LABORATORIOS DE CONTROL, PENDIENTE VALORACION POR OFTALMOLOGIA Y HEMATOLOGIA, PENDIENTE QUE LE ASIGNEN HABITACION PARA TRASLADO MAPANA A HOSPITALIZACION, RESTO DE MANEJO MEDICO IGUAL.

Elaborado Por : 17505 Méd. : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

Fecha : 26.07.2013 Hora : 15:28  
 Tipo : Evolución  
 Subjetivo : DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI HAEMOLYTICUS Y ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (28 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 28 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 E. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7, 8D DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOSPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA COORTIZADA POR ENTEROBACTER AEROGENES TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO; - deplamóna 24 05 2013 - doripenem 11 07 2013 CULTIVOS DE 16 07 2013: Hemo 1 y 2 negativos, cultivo CVC negativo a las 24 horas E. Barr y CMV ( de este ultima pendiente PCR que reportaran el 25 07) posiblemente sean por transfusiones, Infectología considera que ahora no requieren de intervención, IC a dermatología. BILOCULTIVO: Negativo  
 Objetivo : TA 100/60 FC 76 FR 20 SAT **02 89** CON SONDA MASO YEYUNAL PERMEABLE, ALERTA, COLABORADORA,

Fecha : 26.07.2013 Hora : 12:53  
 Tipo : Evolución  
 Subjetivo : CIRUGIA GENERAL POTE CON DX ANOTADO BUENA TOLERANCIA A LA NET, NO DOLOR ABDOMINAL  
 Objetivo : PC 80 FR 18 AFEBRIL PFR MUCOSAS ROSADAS Y HUEMOS RSCS RITMICOS NO SOPLOS **PULMONES BIEN VENTILADOS** ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 920 CC DE LIQ EN 24 HORAS SNC ALERTA  
 Análisis : POTE ESTABLE SIN SIRS SE ORDENA KAOPECTATE 20 CC VO CADA 6 HORAS, CONTINUAR LOPERAMIDA IGUAL  
 Plan : IGUAL MANEJO  
 Elaborado Por : 194723-04A Md. : HORMIGA, PAOLA ANDREA

Fecha : 27.07.2013 Hora : 18:48  
 Tipo : Evolución  
 Subjetivo : NOTA HOSPITALARIO. IDK: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI HAEMOLYTICUS Y ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (28 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 28 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 E. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA B. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA  
 Objetivo : TA 100/60 TAM 73 FC 78/78 RR 18X TEMPERATURA 38.1°C S02 98% CVP RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS **AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS** SIN RUIDOS SOBREAOREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO. FISTULA 330 CC CAPE OSCURO CON GRUMOS TIPO LECHE CORTADA ESCASOS. EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS +++/+++ FUERZA 5/6 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.  
 Análisis : DIURESIS 400 CC CONCENTRADA EN 12 HORAS. SE DECIDE INICIAR LEV A 120 CC SSIN POR HORA Y VER RESPUESTA URINARIA EN 6 HORAS PARA DISMINUIR GOTE0.  
 Plan : IGUAL

Fecha : 28.07.2013 Hora : 15:45  
 Tipo : Evolución  
 Subjetivo : CIRUGIA GENERAL POTE CON DX ANOTADO  
 Objetivo : PC 80 FR 18 AFEBRIL PFR MUCOSAS ROSADAS Y HUEMOS **PULMONES BIEN VENTILADOS** RSCS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 610 CC EN 24 HORAS DE LIQ INTESTINAL EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA  
 Análisis : POTE REFIERE INCONTINENCIA VESICAL CON DOLOR POSTMICCIONAL SE COMENTA CON DR LONDRO UROLOGO ORDENA INIBID DE OXIBUTINA 10 MG VO CADA NOCHE RESTO IGUAL  
 Plan : OXIBUTINA 10 MG VO CADA NOCHE RESTO IGUAL  
 Elaborado Por : 194723-04A Md. : HORMIGA, PAOLA ANDREA

Fecha	: 30.07.2013	Hora	: 09:28
Tipo	: Evolución		
Subjetivo	: cirugía general pcte con dx anotado		
Objetivo	: FO 90 FR 18 AFEBRIL PFR MUJOSA ROSADA Y HUMEDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS		
NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 710 CC EN 24 HORAS DE CRU INTESTINAL EXT SIN EDEMAS SMC	ALERTA		
Análisis	: PCTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCIÓN FAVORABLE PERFIL NUTRICIONAL CLB 3.2 PROT TOTALES 6.5 P		
4.9 K 3.7 MG 1.5, SE CONTINUA IGUAL MANEJO NUTRICIONAL Y POR TEO, POTÉ INICIO DE OXIBUTINA			
Plan	: IGUAL MANEJO POTÉ INICIO DE OXIBUTINA		
Elaborado Por:	194723-04A	Id.	: HORNIGA, PADLA ANDREA

- A mi representada no le consta nada en relación con lo que en este numeral se manifiesta, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por ASEGURADORA SOLIDARIA E.C., comoquiera que las infecciones sufridas por la paciente, pertenece a la esfera personal de la actora y por tanto, resulta ajeno a mi procurada. Sin embargo, sobre este punto es importante aclarar que, no existe prueba alguna dentro del expediente que permita concluir que la infección padecida por la paciente, tuvo alguna incidencia en sus vías respiratorias, pues tal como se estableció anteriormente se evidencia que la señora Gallego Quinchía no presenta dificultades respiratorias graves o de importante relevancia.

De igual manera, se trae a colación lo establecido por galeno Jairo Augusto Casar Guerra, en el dictamen que allego la parte demandante:

*“Cabe anotar que el manejo dado a las complicaciones presentadas por la paciente lavados, cirugías, uso de sistema vack, manejo de antibioticoterapia, requerimiento de uci, terapia nutricional, terapia enterostomal y finalmente corrección de fistula son y están completamente ajustadas a los protocolos de manejo y al cuidado dentro de la lex artis.”*

Por lo que, se debe concluir en cualquier caso por este honorable Despacho, que la atención dada por Fundación Hospital San José de Buga se ajustó a los parámetros de cuidado y diligencia establecidos por la Lex Artis.

- A mi representada no le consta nada en relación con lo que en este numeral se manifiesta, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por ASEGURADORA SOLIDARIA E.C., comoquiera que las complicaciones sufridas en causa de las cirugías necesarias para atender las patologías de la paciente, pertenece a la esfera personal de la actora y por tanto, resulta ajeno a mi procurada. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora. No obstante, sobre este punto es importante aclarar que, no existe prueba alguna dentro del expediente que permita concluir que a la señora Gallego Quinchía se le haya sometido a “resección de un segmento de su intestino”.

De igual manera, se trae a colación lo establecido por galeno Jairo Augusto Casar Guerra, en el dictamen que allego la parte demandante:

*“Cabe anotar que el manejo dado a las complicaciones presentadas por la paciente lavados, cirugías, uso de sistema vack, manejo de antibioticoterapia, requerimiento de uci, terapia nutricional, terapia enterostomal y finalmente corrección de fistula son y están completamente ajustadas a los protocolos de manejo y al cuidado dentro de la lex artis.”*

Por lo que, se debe concluir en cualquier caso por este honorable Despacho, que la atención dada por Fundación Hospital San José de Buga se ajustó a los parámetros de cuidado y diligencia establecidos por la Lex Artis. Por lo demás, es manifestó que la señora Melissa Gallego aceptó todos los riesgos derivados de cada uno de los procedimientos que debidamente le fueron realizados, tal como consta en los consentimientos informados que se allegan al proceso.

- A mi representada no le consta nada en relación con cuando fue dada de alta la señora Gallego Quinchía, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., comoquiera que la sintomatología presentado por la paciente, pertenece a la esfera personal de la actora y por tanto, resulta ajeno a mi procurada. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

**AL HECHO “SÉPTIMO”:** A mi representada no le consta nada en relación con lo que en este numeral se manifiesta, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por ASEGURADORA SOLIDARIA E.C., comoquiera que ello pertenece a labores ajenas a las realizadas por mi procura. 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.

No obstante, es palmario establecer que dentro del expediente no obra ninguna prueba que demuestre las supuestas cicatrices o lesiones protuberantes de la señora Melissa Gallego. Tampoco obra dictamen por parte de medicina legal que permita establecer alguna deformidad física de carácter permanente, y si estas fueron causadas como consecuencia del servicio prestado a la demandante el 23 de abril de 2013.

De igual manera, no se advierte la existencia de prueba, si quiera sumaria, de que la señora Gallego Quinchía desempeñara actividad económica alguna, como tampoco se aportó pruebas de que se haya incurrido en gastos derivados de los procedimientos médicos.

**AL HECHO “OCTAVO”:** El apoderado de la parte actora realiza varias afirmaciones en este hecho, sobre las cuales se procede a realizar las siguientes manifestaciones:

- En primera medida, no es cierto que exista un error médico atribuible al extremo actor, conforme a las pruebas que obran en el plenario. Pues, en ellas se advierte que no hubo error médico alguno, pues la paciente fue tratada de acuerdo a las patologías presentadas
- A mi representada no le consta que la demandante haya sufrido algún trastorno psicológico ni psiquiátrico, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por ASEGURADORA SOLIDARIA E.C., comoquiera que ello pertenece a labores ajenas a las realizadas por mi procura. 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 “NOVENO”:** A mi representada no le consta nada en relación con lo que en este numeral se manifiesta, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por ASEGURADORA SOLIDARIA E.C., comoquiera que ello pertenece a labores ajenas a las realizadas por mi procura. 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 “DÉCIMO”:** A mi representada no le consta nada en relación con lo que en este numeral se manifiesta, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por ASEGURADORA SOLIDARIA E.C., comoquiera que ello pertenece a labores ajenas a las realizadas por mi procura. 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 “DÉCIMO PRIMERO”:** A mi representada no le consta nada en relación con lo que en este numeral se manifiesta, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por ASEGURADORA SOLIDARIA E.C., comoquiera que ello pertenece a labores ajenas a las realizadas por mi procura. 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 “DÉCIMO SEGUNDO”:** A mi representada no le consta nada en relación con lo que en este numeral se manifiesta, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por ASEGURADORA SOLIDARIA E.C., comoquiera que ello pertenece a labores ajenas a las realizadas por mi procura. 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 “DÉCIMO TERCERO”:** No es propiamente un hecho, por lo que no se hace ninguna manifestación frente a la misma.

## II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA:

### A LAS PRETENSIONES “1. Principales”

**FRENTE A LA PRETENSIÓN “1.1.”: ME OPONGO** a que se declare un error en el diagnóstico y tratamiento de la señora Melissa Gallego Quinchía, por parte de FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y COMFANDI, pues como ha quedado evidenciado en los argumentos esgrimidos a lo largo de esta contestación y en el acervo probatorio que obra en el expediente, en este caso no se estructuran y/o configuran los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño, y la imprescindible relación de causalidad entre los dos últimos, y en esa medida resulta totalmente inviable la prosperidad de lo pretendido, esto en razón a que:

- Consta como la parte pasiva, en específico FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, garantizó en todo momento el acceso y prestación del servicio médico, incluyendo consultas, diagnóstico, medicamentos y procedimientos quirúrgicos, de manera oportuna, diligente y perita, realizando todas las actuaciones para reparar el estado de salud de la paciente.
- La señora Gallego Quinchía fue diagnóstica y tratada de manera oportuna y de acuerdo con la patología presentada al momento de la consulta. Así, se observa que los resultados de los exámenes realizados, se demuestra que la paciente estaba sufriendo de una colecistitis aguda, resultados que son corroborados en la cirugía realizada el 23 de abril de 2013, pues en esta halla que la vesícula se encontraba inflamada junto con cálculos en su interior.
- La señora Gallego Quinchía fue atendida con prontitud y dentro de los tiempos médicos estipulados. FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA ordenó la práctica de procedimientos requeridos y necesarios, proporcionando un tratamiento e intervenciones oportunas.
- Se evidencia que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA no incurrió en incumplimiento contractual que derivara en el hecho dañoso. Según el material probatorio, el servicio prestado se ajustó a la lex artis, de acuerdo al padecimiento sufrido por la paciente.

Por lo anterior, la pretensión declarativa inserta en el numeral primero de pretensiones de la

demanda no tiene vocación de prosperar.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN “1.2.”: ME OPONGO.** Como ha quedado evidenciado en los argumentos esgrimidos a lo largo de esta contestación, así como en el acervo probatorio y la situación fáctica presentada, no está llamada a prosperar esta pretensión de declaratoria de presunta responsabilidad civil en contra de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y COMFANDI, por la presunta responsabilidad en la situación en salud presentada en la señora Melissa Gallego Quinchía y consecuentemente, en los presuntos perjuicios y/o daños antijurídicos causados a los demandantes, toda vez que, en este caso no se estructuran y/o configuran los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño, y la imprescindible relación de causalidad entre los dos últimos, y en esa medida resulta totalmente inviable la prosperidad de lo pretendido. Ciertamente, de acuerdo con la lectura de la historia clínica, la parte pasiva, y en concreto la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, actuó con debida diligencia en la atención realizada a la señora Melissa Gallego Quinchía, desde el 23 de abril de 2013, garantizando en todo momento el acceso y prestación del servicio médico, incluyendo consultas, diagnóstico, medicamentos y procedimientos quirúrgicos, de manera oportuna, diligente y perita, realizando todas las actuaciones para reparar el estado de salud de la paciente. esto en razón a que:

- Consta como la parte pasiva, en específico FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, garantizó en todo momento el acceso y prestación del servicio médico, incluyendo consultas, diagnóstico, medicamentos y procedimientos quirúrgicos, de manera oportuna, diligente y perita, realizando todas las actuaciones para reparar el estado de salud de la paciente.
- La señora Gallego Quinchía fue diagnosticada y tratada de manera oportuna y de acuerdo con la patología presentada al momento de la consulta. Así, se observa que los resultados de los exámenes realizados, se demuestra que la paciente estaba sufriendo de una colecistitis aguda, resultados que son corroborados en la cirugía realizada el 23 de abril de 2013, pues en esta halla que la vesícula se encontraba inflamada junto con cálculos en su interior.
- La señora Gallego Quinchía fue atendida con prontitud y dentro de los tiempos médicos estipulados. FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA ordenó la práctica de procedimientos requeridos y necesarios, proporcionando un tratamiento e intervenciones oportunas.
- Se evidencia que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA no incurrió en incumplimiento contractual que derivara en el hecho dañoso. Según el material probatorio, el servicio prestado se ajustó a la lex artis, de acuerdo al padecimiento sufrido por la paciente.

Por lo anterior, la pretensión declarativa inserta en el numeral primero de pretensiones de la demanda no tiene vocación de prosperar.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN “1.3.”: ME OPONGO.** a que se declare un error en el diagnóstico y tratamiento de la señora Melissa Gallego Quinchía, por parte de FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y COMFANDI, pues como ha quedado evidenciado en los argumentos esgrimidos a lo largo de esta contestación y en el acervo probatorio que obra en el expediente, en este caso no se estructuran y/o configuran los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño, y la imprescindible relación de causalidad entre los dos últimos, y en esa medida resulta totalmente inviable la prosperidad de lo pretendido, esto en razón a que:

- Consta como la parte pasiva, en específico FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, garantizó en todo momento el acceso y prestación del servicio médico, incluyendo consultas, diagnóstico, medicamentos y procedimientos quirúrgicos, de manera oportuna, diligente y perita, realizando todas las actuaciones para reparar el estado de salud de la paciente.
- La señora Gallego Quinchía fue diagnosticada y tratada de manera oportuna y de acuerdo con la patología presentada al momento de la consulta. Así, se observa que los resultados de los exámenes realizados, se demuestra que la paciente estaba sufriendo de una colecistitis aguda, resultados que son corroborados en la cirugía realizada el 23 de abril de 2013, pues en esta halla que la vesícula se encontraba inflamada junto con cálculos en su interior.
- La señora Gallego Quinchía fue atendida con prontitud y dentro de los tiempos médicos estipulados. FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA ordenó la práctica de procedimientos requeridos y necesarios, proporcionando un tratamiento e intervenciones oportunas.
- Se evidencia que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA no incurrió en incumplimiento contractual que derivara en el hecho dañoso. Según el material probatorio, el servicio prestado se ajustó a la *lex artis*, de acuerdo al padecimiento sufrido por la paciente.

Así, la atención médica brindada se realizó bajo los parámetros médico-científicos establecidos. En igual sentido, es necesario recordar que las obligaciones de los profesionales de la salud son de medios, no de resultados, por lo que las mismas deben estar ajustadas a los protocolos que para cada caso se prevea, así como a la experiencia y a las condiciones particulares del paciente, es por esto que mediante un estudio del acervo probatorio que obra dentro del proceso puede determinarse con certeza que los profesionales de la salud de las demandadas obraron de forma diligente, rápida, oportuna y, en todo caso, con estricto ceñimiento a las reglas de la *Lex Artis* médica. Luego, a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y a COMFANDI, no puede endilgarse

responsabilidad alguna por los hechos enunciados en el escrito de la demanda.

Por lo demás y de acuerdo a las pruebas allegadas al plenario, se puede vislumbrar que no existió daño antijurídico, pues no hubo un actuar médico culposo por parte de las codemandadas. Se evidencia que ambas suministraron todas las atenciones médicas necesarias de acuerdo a la sintomatología del paciente; por lo cual sería errado que este honorable despacho endilgara responsabilidad a alguna de las partes pasivas

En conclusión, no se estructuran y/o configuran los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño, y la imprescindible relación de causalidad entre los dos últimos, y en esa medida resulta totalmente inviable la prosperidad de lo pretendido.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN “1.4.”: ME OPONGO** a esta pretensión pues, en consecuencia de lo expuesto frente a las anteriores pretensiones, está definitivamente no está llamada prosperar, porque si no están dados los presupuestos de hecho y de derecho indispensables para una declaratoria de responsabilidad civil por parte de la parte demandada, se sigue que tampoco podrá existir condena alguna por los daño inmateriales solicitados, máxime cuando los mismos no se encuentran probados dentro del plenario.

**FRENTE A LAS PRETENSIONES “1.4.1., 1.4.1.1., 1.4.1.1.1. y 1.4.1.1.1.1.”:** La parte actora pretende el reconocimiento y pago de excesivas sumas de dinero por concepto de perjuicios morales, frente a los cuales **ME OPONGO**, toda vez que además de que no se cumplen con los requisitos necesarios que permitan estructurar la responsabilidad pretendida, dicha pretensión resultaría totalmente impróspera toda vez que: **(i)** la parte actora no acredita ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de dichas sumas de dinero, pues únicamente se limita solicitar un monto para cada demandante, sin que argumente y/o sustente lo allí pretendido; y; **(ii)** en este caso y frente a este tipo de pretensiones, como requisito necesario para su procedencia, se requiere que, previamente, se haya demostrado la producción y/o generación del daño dentro de los límites de esta esfera, a lo cual, conforme a la valoración probatoria que soporta esta pretensión, resulta carente de sustento en todo sentido, pues del acervo probatorio y la situación fáctica que se presenta en este caso, no es posible advertir si quiera la concreción de la responsabilidad civil que pretende imputar la parte demandante a la parte pasiva dentro del presente proceso. **(iii)** se destaca que no existe ningún elemento probatorio que acredite la gravedad de la lesión sufrida por la paciente. Así, es patente que no se allega a este despacho ningún dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral -PCL-, o cualquier otro tipo de documentación que permita establecer la naturaleza y gravedad de la lesión de manera objetiva y fundamentada; y **(iv)** de igual manera, la solicitud realizada se percibe como meramente especulativa y es bastante superior a los montos reconocidos por la Corte Suprema de Justicia en casos de muerte o invalidez permanente. Por lo anterior, esta pretensión deberá negarse.

**FRENTE A LAS PRETENSIONES “1.4.1., 1.4.1.1., 1.4.1.1.2. y 1.4.1.1.2.1.”:** La parte actora pretende el reconocimiento y pago de excesivas sumas de dinero por concepto de perjuicios morales, frente a los cuales **ME OPONGO**, toda vez que además de que no se cumplen con los requisitos necesarios que permitan estructurar la responsabilidad pretendida, dicha pretensión resultaría totalmente impróspera toda vez que: **(i)** la parte actora no acredita ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de dichas sumas de dinero, pues únicamente se limita solicitar un monto para cada demandante, sin que argumente y/o sustente lo allí pretendido; y; **(ii)** de conformidad con la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia el daño a la vida en relación debe basarse en afirmaciones concretas que den muestra de cuáles son las afectaciones reales que ha sufrido la víctima en sus condiciones de vida, sin embargo, la parte demandante no acreditó en forma alguna la materialización de este perjuicio, pues no se aporta dictamen de pérdida de capacidad laboral, que permita sustentar la aludida tasación, dejando librado la misma a la imaginación del Juez, lo cual es contrario a la carga de la prueba impuesta a partir del artículo 167 del Código General del Proceso. **(iii)** se destaca que no existe ningún elemento probatorio que acredite la gravedad de la lesión sufrida por la paciente. Así, es patente que no se allega a este despacho ningún dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral -PCL-, o cualquier otro tipo de documentación que permita establecer la naturaleza y gravedad de la lesión de manera objetiva y fundamentada; y **(iv)** de igual manera, la solicitud realizada se percibe como meramente especulativa y es bastante superior a los montos reconocidos por la Corte Suprema de Justicia en casos de muerte o invalidez permanente. Por lo anterior, esta pretensión deberá negarse.

**FRENTE A LAS PRETENSIONES “1.4.2., 1.4.2.1., 1.4.2.1.1. y 1.4.2.1.1.1.”:** La parte actora pretende el reconocimiento y pago de excesivas sumas de dinero por concepto de perjuicios morales, frente a los cuales **ME OPONGO**, toda vez que además de que no se cumplen con los requisitos necesarios que permitan estructurar la responsabilidad pretendida, dicha pretensión resultaría totalmente impróspera toda vez que: **(i)** la parte actora no acredita ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de dichas sumas de dinero, pues únicamente se limita solicitar un monto para cada demandante, sin que argumente y/o sustente lo allí pretendido; y; **(ii)** en este caso y frente a este tipo de pretensiones, como requisito necesario para su procedencia, se requiere que, previamente, se haya demostrado la producción y/o generación del daño dentro de los límites de esta esfera, a lo cual, conforme a la valoración probatoria que soporta esta pretensión, resulta carente de sustento en todo sentido, pues del acervo probatorio y la situación fáctica que se presenta en este caso, no es posible advertir si quiera la concreción de la responsabilidad civil que pretende imputar la parte demandante a la parte pasiva dentro del presente proceso. **(iii)** se destaca que no existe ningún elemento probatorio que acredite la gravedad de la lesión sufrida por la paciente. Así, es patente que no se allega a este despacho ningún dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral -PCL-, o cualquier otro tipo de documentación que permita establecer la naturaleza y gravedad de la lesión de manera objetiva y fundamentada; y **(iv)** de igual manera, la solicitud realizada se percibe como meramente especulativa y es bastante superior a los montos reconocidos por la Corte Suprema de Justicia en casos de muerte o invalidez permanente de la

víctima directa. Por lo anterior, esta pretensión deberá negarse.

**FRENTE A LAS PRETENSIONES “1.4.2., 1.4.2.1., 1.4.2.1.2. y 1.4.2.1.2.1.”:** La parte actora pretende el reconocimiento y pago de excesivas sumas de dinero por concepto de perjuicios morales, frente a los cuales **ME OPONGO**, toda vez que además de que no se cumplen con los requisitos necesarios que permitan estructurar la responsabilidad pretendida, dicha pretensión resultaría totalmente impróspera toda vez que: **(i)** la parte actora no acredita ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de dichas sumas de dinero, pues únicamente se limita solicitar un monto para cada demandante, sin que argumente y/o sustente lo allí pretendido; y; **(ii)** de conformidad con la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia el daño a la vida en relación debe basarse en afirmaciones concretas que den muestra de cuáles son las afectaciones reales que ha sufrido la víctima en sus condiciones de vida, sin embargo, la parte demandante no acreditó en forma alguna la materialización de este perjuicio, pues no se aporta dictamen de pérdida de capacidad laboral, que permita sustentar la aludida tasación, dejando librado la misma a la imaginación del Juez, lo cual es contrario a la carga de la prueba impuesta a partir del artículo 167 del Código General del Proceso; **(iii)** se destaca que no existe ningún elemento probatorio que acredite la gravedad de la lesión sufrida por la paciente. Así, es patente que no se allega a este despacho ningún dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral -PCL-, o cualquier otro tipo de documentación que permita establecer la naturaleza y gravedad de la lesión de manera objetiva y fundamentada; y **(iv)** por lo demás, se recalca que de acuerdo a los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia, este perjuicio sólo puede ser reconocido a la víctima directa del daño, pues lo que se busca con este reconocimiento es la reparación de los perjuicios que se hayan ocasionado como resultado de una afectación física directa. Por lo anterior, esta pretensión deberá negarse.

**FRENTE A LAS PRETENSIONES “1.4.3., 1.4.3.1., 1.4.3.1.1. y 1.4.3.1.1.1.”:** La parte actora pretende el reconocimiento y pago de excesivas sumas de dinero por concepto de perjuicios morales, frente a los cuales **ME OPONGO**, toda vez que además de que no se cumplen con los requisitos necesarios que permitan estructurar la responsabilidad pretendida, dicha pretensión resultaría totalmente impróspera toda vez que: **(i)** la parte actora no acredita ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de dichas sumas de dinero, pues únicamente se limita solicitar un monto para cada demandante, sin que argumente y/o sustente lo allí pretendido; y; **(ii)** en este caso y frente a este tipo de pretensiones, como requisito necesario para su procedencia, se requiere que, previamente, se haya demostrado la producción y/o generación del daño dentro de los límites de esta esfera, a lo cual, conforme a la valoración probatoria que soporta esta pretensión, resulta carente de sustento en todo sentido, pues del acervo probatorio y la situación fáctica que se presenta en este caso, no es posible advertir si quiera la concreción de la responsabilidad civil que pretende imputar la parte demandante a la parte pasiva dentro del presente proceso. **(iii)** se destaca que no existe ningún elemento probatorio que acredite la gravedad de la lesión sufrida por la paciente. Así, es patente que no se allega a este despacho ningún dictamen de Pérdida de

Capacidad Laboral -PCL-, o cualquier otro tipo de documentación que permita establecer la naturaleza y gravedad de la lesión de manera objetiva y fundamentada; y **(iv)** de igual manera, la solicitud realizada se percibe como meramente especulativa y es bastante superior a los montos reconocidos por la Corte Suprema de Justicia en casos de muerte o invalidez permanente de la víctima directa. Por lo anterior, esta pretensión deberá negarse.

**FRENTE A LAS PRETENSIONES “1.4.3., 1.4.3.1., 1.4.3.1.2. y 1.4.3.1.2.1.”:** La parte actora pretende el reconocimiento y pago de excesivas sumas de dinero por concepto de perjuicios morales, frente a los cuales **ME OPONGO**, toda vez que además de que no se cumplen con los requisitos necesarios que permitan estructurar la responsabilidad pretendida, dicha pretensión resultaría totalmente impróspera toda vez que: **(i)** la parte actora no acredita ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de dichas sumas de dinero, pues únicamente se limita solicitar un monto para cada demandante, sin que argumente y/o sustente lo allí pretendido; y; **(ii)** de conformidad con la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia el daño a la vida en relación debe basarse en afirmaciones concretas que den muestra de cuáles son las afectaciones reales que ha sufrido la víctima en sus condiciones de vida, sin embargo, la parte demandante no acreditó en forma alguna la materialización de este perjuicio, pues no se aporta dictamen de pérdida de capacidad laboral, que permita sustentar la aludida tasación, dejando librado la misma a la imaginación del Juez, lo cual es contrario a la carga de la prueba impuesta a partir del artículo 167 del Código General del Proceso; **(iii)** se destaca que no existe ningún elemento probatorio que acredite la gravedad de la lesión sufrida por la paciente. Así, es patente que no se allega a este despacho ningún dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral -PCL-, o cualquier otro tipo de documentación que permita establecer la naturaleza y gravedad de la lesión de manera objetiva y fundamentada; y **(iv)** por lo demás, se recalca que de acuerdo a los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia, este perjuicio sólo puede ser reconocido a la víctima directa del daño, pues lo que se busca con este reconocimiento es la reparación de los perjuicios que se hayan ocasionado como resultado de una afectación física directa. Por lo anterior, esta pretensión deberá negarse.

**FRENTE A LAS PRETENSIONES “1.4.4., 1.4.4.1., 1.4.4.1.1. y 1.4.4.1.1.1.”:** La parte actora pretende el reconocimiento y pago de excesivas sumas de dinero por concepto de perjuicios morales, frente a los cuales **ME OPONGO**, toda vez que además de que no se cumplen con los requisitos necesarios que permitan estructurar la responsabilidad pretendida, dicha pretensión resultaría totalmente impróspera toda vez que: **(i)** la parte actora no acredita ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de dichas sumas de dinero, pues únicamente se limita solicitar un monto para cada demandante, sin que argumente y/o sustente lo allí pretendido; y; **(ii)** en este caso y frente a este tipo de pretensiones, como requisito necesario para su procedencia, se requiere que, previamente, se haya demostrado la producción y/o generación del daño dentro de los límites de esta esfera, a lo cual, conforme a la valoración probatoria que soporta esta pretensión, resulta carente de sustento en todo sentido, pues del acervo probatorio y la situación fáctica que se

presenta en este caso, no es posible advertir si quiera la concreción de la responsabilidad civil que pretende imputar la parte demandante a la parte pasiva dentro del presente proceso. **(iii)** se destaca que no existe ningún elemento probatorio que acredite la gravedad de la lesión sufrida por la paciente. Así, es patente que no se allega a este despacho ningún dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral -PCL-, o cualquier otro tipo de documentación que permita establecer la naturaleza y gravedad de la lesión de manera objetiva y fundamentada; y **(iv)** de igual manera, la solicitud realizada se percibe como meramente especulativa y es bastante superior a los montos reconocidos por la Corte Suprema de Justicia en casos de muerte o invalidez permanente de la víctima directa. Por lo anterior, esta pretensión deberá negarse.

**FRENTE A LAS PRETENSIONES “1.4.4., 1.4.4.1., 1.4.4.1.2. y 1.4.4.1.2.1”:** La parte actora pretende el reconocimiento y pago de excesivas sumas de dinero por concepto de perjuicios morales, frente a los cuales **ME OPONGO**, toda vez que además de que no se cumplen con los requisitos necesarios que permitan estructurar la responsabilidad pretendida, dicha pretensión resultaría totalmente impróspera toda vez que: **(i)** la parte actora no acredita ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de dichas sumas de dinero, pues únicamente se limita solicitar un monto para cada demandante, sin que argumente y/o sustente lo allí pretendido; y; **(ii)** de conformidad con la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia el daño a la vida en relación debe basarse en afirmaciones concretas que den muestra de cuáles son las afectaciones reales que ha sufrido la víctima en sus condiciones de vida, sin embargo, la parte demandante no acreditó en forma alguna la materialización de este perjuicio, pues no se aporta dictamen de pérdida de capacidad laboral, que permita sustentar la aludida tasación, dejando librado la misma a la imaginación del Juez, lo cual es contrario a la carga de la prueba impuesta a partir del artículo 167 del Código General del Proceso; **(iii)** se destaca que no existe ningún elemento probatorio que acredite la gravedad de la lesión sufrida por la paciente. Así, es patente que no se allega a este despacho ningún dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral -PCL-, o cualquier otro tipo de documentación que permita establecer la naturaleza y gravedad de la lesión de manera objetiva y fundamentada; y **(iv)** por lo demás, se recalca que de acuerdo a los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia, este perjuicio sólo puede ser reconocido a la víctima directa del daño, pues lo que se busca con este reconocimiento es la reparación de los perjuicios que se hayan ocasionado como resultado de una afectación física directa. Por lo anterior, esta pretensión deberá negarse.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN “1.4.4.2.”:** **ME OPONGO** a que se condene en las expensas procesales a la parte pasiva del litigio, habida cuenta de la inexistencia de responsabilidad de los demandados y consecuentemente, de su obligación indemnizatoria. De modo que, teniendo que despacharse desfavorablemente las pretensiones del extremo actor, tampoco puede haber lugar a una condena por este concepto. Por lo expuesto la pretensión deberá ser negada.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN “1.4.4.3.”:** **ME OPONGO** a que se condene en costas procesales a

la parte pasiva del litigio, habida cuenta de la inexistencia de responsabilidad de los demandados y consecuentemente, de su obligación indemnizatoria. De modo que, teniendo que despacharse desfavorablemente las pretensiones del extremo actor, tampoco puede haber lugar a una condena por este concepto. Por lo expuesto la pretensión deberá ser negada.

## **A LAS PRETENSIONES “2. Subsidiarias”**

**FRENTE A LA PRETENSIÓN “2.1.”: ME OPONGO** a que se declare que FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y COMFANDI., les asista responsabilidad alguna por cualquier razón, ello en razón de que el juez no está facultado para atender una petición de tal talente en atención a que no le es posible fallar extra petita. En ese entendido, un fallo en dicho sentido indefectiblemente conllevaría a la incongruencia del mismo y a una violación del derecho de defensa de la pasiva ya que, es precisamente con respecto a los hechos y pretensiones expuestas en el escrito genitor que se construye la defensa del demandado. Adicionalmente, debe recordarse que la justicia es rogada por lo que no le corresponde al juez construir el caso sino solo decidir frente a lo expuesto por las partes involucradas, siempre atendiendo al principio de imparcialidad que rige a la administración de justicia.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN “2.2.”: ME OPONGO** a que se declare que FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y COMFANDI., les asista responsabilidad alguna por cualquier razón, ello en razón de que el juez no está facultado para atender una petición de tal talente en atención a que no le es posible fallar extra petita. En ese entendido, un fallo en dicho sentido indefectiblemente conllevaría a la incongruencia del mismo y a una violación del derecho de defensa de la pasiva ya que, es precisamente con respecto a los hechos y pretensiones expuestas en el escrito genitor que se construye la defensa del demandado. Adicionalmente, debe recordarse que la justicia es rogada por lo que no le corresponde al juez construir el caso sino solo decidir frente a lo expuesto por las partes involucradas, siempre atendiendo al principio de imparcialidad que rige a la administración de justicia.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN “2.3.” ME OPONGO** a la presente pretensión debido a que es consecuencial a la anterior pretensión y comoquiera que esta no tiene vocación de prosperidad por resultar improcedente, esta también debe ser desestimada. Adicionalmente, debe señalarse que el juez no está facultado para atender una petición de tal talente en atención a que no le es posible fallar ultra petita.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN “2.4.” ME OPONGO** a la presente pretensión debido a que es consecuencial a la anterior pretensión y comoquiera que esta no tiene vocación de prosperidad por resultar improcedente, esta también debe ser desestimada. Adicionalmente, debe señalarse que el juez no está facultado para atender una petición de tal talente en atención a que no le es posible fallar ultra petita.

### III. EXCEPCIONES DE MERITO FRENTE A LA DEMANDA

#### 1. LAS EXCEPCIONES PLANTEADAS POR LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, ENTIDAD QUE EFECTÚA EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI PROCURADA.

Solicito al Juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda, todas las planteadas por el HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, las cuales coadyuvo, en cuanto favorezcan los intereses de mi procurada, y en ese mismo sentido y tenor las que expongo a continuación:

#### 2. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CIVIL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 2536 DEL CÓDIGO CIVIL.

Sin perjuicio de las excepciones que se formularán en lo sucesivo, solicito respetuosamente al Despacho declarar que se configuró la prescripción de la acción ordinaria, toda vez que, el hecho objeto de la presente acción, del cual la parte demandante desprende un supuesto hecho dañoso, acaeció el 23 de abril de 2013 (cirugía colelap a la señora Melissa Gallego Quinchía), por ende, desde ese momento empezó a correr el término extintivo en contra de los accionantes. Por lo tanto, aquel término de diez años contemplado en la norma, se consolidó el 02 de mayo de 2023 (teniendo en cuenta los 8 días por duración del trámite de solicitud de conciliación extrajudicial), mientras que la demanda tan solo se radicó hasta el 01 de junio de 2023.

Frente al fenómeno extintivo, debe señalarse que el Código Civil y la Ley 640 de 2001, consagran un régimen especial de prescripción en materia civil del cual se desprende lo siguiente:

*“Artículo 2535. Prescripción extintiva.*

**La prescripción que extingue las acciones y derechos ajenos exige solamente cierto lapso de tiempo durante el cual no se hayan ejercido dichas acciones.**

*Se cuenta este tiempo desde que la obligación se haya hecho exigible”. (Negrilla y subrayado fuera de texto).*

Además, establece el artículo 8° Ley 791 del 27 de diciembre de 2002, lo siguiente:

*ARTÍCULO 8o. El artículo 2536 del Código Civil quedará así:*

*“El artículo 2536. La acción ejecutiva se prescribe por cinco (5) años. Y la **ordinaria por diez (10).***

*La acción ejecutiva se convierte en ordinaria por el lapso de cinco (5) años, y convertida en ordinaria durará solamente otros cinco (5).*

*Una vez interrumpida o renunciada una prescripción, comenzará a contarse nuevamente el respectivo término". (Negrilla y subrayado fuera de texto).*

La Corte Suprema de Justicia en su sala Civil Familia mediante sentencia del 24 de febrero de 2015 magistrado ponente Jesús Vall De Ruten Ruiz expediente SC6575-2015, estableció:

*“La prescripción liberatoria o extintiva de derechos personales es un modo de extinguir los derechos y las acciones a consecuencia del transcurso de un lapso predeterminado en la ley, sin que el titular de esos derechos y acciones los haya ejercido. Su consolidación se supedita a que la acción sea prescriptible, que es la regla general; a que transcurra el tiempo legalmente establecido teniendo en consideración la interrupción y suspensión de que puede ser objeto; y a que el titular del derecho de acción se abstenga en ese tiempo de ejercer el derecho en la forma legalmente prevenida. “Se cuenta este tiempo -establece el último inciso del artículo 2535 del Código Civil- desde que la obligación se haya hecho exigible”.*

De modo que resulta claro, que el término de diez años para que opere la prescripción de la acción respecto al demandante/demandado deberá empezar a contarse desde el momento que se hizo exigible, esto es, desde la realización de la cirugía de la que se vale la parte demandante es el hito temporal con el que se imputa la supuesta mala praxis médica. Así lo ha expuesto la Corte y lo ha confirmado en diversos planteamientos jurisprudenciales que dan cuenta de que desde dicha fecha se marca el hito temporal a partir del cual deberá empezar a contarse el término decenio de prescripción de la acción ordinaria.

De los hechos de la demanda se extrae que, para el 23 de abril de 2013, la señora Melissa Gallego Quinchía le fue realizada cirugía de colelap. Dicho procedimiento médico es a su vez, el evento por el cual, se intenta imputar la responsabilidad de la parte demandada, razón por la cual desde ese momento empezó a correr el término de diez años previsto en el artículo 2536 del Código Civil modificado por el artículo 8° Ley 791 del 27 de diciembre de 2002 para que la parte demandante ejerciera las acciones en contra Fundación Hospital San José de Buga

Sin embargo, la parte demandante presentó solicitud de conciliación extrajudicial (21 de abril de 2023), faltando para la consolidación inicial un término de 2 días.

**sicaac**

DENTRO DE CONCILIACIÓN DE LA FUNDACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SOCIAL FUNDAPAS - AUTORIZADO PARA CONOCER DE LOS PROCEDIMIENTOS DE INSOLVENCIA ECONÓMICA DE LA PERSONA NATURAL NO COMERCIANTE

Código Centro: 1141

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

Número del Caso en el partero: 8314-08888      Fecha de solicitud: 21 de abril de 2023  
Cuantía: 300000.00      Fecha del resultado: 26 de abril de 2023

CONCILIANTES				
#	CLASE DE PERSONA	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN SOCIAL
1	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	1118068198	MELISSA GALLEGU QUINCHIA
2	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	91640727	CATALINA ANDREA GALLEGU QUINCHIA
3	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	38852129	INES QUINCHIA ISAGUE
4	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	14878957	ABSALON DE JESUS GALLEGU ECHEVERRY

CONCILIADOS				
#	CLASE DE ORGANIZACIÓN	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN SOCIAL
1	ORGANIZACIÓN	NIT	881380064	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE
2	ORGANIZACIÓN	NIT	890308208	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI-COMFANDI

Trámite con el cual se llevó a cabo la celebración de la audiencia de conciliación para el 28 de abril de 2023:

**sicaac**

DENTRO DE CONCILIACIÓN DE LA FUNDACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SOCIAL FUNDAPAS - AUTORIZADO PARA CONOCER DE LOS PROCEDIMIENTOS DE INSOLVENCIA ECONÓMICA DE LA PERSONA NATURAL NO COMERCIANTE

Código Centro: 1141

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

Número del Caso en el partero: 8314-08888      Fecha de solicitud: 21 de abril de 2023  
Cuantía: 300000.00      Fecha del resultado: 26 de abril de 2023

CONCILIANTES				
#	CLASE DE PERSONA	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN SOCIAL
1	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	1118068198	MELISSA GALLEGU QUINCHIA
2	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	91640727	CATALINA ANDREA GALLEGU QUINCHIA
3	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	38852129	INES QUINCHIA ISAGUE
4	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	14878957	ABSALON DE JESUS GALLEGU ECHEVERRY

CONCILIADOS				
#	CLASE DE ORGANIZACIÓN	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN SOCIAL
1	ORGANIZACIÓN	NIT	881380064	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE
2	ORGANIZACIÓN	NIT	890308208	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI-COMFANDI

Lo que a voces el artículo 21 de la ley 640 de 2001 (vigente para la época del trámite conciliatorio)

establece sobre la suscripción de términos, lo siguiente:

“ARTICULO 21. Suspensión de la prescripción o de la caducidad. La presentación de la solicitud de conciliación extrajudicial en derecho ante el conciliador suspende el término de prescripción o de caducidad, según el caso, hasta que se logre el acuerdo conciliatorio o hasta que el acta de conciliación se haya registrado en los casos en que este trámite sea exigido por la ley o hasta que se expidan las constancias a que se refiere el artículo 2º de la presente ley o hasta que se venza el término de tres (3) meses a que se refiere el artículo anterior, lo que ocurra primero. Esta suspensión operará por una sola vez y será improrrogable.” (Negrilla y subrayado fuera de texto).

Ahora bien, quedando del término inicial, como se indicó previamente, solo 2 días, el término se reanudó el 02 de mayo de 2023, bastando solo 2 días para el vencimiento del término. En ese sentido, la prescripción extintiva de la acción ordinaria en contra de la parte pasiva del presente asunto, esto es, EPS Sanitas, se consolidó al 02 de mayo de 2023. Sin embargo, los actores solo presentaron la demanda hasta el 01 de junio de 2023, es decir, cuando ya se había consolidado el término prescriptivo de la acción ordinaria.

REPUBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL  
ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO

Fecha: 01/jun./2023      Página: 1

CORPORACION: GRUPO PROCESOS VERBALES (DE MAYOR CUANTIA)  
JUZGADOS DE CIRCUITO      CD. DESP: SECUENCIA:  
REPARTIDO AL DESPACHO      003      10008

FECHA DE REPARTO: 01/jun./2023

JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO

IDENTIFICACION	NOMBRE	APELLIDO	SUJETO PROCES.
1115068198	MELISSA	GALLEGO QUINCHIA	01
14878257	ABSALON DE JESUS	GALLEGO ECHEVERRY	01
31643727	CATALINA ANDREA	GALLEGO QUINCHIA	01
38852123	TULLIA INES	QUINCHIA IBAGUE	01
94478127	JUAN MIGUEL	TOFIÑO HURTADO	03

C27111-0F02XAA      CUADERNOS 1

EMPLEADO      FOLIOS      SIN VERIFICAR FOLIAT

RESERVACIONES: Enviada por Apoderado para su Reparto en JUZO. Civiles DEL CCTO DE BUGA-VALLE. Rpto con copia al área de liquidación DESA, para que lleve a cabo una audiencia seguimiento el mismo.

En conclusión, no existe duda alguna que de una u otra manera ha operado la prescripción de la acción que se encuentra en cabeza de la parte demandante en los términos de los artículos 2535 y 2536 del Código Civil. Por cuanto, es claro que el término prescriptivo empezó su conteo a partir del 23 de abril de 2013 cuando a la señora Melissa Gallego Quinchía le realizaron el procedimiento quirúrgico del cual se imputa responsabilidad médica a la parte pasiva de la presente litis, por ende el termino prescriptivo para ejercer acciones en contra de la demandada feneció el **02 de mayo de 2023**, tomando como fecha para el conteo de la suspensión del trámite de conciliación del que inició el 21 de abril de 2023 el terminó también feneció con creces, mientras que la demanda tan solo se radicó el **01 de junio de 2023**, es decir cuando el fenómeno extintivo ya se había consolidado. Por

lo visto, desde cualquier arista operó la prescripción que impide que a cargo de la parte demandada se imponga obligación alguna. Por todo lo anterior, se solicita al Despacho tener por probada esta excepción.

**3. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA Y DE RESPONSABILIDAD, DEBIDO A LA PRESTACIÓN DILIGENTE, OPORTUNA, ADECUADA, CUIDADOSA Y CARENTE DE CULPA REALIZADA POR PARTE DEL FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA.**

Se fundamenta esta excepción, en el entendido de que la responsabilidad que aquí se persigue requiere de manera indispensable la acreditación de una falla en el servicio médico, a partir de la cual se desprenda la relación de causalidad entre el daño alegado por la parte actora y la conducta desplegada por la pasiva. Sin embargo, el actuar de la pasiva se ajustó a la Lex Artis y los protocolos clínica y medicamento previstos frente a las patologías presentadas por la señora Melissa Gallego Quinchía, siendo así atendido con prontitud y dentro de los tiempos médicos estipulados, ordenando la práctica de procedimientos requeridos y necesarios para el monitoreo constante de la paciente, suministrando los medicamentos adecuados y necesarios, conforme a los cánones médicos, manteniendo en observación y estudio su situación médica y dando de forma oportuna el respectivo tratamiento e intervenciones que fueron necesarias.

En principio, la responsabilidad civil médica se rige por las normas generales de la responsabilidad civil, es decir, deben concurrir todos los elementos materiales para el éxito de las pretensiones; sin embargo, por su especialidad, se encuentra sujeta a ciertas reglas específicas que actualmente han sido desarrolladas únicamente por la jurisprudencia y la doctrina. En este sentido, la posición adoptada ha sido que este tipo de responsabilidad solo se configura si se halla acreditado, entre otros elementos, que existió un proceder culposo en la prestación del servicio médico ya sea por la existencia de un error diagnóstico o por un inadecuado tratamiento. Así entonces, recordando que la obligación que asume un médico al tratar a un paciente es meramente de medios y no de resultados, solo puede configurarse una conducta reprochable a aquel si se prueba que no hizo uso de los medios que se encontraban a su alcance y/o que debida emplear para tratar al paciente:

*“En conclusión y para ser coherentes en el estudio del tema, se pudiera afirmar que en este tipo de responsabilidad como en cualquiera otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, empezando por supuesto con la prueba del contrato, que es carga del paciente, puesto que es esta relación jurídica la que lo hace acreedor de la prestación del servicio médico, de la atención y el cuidado. Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por*

*el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa.”<sup>2</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 condiciones propias del afectado, entre otros.”<sup>3</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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>4</sup>. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En este sentido se expresa el doctor Sergio Yepes Restrepo, en su obra “La Responsabilidad Civil

<sup>2</sup> Radicado No. 5507, sentencia del 30 de enero de 2001, M.P. José Fernando Ramírez Gómez, Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia

<sup>3</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>4</sup> Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia del 30 de septiembre de 2016, MP. Ariel Salazar Ramírez, Radicado 05001-31-03-003-2005-00174-01

Médica”, página 105, quién menciona:

“La razón de que el médico esté sujeto a una obligación de medios es que no puede garantizar la curación de su paciente debido a que este resultado no depende exclusivamente de su accionar individual, sino que intervienen otros factores que pueden evitarlo, tales como reacciones imprevisibles del organismo, irreversibilidad de la misma enfermedad y daños ya existentes en los órganos y sistemas del cuerpo humano.”<sup>5</sup> (Énfasis propios).

De otro lado ha sido enfática la Corte Suprema de Justicia al indicar que la responsabilidad civil del profesional de la salud en ejecución del acto médico solo puede ser edificada con fundamento en el error culposo en que este incurra, al respecto en un reciente fallo indicó:

*“Por el contrario, aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad.”<sup>6</sup> (Énfasis propios).*

Ahora bien, en este caso en particular, de conformidad con el acervo probatorio que obra dentro del proceso, es posible determinar que no se cuenta con medio de prueba alguno que sustente, soporte y/o acredite el yerro endilgado a las codemandadas. Así, lo único que permite verificar las pruebas allegadas al plenario es que el cuerpo médico que atendió a la señora Gallego Quinchía, actuó de manera perita, cuidadosa y diligente, pues como bien lo demuestra la historia clínica fue atendida inmediatamente se le dio ingreso, donde se le realizan inmediatamente pruebas urinarias, hematología y ecografía de abdomen para tratar y encontrar los motivos de la patología presentada por la paciente.

De la lectura de la historia clínica y exámenes realizados, se verifica que, efectivamente la señora Gallego Quinchía estaba sufriendo de una colecistitis aguda, lo cual queda comprobado en la laparotomía realizada, pues se halla la vesícula inflamada con cálculos en su interior, así:

---

<sup>5</sup> YEPES RESTREPO, Sergio. La responsabilidad Civil Médica. Medellín, Biblioteca Jurídica Diké: 2016

<sup>6</sup> Corte Suprema de Justicia, Sentencia del 28 de junio del 2011.

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE - HOJA QUIRURGICA		Fecha y hora de Inicio		23/04/2013 19:00	
ID: 17896		Fecha y hora de Finalización		23/04/2013 19:45	
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>					
Entidad <b>SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS EPS</b>					
GALLEGOS QUINCHIA MELISSA					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	
GALLEGOS		QUINCHIA		MELISSA	
Tipo Documento		CC Numero Documento		Fecha Nacimiento	
1115068198		20/05/1988		Edad 24	
Sexo F		Telefono		3177655040	
Dirección de Residencia		CL 11 13-21		Municipio	
VALLE DEL CAUCA		78		Guadalupe de Buga	
Departamento		Municipio		113	
<b>GRUPO QUIRURGICO</b>					
Cirujano		Instrumentador		RAMIREZ LOPEZ ERIKA LORENA	
ASCIÓN CALERO GIOVANI RAFFAELE		Circulante		SOTO SOTO PAULA ANDREA	
Ayudante		Ayudante Dps		NO APLICA	
TRUJILLO DURAN ALVARO		Anestesiólogo		MELASQUEZ TAFUR ANDRES FELIPE	
Tipo Anestesia		General			
<b>PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN</b>					
Código		Descripción		Uhr	
812104		COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA		160	
<b>DIAGNÓSTICOS</b>					
Código		Descripción		Tipo	
R800		CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA		Prequirurgico	
R800		CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA		Postquirurgico	
<b>HALLAZGOS OPERATORIOS</b>					
VESICULA CON LEVE INFLAMACION CON CALCULOS EN SU INTERIOR MILIMETRICOS RESTO DE CAVIDAD ABDOMINAL ES APACIA SUPERFICIALMENTE Y GLOBALMENTE DENTRO DE LIMITES BASALES					
<b>TECNICA QUIRURGICA</b>					
EN POSICION AMERICANA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA Y ALCOHOL ISOPROPILICO CON TECNICA DE TRES PUERTOS ENTRADA CON TECNICA DE HASSON OTROS DOS TROCARES BAJO NEUMONINSUFLACION TOTAL HASTA DE 53 LTS DE CO2 IDENTIFICACION CLARA DE LAS ESTRUCTURAS DEL TRIANGULO DE CALLOT UTILIZACION DE 5 LIGACLIPS LT-300 DISECCION CISTICO FUNDICA CON LEVE RUPTURA AL FINAL DE LA EXCERESIS POR LA CUAL SE LLAVIO CON 1000 CC SSN INSTALACION CON LIDOCAINA EN EL LECHO HEPATICO CHEQUERO CRUZADO CON PUERTOS CK CIERRE DE FASCIA CON PROLENE 1 PIEL, PROLENE 3-0 INTARDEMICO					
<b>COMPLICACIONES</b>					
Material Enviado a Patologia <b>VESICULA BILIAR MAS BARRO BILIAR</b>					
Compresas Completas		SI X		NO	
Tipo de Herida		Limpia contaminada <b>SALA Sala C</b>			
Recien Nacido		Hora		Sexo F	
Talla		Pesc		Apgar 1'	
Apgar 5'		Diagnóstico			
CIRUJANO		ASCIÓN CALERO GIOVANI RAFFAELE		Registro Medico	
Cargo o Actividad		MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL Y		14155	

De igual manera, es perentorio observar que no se encontró en la cavidad abdominal ningún signo de alarma, por el contrario, el médico cirujano, realiza la anotación de que se encuentra dentro de los límites normales o generales. En ese sentido, es verificable que para el momento en que se le hizo el procedimiento de Colelap, la paciente no sufría ni mostraba indicios de sufrir de una apendicitis aguda. Por el contrario, es manifiesto el hecho de que efectivamente estaba sufriendo de una colecistitis aguda, por lo que tanto el diagnóstico como su tratamiento médico fue el indicado.

Tampoco este despacho puede pasar por alto el hecho de que la señora Gallego Quinchía empezó a presentar sintomatología de dolor, náuseas y vomito, el 25 de abril de 2013, dos días después de la realización del procedimiento del 23 de abril de 2013. Es más, la paciente demora hasta el 27 de abril para volver acudir al servicios médico de urgencias por su sintomatología, lo que permite entrever que la patología presentada por la paciente es nueva y no está vinculada con sus anteriores síntomas.

De conformidad con lo anterior, y frente al caso que nos atañe, tenemos entonces que el acervo probatorio que obra dentro del proceso permite determinar el diligente actuar por parte de los funcionarios médicos, por lo que, desde el punto de vista probatorio, y haciendo énfasis en las renombradas historias clínicas, implican ser un documento evidentemente idóneo para evaluar la responsabilidad de la actividad profesional de los médicos que intervinieron a la señora Melissa Gallego, en donde se puede demostrar si los mismos fueron o no negligentes. En suma el acto médico es negligente cuando rompe normas comunes a diferentes niveles, o sea hay descuido u omisión, que ponderada la conducta de un médico frente a la de otro de similares conocimiento, experiencia y preparación académica, quienes debe asumir una conducta lógica, mesurada y propia del deber de cuidado, y la *lex artis* que rigen el acto médico específico, se llega a la conclusión que actuó lejos de los parámetros mínimos de cuidado, de modo que ella es fiel reflejo desde que se abre hasta que se analiza su contenido científico<sup>7</sup>.

Por todo lo anterior, en el caso bajo análisis, no puede decirse que se haya configurado el elemento culpa, como presupuesto indispensable para establecer la existencia de una responsabilidad médica, por cuanto siempre se suministró todo lo pertinente para una adecuada atención del paciente, donde el diagnóstico y el tratamiento por parte de los prestadores de salud fue asertiva y en atención a la verdadera patología que presentaba la paciente para el momento de los hechos. Así, se evidencia que para esta etapa procesal no se encuentra probada la existencia de responsabilidad civil que pueda estructurarse e imputarse a las codemandadas, en razón a que nada indica que la producción de los daños presuntamente irrogados a la parte actora, sean atribuibles a alguna conducta, acción u omisión de ellas.

En conclusión, el resultado de esta situación que se comenta no dependió de los cuidados realizados por el personal médico, pues estos ajustaron a la patología que realmente estaba sufriendo la paciente para el 23 de abril de 2013, sino que se debió a la estructuración de una nueva enfermedad con posterioridad al procedimiento de colelap. Esta patología se estructuró desde el 25 de abril del mentado año, que es cuando empieza a sufrir nuevos síntomas, demorándose hasta el 27 de abril para acudir a los servicios médicos, momento en que ya su patología había empeorado con creces. De esta manera, no se puede imputar responsabilidad de la nueva enfermedad sufrida pues está se dio con posterioridad al tratamiento médico prestado, por lo que, de ninguna se encuentra que hubo una falla en el servicio que pueda imputarse a la pasiva, pues se denota como desde el primer momento fueron brindados todos los medicamentos y pruebas necesarios en aras de preservar la salud y vida de la paciente.

De acuerdo con lo anterior, solicito comedidamente al Despacho que declare probada esta excepción.

---

<sup>7</sup> Fernando Guzmán; Cirujano cardiovascular, Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia; Miembro de la ACC; Magistrado, Tribunal Nacional de Ética Médica

#### 4. INEXISTENCIA DE OBLIGACION DE INDEMNIZAR POR TRATARSE DE LA MATERIALIZACION DE UN RIESGO INHERENTE AL PROCEDIMIENTO – DAÑO NO INDEMNIZABLE

El caso de marras se funda en que el Demandante señala que el Colelap realizado el 23 de abril de 2013, se suministró de forma imperita y negligente, aduciendo esta como la causa de sus perjuicios. Sin perjuicio de lo anterior, tal como se expondrá en esta excepción, el daño que sufrió la señora Gallego Quinchía corresponde exclusivamente al riesgo inherente que implicaba someterse a dicho tratamiento, el cual fue debidamente informado y asumido por la señora Melissa Gallego a través del consentimiento informado.

La oposición rotunda a la prosperidad de las pretensiones de la demanda que se manifiestan en la exposición de estas excepciones, tiene lugar en que lo solicitado por la parte Actora, no tiene ningún sustento probatorio útil, conducente o pertinente, que pueda en principio demostrar la efectiva existencia de la lesión o secuela, sobre la cual pueda fundamentar su *causa pretendi* que solicita con la presentación de la demanda.

Sobre el particular, el señor Juez es el encargado de establecer si se configuran los elementos para constituir una responsabilidad médica, bajo la nula e inexistente fuerza probatoria con la que se acompañó la demanda, pues la parte actora incumple su deber de acreditar debidamente la existencia y producción del perjuicio que alega, pues al Juez de instancia le está vedada la posibilidad de presumir como cierto un perjuicio inexistente o sin comprobación.

Lo primero que se deberá tomar en consideración, es que, con anterioridad al reconocimiento de cualquier pretensión, la parte actora deberá acreditarlo debida y suficientemente. En otras palabras, no basta con que en el escrito de demanda la parte accionante exponga que se causaron daños por “error” médico frente a las actuaciones desplegadas por el personal médico de la Clínica Colombia, sino que es imperativo que, utilizando los medios de prueba conducentes, pertinentes y útiles, acredite efectivamente la existencia del daño que le sea imputable a los demandados, como los presuntos perjuicios que se imputan.

En consonancia con lo anterior, debe tenerse en cuenta que como se decanta de la lectura de las pretensiones de la demanda, lo que se pretende con el presente litigio es una condena en contra de la Fundación Hospital San José de Buga., en consideración al procedimiento de colelap realizado y que era indispensable para el tratamiento de colecistitis que padecía la señora Gallego. Sin embargo, los riesgos de dicho procedimiento y los posteriores realizados, fueron debidamente informados y aceptado por la paciente. De lo que se desprende que la extravasación es la materialización de un riesgo intrínseco al procedimiento practicado.

Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado sobre la materialización de un

riesgo inherente a la práctica médica, dejando claro que este tipo de daño no es uno indemnizable:

**“DAÑO INDEMNIZABLE-Cuando se materializa un riesgo inherente al acto médico, el daño no tiene carácter indemnizable al no preceder de un comportamiento culposo.** *Estudio en proceso de responsabilidad médica contractual contra médico de confianza, como consecuencia de perforación en el intestino causada a paciente durante la práctica de cirugía de extracción de vesícula. (SC7110-2017; 24/05/2017)<sup>8</sup> (Subrayado y negrita fuera del texto original)*

La anterior sentencia ha sido reiterada por extensa jurisprudencia, como por ejemplo en la más reciente SC3272 de 2020 Radicación 05001-31-03-011-2007-00403-02 de la Corte Suprema de Justicia, donde se reiteró la anterior sentencia, como quiera que el resultado del estudio al cual arribó la Alta Corte dejó en claro que la materialización de un Riesgo Inherente no comporta un elemento constitutivo de culpa y no es indemnizable:

*“Por lo demás, como lo recalcó la Sala recientemente<sup>9</sup>, resulta cuestionable que haya lugar a responsabilidad civil derivada del acto médico, cuando se materializa un riesgo que es propio, natural o inherente al procedimiento ofrecido. En estos casos, el daño causado no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culpase.*

(...)

*Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconocer que la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, apareja la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa.”*

La anterior posición que ha sido reiterada por el Honorable Consejo de Estado quien ha sostenido lo siguiente:

*“(…) Por otra parte, al hacerse usuario de la atención médica, el paciente adquiere el derecho a recibir el mejor tratamiento posible. **Cuando media consentimiento, ello comporta, en principio, la asunción de los riesgos inherentes al tratamiento, dentro de los cuales se encuentran el fracaso terapéutico y ciertos efectos secundarios adversos y a la vez exime de la carga de soportar las consecuencias de la privación del tratamiento,** así como la prestación del mismo por debajo de los estándares de la lex artis. Estos efectos, que escapan de la órbita de lo que paciente está llamado a soportar incluyen tanto la progresión de una*

<sup>8</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. M.P Luis Armando Tolosa Villabona, radicación 2006-00234. Sentencia del 24 de mayo de 2017.

<sup>9</sup> CS.I. Civil. Vid. Sentencia de 24 de mayo de 2017, expediente 00234.

*condición patológica curable, en el caso concreto como la aparición de nuevas patologías o secuelas”<sup>10</sup> (...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

De igual forma el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, consejera ponente: Stella Conto Díaz del Casillo, mediante sentencia del 15 de octubre de 2015 abordó el riesgo inherente de la siguiente manera:

*“[L]as intervenciones de las partes, como la sentencia de primera instancia se asume la responsabilidad médica como especie sui generis de la responsabilidad estatal, sustraída de las reglas probatorias generales, en tanto sometida a un régimen de imputación especial: la falla presunta del servicio (...) [H]ay que aclarar que si bien la postura según la cual la responsabilidad médica se rige por el régimen de falla probada en el servicio fue efectivamente aceptada por la jurisprudencia de esta Corporación, en los últimos años esta posición ha sido revisada y definitivamente abandonada (...) [L]a Corporación ha llegado a la conclusión de que la Constitución Política de 1991 contiene una regulación clara de la responsabilidad estatal, que no distingue campos de aplicación especiales y según la cual el deber estatal de indemnizar se deriva del daño antijurídico y no de la culpa o la falla. En este sentido, la jurisprudencia ha aceptado que para la declaración de la responsabilidad derivada de la prestación directa o indirecta del servicio médico por agentes del Estado, así como de cualquier otra especie de responsabilidad estatal, no es menester hacer uso de algún tipo determinado de imputación, sin perjuicio de la ineludible la acreditación de que el paciente se vio obligado a soportar una carga excesiva, esto es, un mal que no le correspondía soportar. **Aplicando los principios anteriormente enunciados al ámbito de la responsabilidad médica, ha de concluirse que el paciente está obligado a soportar las cargas asociadas al riesgo inherente al tratamiento médico, en tanto las haya podido consentir, así como el margen de fracaso terapéutico y el error no evitables**, mientras que la concreción de riesgos no consentidos o que supongan un desequilibrio en la distribución del riesgo social (v.gr. enfermedades nosocomiales, reacción a vacunas), así como todos los perjuicios que se puedan vincular causalmente con la prestación deficiente del servicio médico se consideran daños antijurídicos” (Subrayado y negrilla fuera de texto).*

Debe tenerse presente que los efectos secundarios o adversos, fueron informados a la paciente el 23 de abril de 2013 y el 27 de abril de 2013, previo a la realización de los procedimientos de laparoscopia, donde se les explicó la importancia del tratamiento frente a los efectos, respecto a lo cual estuvieron de acuerdo entendieron y aceptaron, dando cumplimiento por parte del personal médico de los presupuestos del artículo 16<sup>11</sup> de la Ley 23 de 1981 Ley de las normas en materia de

<sup>10</sup> Consejo de Estado, Consejera ponente: Stella Conto Díaz del Castillo Radicación número: 25000-23-26-001-1995-00964-01(21774), sentencia del veintinueve (29) de septiembre de 2015.

<sup>11</sup> ARTÍCULO 16. – La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento,



que implicaba someterse a dicho tratamiento, el cual fue debidamente informado y asumido por la señora Melissa Gallego a través del consentimiento informado. Riesgo que tiene relación con el tratamiento requerido para tratar las patologías sufridas por la paciente. Por lo anterior, comedidamente le solicita al señor Juez declarar la prosperidad de la presente excepción y negar la totalidad de las peticiones incoadas en la demanda por la parte actora.

## **5. EL CONTENIDO OBLIGACIONAL QUE CONLLEVA EL SERVICIO MÉDICO ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO**

Es de advertir que el médico frente al paciente contrae una obligación de medio y no de resultado, esto significa que el objeto de la obligación consiste en la aplicación de su saber y proceder en favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal o rutinariamente aplicaría cualquier otro profesional de la medicina, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia éxito genere un incumplimiento. En el presente caso, las pruebas allegadas demuestran que el comportamiento de los profesionales en salud fue acorde a la *lex artis*, en vista de las patologías sufridas por la señora Gallego Quinchía. Por lo tanto, no es factible atribuir responsabilidad a los demandados, ya que se ha demostrado que la actuación médica fue pertinente, diligente y acertada conforme a las necesidades de la paciente.

En ese sentido, se ha pronunciado la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en la sentencia del 1 de diciembre de 2011, expediente 05001-3103-008-1999- 00797-01, que en lo pertinente indicó:

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

*Por supuesto que una ciencia tan compleja como la médica tiene limitaciones, pues aún existen por doquier interrogantes sin resolver, a la vez que desconoce todavía la explicación de múltiples fenómenos fisiológicos, químicos o farmacológicos, amén que en muchas circunstancias parte de premisas hipotéticas que no han podido ser comprobadas con el rigor científico requerido, a la vez que tratamientos aceptados e instituidos habitualmente, están condicionados, en no pocos casos, por factores*

*imprevisibles o inevitables. Dicha realidad se ve traducida en situaciones que escapan a la previsión y prudencia más rigurosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad (...)*” (Negrillas fuera del texto original)

De acuerdo a lo anterior, se establece que la obligación del personal médico se enmarca como una obligación de medio, lo que implica que el médico debe actuar con diligencia y cuidado de acuerdo a sus conocimientos. Se concluye, por lo tanto, que no se puede atribuir responsabilidad al médico por resultados adversos en los procedimientos clínicos, siempre y cuando su actuación haya cumplido con los estándares de la *lex artis* en cuanto a diligencia y cuidado, como sucede en el presente caso.

Así entonces, trasladando lo anterior al caso del presente litigio, resulta evidente que la atención médica brindada a la señora Elvia Cristina, nunca se restringió los recursos técnicos y humanos de que disponían, sino que se puso a su disposición todos los insumos que a consideración de los galenos requería, con la finalidad de lograr salvarle la vida y de realizar todas las labores científicas y profesionalmente posibles para intervenirla quirúrgicamente, manteniendo una atención adecuada antes y durante dicha cirugía. Lo anterior quedó debidamente consignado en las historias clínicas obrante dentro del proceso.

En este orden de cosas, claro resulta que contrario a lo expuesto por la parte actora, el comportamiento de los profesionales en salud fue diligente, acertado y acorde con la *lex artis*, por lo que, ante la ausencia probatoria de una negligencia, imprudencia o impericia médica, no es dable adjudicar de manera alguna a las demandadas como responsables del daño alegado por los actores, siendo consecuente que se profiera sentencia favorable a los intereses de mi asegurada.

Con fundamento en lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

**6. EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD APLICABLE A ESTE PARTICULAR ES EL DE LA CULPA PROBADA -REITERACIÓN DE LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y DE LA CORTE CONSTITUCIONAL-**

La Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado en diferentes sentencias sobre las reglas de valoración de las pruebas, frente a las mismas, ha indicado que la prestación de los servicios médicos necesariamente genera diversas obligaciones a los médicos, pero que, la responsabilidad civil se configura cuando de su actuación surge un daño mediado por la culpa probada, la cual corresponde demostrar al demandante, sin que sea admisible presunción alguna. En el caso concreto que nos ocupa, esta carga probatoria no ha sido satisfecha, lo cual imposibilita dictaminar como responsables a la parte pasiva. En virtud de estas consideraciones, es evidente que no existe elemento probatorio que permita demostrar la supuesta responsabilidad civil alegada por la parte

demandante.

Asimismo, ha manifestado que no es posible que existan reglas determinadas para valorar las pruebas en los casos de responsabilidad médica, ya que los jueces deben valorar todos y cada uno de los elementos probatorios disponibles a partir de la sana crítica, las reglas de experiencia, el sentido común, la ciencia y la lógica, y mediante procesos racionales que flexibilicen el rigor de la carga de la prueba<sup>12</sup>

Frente a dicha situación, mediante sentencia del 15 de febrero de 2014<sup>13</sup> dicha Corporación, reiteró que: (i) la responsabilidad médica se deriva de la culpa probada; y, que (ii) todas las partes del proceso deben asumir el compromiso de brindar todas las pruebas atendiendo a la posibilidad real de hacerlo.

*“(…) En este sentido los actos médicos no pueden evaluarse respecto de un solo instante, limitarse a un lapso específico o reducirse a una conducta simple y exclusiva, pues la atención médica se desarrolla en diferentes momentos propios de la dinámica de la enfermedad y en búsqueda de la atención adecuada de quien la padece. Por consiguiente, es necesario evaluar diferentes elementos en conjunto, por ejemplo, la elaboración de la historia clínica, la formulación del diagnóstico y del tratamiento a seguir, entre otras (…)”*

Adicionalmente, se ha enfatizado en que el ejercicio médico en sí mismo comprende y compromete un riesgo por su propia naturaleza, presentándose como una probabilidad latente y constante que en cualquiera de las fases en las que participe el médico correspondiente pueda presentarse un resultado adverso a la finalidad que se busca con la atención.

Así entonces, sólo es posible que se configure responsabilidad civil por una mala praxis cuando sea posible demostrar y acreditar fehacientemente que el médico y/o los funcionarios médicos que actuaron e intervinieron en la situación médica, lo hicieron en contravía del conocimiento científico sobre la materia o las reglas de la experiencia, y que obviamente, se estructuraron los elementos de la responsabilidad, estos son: el daño, la culpa y el nexo de causalidad entre la primera y la segunda.

*“(…) En conclusión, es claro que de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y la interpretación que de esa norma ha hecho la Corte Constitucional: (i) no se pueden imponer reglas sacramentales para la valoración de la prueba cuando se trata de responsabilidad médica; (ii) el juez debe evaluar las reglas de la sana crítica y la experiencia y con fundamento en ello determinar el*

<sup>12</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-158 de 2018, 24 de abril de 2018; M.P.: Gloria Stella Ortiz Delgado

<sup>13</sup> Expediente No. 11001310303420060005201, sentencia del 15 de febrero de 2014 M.P. Margarita Cabello Blanco, Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia.

*sentido del fallo según lo demostrado en cada proceso determinado; (iii) la responsabilidad médica se configura a partir de la culpa probada del profesional y (iv) la carga probatoria está en quien alega el daño (...)*" (Subrayado y negrillas fuera del texto original)

En virtud de lo anteriormente expuesto, se concluye que para que pueda declararse el nacimiento de una responsabilidad civil en cabeza de las demandadas, no basta con la simple formulación del cargo en su contra, sino que, resulta imprescindible la prueba de todos los elementos que estructuran la misma (prueba que está en cabeza de quien alega el daño), cosa que no ha ocurrido en el caso particular.

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

## **7. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD, POR NO ACREDITACIÓN DEL NEXO CAUSAL**

Se propone el presente medio exceptivo toda vez que, en atención a los argumentos arriba esbozados, resulta evidente que no existe relación de causalidad alguna entre el daño sufrido por la parte demandante y la conducta desarrollada por las entidades demandadas. De manera específica, debe anotarse que no se estructura este elemento indispensable de la responsabilidad civil que se persigue, comoquiera que los perjuicios que se reclaman no encuentran su origen en ninguna de las conductas desplegadas por los profesionales que tuvieron a su cargo el cuidado y atención médica de la señora Melissa Gallego Quinchía, ni en la fundación demandada en este pleito.

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

Aunado a todo lo dicho, debe hacerse especial hincapié en que situaciones médicas como la comentada, donde la obligación del cuerpo profesional es de medio y no de resultado, el efecto de la intervención médica no pende directamente del actuar cuidadoso y perito del profesional, tal como ha precisado la Corte Suprema de Justicia<sup>14</sup>:

*A pesar de los avances en todos los campos, la complejidad del cuerpo humano*

<sup>14</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC8219-2016, radicación 11001-31-03-039-2003-00546- 01 de 20 de junio de 2016. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

*impide que hoy en día la medicina sea una ciencia exacta, de ahí que se estime que su práctica, en términos generales, corresponde a una obligación de medio.*

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

Y en el mismo sentido la mentada Corporación ha enseñado<sup>15</sup>:

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

Corolario de lo expuesto, siendo inexistente la falla médica que se alega, pues el diagnóstico y tratamiento realizado el 23 de abril de 2023 fue el indicado, y el nexa causal necesario para imputar responsabilidad a las demandadas, no existe razón jurídica que permita la imputación de los supuestos fácticos invocados, al extremo pasivo del litigio.

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

Por otro lado, es claro que, primero, está demostrada la plena diligencia, oportunidad y profesionalismo con la que se prestó el servicio médico al paciente; en segundo lugar, se destinaron todos los medios para para procurar el bienestar de la señora Gallego Quinchía, pues se suministraron los medios, insumos, herramientas y diferentes opciones médicas para que el demandante estuviera en óptimas condiciones; y en tercer lugar, que el diagnóstico y tratamiento realizado por parte de Fundación Hospital San José de Buga fue el acertado de acuerdo a la patología que en ese momento estaba sufriendo la paciente, pues se observa que efectivamente la parte estaba sufriendo de colecistitis aguda y que la apendicitis que sufrió fue posterior al

<sup>15</sup> Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC7110-2017, radicación 05001-31-03-012-2006-00234-01, de 24 de mayo de 2017, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

tratamiento realizado, lo que nos lleva a concluir que por ningún motivo puede atribuirse responsabilidad alguna a las demandadas, dado que todas ellas actuaron de conformidad con la lex artis.

En conclusión, bajo ninguna circunstancia la no programación de cirugía de pie puede ser atribuido a las entidades de salud, pues por su parte se efectuaron todos los esfuerzos para procurar el bienestar del paciente. De modo que, al no acreditarse uno de los elementos estructurales de la responsabilidad, esto es, el nexo causal entre la conducta de las demandas no resulta posible la declaratoria de responsabilidad.

Solicito a señor Juez declarar probada esta excepción.

**8. TASACIÓN INDEBIDA, EXHORBITANTE E INJUSTIFICADA DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS INMATERIALES PRETENDIDOS POR LOS DEMANDANTES, TITULADO COMO: DAÑOS MORALES.**

Por medio de la presente excepción se pretende demostrar al Honorable Despacho que el extremo procesal activo no acredita, argumenta, explica ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de las sumas de dinero pretendidas bajo el concepto de daño moral. Lo anterior, pues únicamente se limita a solicitar un monto a favor de los demandantes, sin que se argumente y/o sustente lo allí pretendido. Por otro lado, las sumas pretendidas bajo este concepto son exageradas y no se encuentran delimitadas ni enmarcadas de acuerdo a los lineamientos jurisprudenciales de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia.

Se advierte que, dentro de la de la demanda se solicitan las siguientes sumas de dinero:

Para MELISSA GALLEGO QUINCHÍA:	50 SMLMV
Para CATALINA ANDREA GALLEGO QUINCHÍA:	50 SMLMV
Para INES QUINCHÍA IBAGUE:	50 SMLMV
Para ABSALON DE JESÚS GALLEGO ECHEVERRY:	50 SMLMV

Por un lado, se vislumbra que dentro del expediente no obra prueba alguna que fundamente los 50 SMLMV solicitados para cada uno de los demandantes demandantes, pues no se espifica cuales son los daños sufridos.

Por lo demás, es evidente que la tasación del daño moral efectuada por el extremo actor en las pretensiones de la demanda (200 SMLMV), es a todas luces exorbitante y carece de cualquier sustento normativo y/o jurisprudencial. En ese sentido, es claro que la parte demandante está efectuando una petición que excede con creces los baremos máximos establecido por la

jurisprudencia<sup>16</sup>, razón por la cual, la suma solicitada no puede ser reconocida, incluso, en el remoto evento en que se llegase a demostrar la presunta responsabilidad endilgada al extremo pasivo.

A continuación relacionamos algunas condenas emitidas por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia por concepto de “daño moral”<sup>17</sup>:

- a. El valor máximo reconocido, para el evento muerte a familiares en primer grado, por la CSJ (2016)<sup>18</sup>, es de \$60 millones; lo reiteró en 2017<sup>19</sup>. Se aclara sí que la misma CSJ tiene dicho que en tratándose de perjuicios de esta estirpe, no existen topes máximos y mínimos<sup>20</sup>.
- b. La CSJ el día 06-05-2016<sup>21</sup>, ordenó pagar \$15 millones por esta especie de daño a la víctima directa, cuyas lesiones fueron: perturbación psíquica permanente y deformación física en el cuerpo de carácter permanente con la colocación de una válvula de drenaje en el cerebro; al momento del accidente contaba con 17 años.
- c. Y en la sentencia SC-21828-2017<sup>22</sup>, la CSJ condenó por este rubro, a \$40 millones para la víctima directa, la afectación consistió en la extracción del ojo izquierdo, que le dejó como secuela alteración estética del rostro en forma permanente y, desde luego, mermó su capacidad visual.
- d. La CSJ en sentencia del 18-11-2019<sup>23</sup>, reconoció \$10 millones para una mujer que en accidente de tránsito sufrió trauma de tejidos blandos, de cadera y pelvis, traumatismo craneoencefálico, paresia de ojo derecho y depresión con una pérdida de capacidad laboral de 65.68% dictaminada por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Cabe resaltar que los tipos de perjuicios extrapatrimoniales que solicita la parte actora sean reparados económicamente, resultan o tratan de una compleja tipología de perjuicios cuya configuración depende de la existencia de una serie de elementos subjetivos y de los que su tasación si bien se encuentra deferida “*al arbitrium judicis*”, es decir, al recto criterio del fallador, sí deben por lo menos, estar sujetos a su comprobación y acreditación mediante los medios de prueba conducentes para el efecto. En ese sentido, es fundamental que realmente se logre comprobar que, (i) respecto a los perjuicios solicitados por concepto de daño a la vida de relación, esas lesiones personales sean debidamente acreditadas por personal o entidad competente para ello, y que, además exista un respaldo documental óptimo para ello; y, (ii) respecto a la indemnización por perjuicios por concepto de perjuicios morales, es necesario que, esos sentimientos que dice la

<sup>16</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil en sentencia del 07 de marzo de 2019. M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque

<sup>17</sup> Cfr. TSDJ. De Pereira. Sentencia de segundo grado. Rad. 05001-31-03-005-2005-00142-01. MG. Sustanciador Duberney Grisales Herrera (en descongestión).

<sup>18</sup> CSJ, SC-13925-2016.

<sup>19</sup> CSJ, SC-9193-2017.

<sup>20</sup> CSJ, SC-21828-2017.

<sup>21</sup> CSJ, SC-5885-2016.

<sup>22</sup> CSJ, SC-21828-2017.

<sup>23</sup> CSJ, SC-4966-2019.

víctima habersele generado, demuestren que efectivamente fueron producto del hecho dañoso configurativo de este proceso.

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

*“Por cierto que las pautas de la jurisprudencia en torno a la tasación de perjuicios extra-patrimoniales, con fundamento el prudente arbitrio del juez, fueron acogidas expresamente por el artículo 25 del Código General del Proceso,(...)».*

*Y aunque tal regla está prevista para la cuantía de los procesos, en general, permite ver que el sistema procesal es reacio a aceptar pretensiones de indemnización inmaterial por montos exagerados, a voluntad de las partes, ya que así se generan distorsiones en las instancias y recursos que razonablemente deben tener los trámites judiciales.”<sup>24</sup> (Énfasis propio)*

Ha señalado igualmente la Corte<sup>25</sup> que, dentro de la concepción jurídica de los perjuicios extrapatrimoniales, específicamente respecto al daño moral, por ejemplo, no hay una valoración pecuniaria en sentido estricto, ya que al pertenecer a la síquis de cada persona “*es inviable de valorar al igual que una mercancía o bien de capital*”, de ahí entonces que sea razonable estimar que, (i) en cada caso el juez realice una valoración concreta, con la debida objetividad y conforme lo que se logre probar en el transcurso del proceso; y, (ii) no resulta apropiado que las partes puedan estimar el valor económico de su propio sufrimiento, “*ya que eso iría en contravía de la naturaleza especial del perjuicio inmaterial o espiritual, que escapa al ámbito de lo pecuniario*”.

De igual manera, no existe ninguna presunción que opere en favor de la parte demandante que permita emitir una condena por la sola enunciación de un aparente perjuicio. Sobre esto, la Corte Suprema de Justicia<sup>26</sup> ha manifestado claramente:

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

*Incluso, desde el libelo genitor, en que se suplicó el pago del daño a la vida de relación sufrido a raíz del accidente de tránsito (folio 26), **se advierte una falta absoluta de***

<sup>24</sup> Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, 11 de mayo de 2017, Radicado: 11001-02-03-000- 2017-00405-00.

<sup>25</sup> Ibidem.

<sup>26</sup> CSJ, SC-5340-2018.

**sustrato fáctico para soportar esta pretensión, pues el actor se limitó a señalar que encuentra postrado en una silla de ruedas (folio 27), sin mencionar sus condiciones personales -edad, deportes realizados, aficiones, nivel de vida y de sociabilización-, o las actividades sociales, culturales, recreativas o familiares que dejó de realizar después del accidente, que permitieran establecer la existencia del perjuicio causado.(...)**

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

En el caso sub judice la parte demandante, desatendiendo los criterios jurisprudenciales, solicita que se le realice el pago de 50 SMLMV a cada uno de los demandantes, monto que supera ostensiblemente el valor reconocido por la Corte en casos cuya gravedad, dista de las lesiones sufridas por la demandante, máxime, cuando en el acervo probatorio no pruebas que permitan entrever afectación que le impida o dificulte gozar de actividades rutinarias, o que haya sufrido, en virtud de la cirugía, alguna pérdida de capacidad labora, presupuesto indispensable para que sea reconocida suma pecuniaria por concepto de este perjuicio. Por otro lado, tampoco obra prueba en el expediente de las supuestas cicatrices que sufre la señora Melissa Gallego, como tampoco obra informe de Medicina Legal que establezca alguna deformidad física permanente en razón a la laparoscopia realizada el 23 de abril de 2013.

De igual manera, la tasación que se hace es absolutamente excesiva, pues en casos cuya gravedad es mayor que las supuestas lesiones sufridas por la demandante, se ha reconocido sumas inferiores a las peticionadas en el presente litigio, como ya se ha demostrado.

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

En consecuencia, solicito declarar probada esta excepción.

## **9. TASACIÓN INDEBIDA, EXHORBITANTE E INJUSTIFICADA DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS INMATERIALES PRETENDIDOS POR LOS DEMANDANTES, TITULADO**

## COMO: DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN

En relación con el reconocimiento del supuesto daño a la vida en relación de los demandantes, es menester señalar que dentro del plenario no obra ningún medio de prueba que permita entrever alteraciones, cambios o mutaciones en el comportamiento del diario vivir de la víctima directa y sus familiares. De todas maneras, la cuantificación que por este concepto solicita la parte demandante por cada uno, es exorbitante pues, como veremos más adelante, desatiende los baremos jurisprudenciales que, sobre el daño a la vida de relación, se ha referido la Corte Suprema de Justicia, en casos mucho más graves como muerte o invalidez. Por lo demás, se señala que la parte actora ignora que, en desarrollo jurisprudencial, se ha establecido que únicamente se reconoce este perjuicio a la víctima directa de la lesión, por lo que las solicitudes de este daño por parte de los demás demandantes son claramente improcedentes.

La Corte Suprema de Justicia ha definido el daño a la vida en relación como “(...) *la afectación a la «vida exterior, a las relaciones interpersonales» producto de las secuelas que las lesiones dejaron en las condiciones de existencia de la víctima» Cabe reseñar que este tipo de daño “adquiere trascendencia o se refleja sobre la esfera externa del individuo, situación que también lo diferencia del perjuicio moral propiamente dicho (...)*”<sup>27</sup>. Asimismo, la alta Corte ha manifestado que el único legitimado para solicitar su indemnización es la víctima directa:

*“(...) b) Daño a la vida de relación: **Este rubro se concede únicamente a la víctima directa** del menoscabo a la integridad psicofísica como medida de compensación por la pérdida del bien superior a la salud, que le impedirá tener una vida de relación en condiciones normales (...)*”<sup>28</sup>

Es preciso resaltar que, sobre el particular ha dicho el Tribunal Superior de Pereira ha señalado sobre la carga de la prueba frente a la causación de este perjuicio lo siguiente<sup>29</sup>:

*“(...) Cuestionaron los demandados y la llamada en garantía el reconocimiento de este perjuicio, por cuanto las razones para ello fueron idénticas a la utilizadas para reconocer el lucro cesante, además que estimaron quedó sin acreditación la alteración de las condiciones del actor con ocasión de la lesión sufrida” (Folios 9-10 y 97-98, cuaderno No.10).*

*” Para esta Sala prospera esta alzada, pero por falta de congruencia, puesto que si bien se trata de un perjuicio reclamado (Fisiológico, folio 37, cuaderno principal), lo cierto es que ese hecho en forma alguna se argumentó en la demanda, faltan datos*

<sup>27</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 13 de mayo de 2008. Exp. 11001-3103-006- 1997-09327-01. M.P. Cesar Julio Valencia Copete

<sup>28</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 28 de junio de 2017. Radicación nº 11001-31-03-039-2011-00108-01. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

<sup>29</sup> TSDJ de Pereira. Sentencia 438 de 17-09-2019. Rad.: 05001-31-03-007-2007-00532-01. M.P. Duberney Grisales Herrera.

*indicativos de cómo se afectaron las condiciones normales de vida del actor.*

*La manera en que se advertía ese perjuicio se pretermitió en el escrito introductor y ha debido serlo como garantía del derecho de defensa de los demandados y para respetar el principio de congruencia de la sentencia (Artículo 281, CGP) (...)"*

En este punto, útil es recordar lo dicho por la Corte Suprema de Justicia<sup>30</sup>, en un caso que negó ese pedimento por haberse dado esa omisión en relación con la carga de la prueba:

*"(...) En efecto, al observar la demanda aducida y su reforma, integradas en un solo documento, encuentra la Corte que el actor fue quien, desde el comienzo, fusionó tanto el detrimento moral como el de vida de relación, por tanto, el ad-quem, se limitó a pronunciarse alrededor de una sola clase de detrimento; la lectura que brindó a lo expuesto por el demandante refleja, de manera fiel, la forma como se presentó y reclamó la indemnización.*

*(...) "Dado que se trata de detrimentos distintos, que no pueden ser confundidos, al ser reclamados debió indicarse un referente económico para cada uno de ellos, aspecto que no se hizo; además, su naturaleza, diferente a la del daño moral, comporta una afectación proyectada a la esfera externa de la víctima, sus actividades cotidianas; relaciones con sus más cercanos, amigos, compañeros, etc., a diferencia de los daños morales que implican una congoja; impactan, directamente, su estado anímico, espiritual y su estabilidad emocional, lo que, sin duda, al describirse en el libelo respectivo de qué manera se exteriorizan, deben mostrarse diversos, empero, como se anunció líneas atrás, su promotor cuando expuso el factum del debate describió unas mismas circunstancias como indicadoras de los dos daños.*

*"Y, si, en gracia de discusión, la Corte aceptara que en el escrito incoativo fueron pedidos de manera autónoma e independiente los daños morales y de vida de relación, habría que concluir, prontamente, que **el impugnante no señaló, puntualmente, de qué forma se le generó el daño a la vida de relación, pues, como atrás se indicó,** no hubo señalamiento concreto de la repercusión en el círculo o frente a los vínculos de la actora. Es más, no se apreció o describió, en particular, qué nexos o relaciones se vieron afectadas, sus características o la magnitud de tal incidencia. Resulta incontrovertible que toda limitación en la salud física o mental de un individuo impacta negativamente su entorno; sin embargo, ante una reclamación judicial, no puede la víctima dejar al Juez conjeturar las repercusiones concretas de esa situación perjudicial y, en el presente asunto, la afectada se despreocupó de indicar las particularidades del detrimento denunciado, luego, no es dable aseverar*

<sup>30</sup> CSJ. SC7824-2016.

su existencia real, determinada y concreta.

*En suma, al ser un tema que ni siquiera se fundamentó, mal podría reconocerse, habrá de revocarse ese acápite de la sentencia (...)" (Resaltado fuera de texto).*

Para conocer a mayor profundidad lo que ha establecido la Corte Suprema de Justicia en algunos casos en los que excepcionalmente se reconoció este concepto indemnizatorio, es preciso señalar el siguiente caso: la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ordenó el pago de 50 SMLMV para la víctima directa por los perjuicios causados con la pérdida de la capacidad de locomoción permanente, como consecuencia de accidente de tránsito por exceso de velocidad del vehículo en el que iba de pasajera<sup>31</sup>. En otro penoso caso, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ordenó el pago de \$ 30.000.000 a la víctima directa **por los perjuicios ocasionados por la extracción de su ojo izquierdo**.

En línea con lo anterior, resaltamos, algunas sentencias de la misma colegiatura con condenas emitidas por concepto de “daño a la vida de relación”:

- a. Esa Magistratura en el fallo SC-5885 del 06-05-2016, fijó **\$20 millones** por este perjuicio a la víctima directa, una mujer joven que sufrió perturbación psíquica permanente y deformación física en el cuerpo de carácter permanente con la colocación de una válvula de drenaje en el cerebro; al momento del accidente contaba con 17 años de edad.
- b. La CSJ en sentencia del 21-02-2018 reconoció **\$19.531.050** para la víctima directa quien por un accidente de tránsito **le fue amputada la pierna derecha** y perdió el 30% de su capacidad laboral.
- c. Y en la sentencia SC-21828-2017, la CSJ condenó por este rubro, a **\$30 millones** para la víctima directa, la afectación consistió **en la extracción del ojo izquierdo**, que le dejó como secuela alteración estética del rostro en forma permanente y, desde luego, mermó su capacidad visual.
- d. La CSJ en sentencia del 18-11-2019, reconoció **\$20 millones** para una mujer que en accidente de tránsito sufrió trauma de tejidos blandos, de cadera y pelvis, traumatismo craneoencefálico, paresia de ojo derecho y depresión con una pérdida de capacidad laboral de **65.68%** dictaminada por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

En el caso sub judice la parte demandante, desatendiendo los criterios jurisprudenciales, solicita que se le realice el pago por montos palmariamente mucho más excesivo, que superan ostensiblemente el valor reconocido por la Corte en casos cuya gravedad, dista de las lesiones

<sup>31</sup> Corte Suprema de Justicia. SC4809-2019 del 12 de noviembre de 2019.

sufridas por la demandante, máxime, cuando en el acervo probatorio no pruebas que permitan entrever afectación que le impida o dificulte gozar de actividades rutinarias, presupuesto indispensable para que sea reconocida suma pecuniaria por concepto de este perjuicio, por otro lado, la tasación que se hace es absolutamente excesiva, pues en casos cuya gravedad es igual a las supuestas lesiones sufridas por la demandante, se ha reconocido sumas inferiores a las peticionadas en el presente litigio, como ya se ha demostrado.

Con todo, no resulta aceptable que en el hecho que motivó la controversia y que resulta mucho menos gravoso para el demandante, se tase en una suma excesiva y desbordada. Es por lo anteriormente expuesto que no debe prosperar esta pretensión si no existen elementos que puedan determinar y/u ofrecer una conclusión de condena respecto de la parte demandada.

Ahora, debe precisarse que la alta Corte ha manifestado que el único legitimado para solicitar su indemnización es la víctima directa.

*“(...) b) Daño a la vida de relación: **Este rubro se concede únicamente a la víctima directa** del menoscabo a la integridad psicofísica como medida de compensación por la pérdida del bien superior a la salud, que le impedirá tener una vida de relación en condiciones normales (...)”<sup>32</sup>.*

Ante este panorama, es evidente que se realiza en la demanda, respecto del reconocimiento del daño a la vida en relación a favor de los demandantes, una solicitud por personas que no tienen legitimación alguna para reclamar la indemnización del referido perjuicio.

Por lo anteriormente mencionado, en este caso específico, conforme a las pruebas obrantes en el expediente, así como los pronunciamientos y manifestaciones realizadas por los sujetos intervinientes en cada uno de sus escritos, no pueden ni deben ser indemnizados por mi representada, ya que, su presunta causación no se encuentra debidamente probada en ninguna de las modalidades por perjuicio extrapatrimonial, además de que resultan abiertamente indebidas e injustificadas a la luz de los presupuestos configurativos que permiten estructurar el origen de este tipo de perjuicios, y que en todo caso, solo pueden ser reconocidos a la víctima directa, por lo que la solicitud de la reparación de este daño por los otros demandantes es a todas luces improcedente.

Solicito se declare la prosperidad de esta excepción.

## 10. ENRIQUECIMIENTO SIN JUSTA CAUSA

<sup>32</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 28 de junio de 2017. Radicación nº 11001-31-03-039-2011-00108-01. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

Es imposible imponer una condena y ordenar el resarcimiento de un detrimento por perjuicios no demostrados o presuntos, o si se carece de la comprobación de su magnitud y realización, ya que no es admisible la presunción en esa materia, de manera que una indemnización sin fundamentos fácticos ni jurídicos necesariamente se traducirá en un lucro indebido, como sucedería en un caso como el presente.

Solicito a usted señor Juez, declarar probada esta excepción.

## 11. GENÉRICA Y OTRAS

Conforme a lo dispuesto en el artículo 282 del Código General del Proceso<sup>29</sup>, solicito sea declarada cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, ya sea frente a la demanda o al contrato de seguro utilizado para convocar a mi representada al presente litigio mediante acción directa.

### CAPITULO II:

#### CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

##### I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO

**AL HECHO “PRIMERO”:** Es cierto, que dentro del proceso de Responsabilidad Civil Médica con radicado 761113103003-2023-00060-00 se persigue que se declare civilmente responsable a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, con la cual pretende obtener el pago de perjuicios inmateriales ocasionados a la señora Melissa Gallego Quinchía como consecuencia de los servicios prestados en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA el día 13 de abril de 2013, de acuerdo al escrito de demanda y sus pretensiones.

Sin menoscabo de lo anterior, es necesario aclarar que las pretensiones presentadas en la demanda carecen de fundamento para prosperar, comoquiera que dentro del plenario no obra pruebas que acrediten que el hecho dañoso fue ejecutado por la demandada en mención. Así, se tiene que (i) No existe prueba que acrediten la responsabilidad que pretende atribuirse a la pasiva de esta acción; (ii) Por el contrario, las documentales adosadas y las que se harán llegar al plenario acreditan el actuar diligente, cuidadoso y oportuno por parte de Fundación Hospital San José De Buga, demostrándose que su diagnóstico y tratamiento fueron los adecuados según la patología sufrida por la actora; y (iii) En todo caso, en el presente proceso ya se configuró la prescripción de la acción civil que se encuentra en cabeza de los demandantes, por cuanto transcurrieron más de diez (10) años desde la realización de la cirugía objeto de imputación de mala praxis y la fecha en la que se radico la demanda. En ese sentido, es claro que dicha prescripción deberá declararse en los términos de los artículos 2536 del Código Civil, que fue modificado por el artículo 8 de la Ley 791

de 27 de diciembre de 2002.

**AL HECHO “SEGUNDO”:** No se desconoce que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. celebraron un contrato de seguro contenido en la Póliza No. 660-88-99400000076 que tiene una vigencia comprendida entre el 30 de agosto de 2023 hasta el 30 de agosto de 2024, mediante la cual se amparó, entre otros, la responsabilidad civil institucional. Resulta necesario advertir desde ya que dicho contrato se concertó bajo la modalidad de cobertura denominada Claims Made, con un periodo de retroactividad pactado desde el 30 de agosto de 2017. Lo anterior implica que la póliza sólo podrá afectarse cuando concurren los siguientes presupuestos: **(i) que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado y (ii) que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.**

Así las cosas, desde ya se debe aseverar que el contrato de seguro en cuestión no puede afectarse, comoquiera que: (i) no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal claims made, bajo la cual fue concertada, toda vez que, los hechos materia del litigio ocurrieron el 23 de abril de 2013, es decir por fuera de la vigencia de la mentada póliza, sumado a que la primera reclamación que los demandantes formularon a la Fundación Hospital San José de Buga se notificó a la anterior el 21 de abril de 2023, es decir, que la reclamación se produjo por fuera de la vigencia de la póliza; (ii) en todo caso en el plenario no obra prueba alguna que acredite las supuestas acciones u omisiones que constituyeron la alegada falla en la prestación de los servicios médicos recibidos por la nombrada, durante el 23 de abril de 2023, es decir, no se acreditó la ocurrencia del riesgo trasladado a la Compañía ; y (iii) se configuró la causal ordinaria de prescripción extintiva.

**AL HECHO “TERCERO”:** No es cierto y se aclara. No se desconoce que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. celebraron un contrato de seguro contenido en la Póliza No. 660-88-99400000076 que tiene una vigencia comprendida entre el 30 de agosto de 2023 hasta el 30 de agosto de 2024, mediante la cual se amparó, entre otros, la responsabilidad civil institucional. Resulta necesario advertir desde ya que dicho contrato se concertó bajo la modalidad de cobertura denominada Claims Made, con un periodo de retroactividad pactado desde el 30 de agosto de 2017. Lo anterior implica que la póliza sólo podrá afectarse cuando concurren los siguientes presupuestos: **(i) que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado y (ii) que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.**

Así las cosas, desde ya se debe aseverar que el contrato de seguro en cuestión no puede afectarse, comoquiera que: (i) no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal claims made, bajo la cual fue concertada, toda vez que, los hechos materia del litigio ocurrieron el 23 de

abril de 2013, es decir por fuera de la vigencia de la mentada póliza, sumado a que la primera reclamación que los demandantes formularon a la Fundación Hospital San José de Buga se notificó a la anterior el 21 de abril de 2023, es decir, que la reclamación se produjo por fuera de la vigencia de la póliza; (ii) en todo caso en el plenario no obra prueba alguna que acredite las supuestas acciones u omisiones que constituyeron la alegada falla en la prestación de los servicios médicos recibidos por la nombrada, durante el 23 de abril de 2023, es decir, no se acreditó la ocurrencia del riesgo trasladado a la Compañía ; y (iii) se configuró la causal ordinaria de prescripción extintiva.

En ese entendido, no ha nacido y no podrá nacer la obligación indemnizatoria de la compañía aseguradora en virtud del citado contrato de seguro en atención a los hechos de esta controversia.

**AL HECHO “CUARTO”:** No es cierto y se aclara. No se desconoce que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA. y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. celebraron un contrato de seguro contenido en la Póliza No. 660-88-994000000076 que tiene una vigencia comprendida entre el 30 de agosto de 2023 hasta el 30 de agosto de 2024, mediante la cual se amparó, entre otros, la responsabilidad civil institucional. Resulta necesario advertir desde ya que dicho contrato se concertó bajo la modalidad de cobertura denominada Claims Made, con un periodo de retroactividad pactado desde el 30 de agosto de 2017. Lo anterior implica que la póliza sólo podrá afectarse cuando concurren los siguientes presupuestos: **(i) que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado y (ii) que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.**

Así las cosas, desde ya se debe aseverar que el contrato de seguro en cuestión no puede afectarse, comoquiera que: (i) no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal claims made, bajo la cual fue concertada, toda vez que, los hechos materia del litigio ocurrieron el 23 de abril de 2013, es decir por fuera de la vigencia de la mentada póliza, sumado a que la primera reclamación que los demandantes formularon a la Fundación Hospital San José de Buga se notificó a la anterior el 21 de abril de 2023, es decir, que la reclamación se produjo por fuera de la vigencia de la póliza; (ii) en todo caso en el plenario no obra prueba alguna que acredite las supuestas acciones u omisiones que constituyeron la alegada falla en la prestación de los servicios médicos recibidos por la nombrada, durante el 23 de abril de 2023, es decir, no se acreditó la ocurrencia del riesgo trasladado a la Compañía ; y (iii) se configuró la causal ordinaria de prescripción extintiva.

En ese entendido, no ha nacido y no podrá nacer la obligación indemnizatoria de la compañía aseguradora en virtud del citado contrato de seguro en atención a los hechos de esta controversia.

## II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LA PRETENSIÓN DEL LLAMAMIENTO

**ME OPONGO** de manera rotunda a que se condene a mi representada al pago de la eventual condena que se profiera en contra de la Fundación Hospital San José de Buga, comoquiera que, si bien No se desconoce que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA. y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. celebraron un contrato de seguro contenido en la Póliza No. 660-88-994000000076 que tiene una vigencia comprendida entre el 30 de agosto de 2023 hasta el 30 de agosto de 2024, mediante la cual se amparó, entre otros, la responsabilidad civil institucional. Resulta necesario advertir desde ya que dicho contrato se concertó bajo la modalidad de cobertura denominada Claims Made, con un periodo de retroactividad pactado desde el 30 de agosto de 2017. Lo anterior implica que la póliza sólo podrá afectarse cuando concurren los siguientes presupuestos: **(i) que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado y (ii) que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.**

Así las cosas, desde ya se debe aseverar que el contrato de seguro en cuestión no puede afectarse, comoquiera que: (i) no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal claims made, bajo la cual fue concertada, toda vez que, los hechos materia del litigio ocurrieron el 23 de abril de 2013, es decir por fuera de la vigencia de la mentada póliza, sumado a que la primera reclamación que los demandantes formularon a la Fundación Hospital San José de Buga se notificó a la anterior el 21 de abril de 2023, es decir, que la reclamación se produjo por fuera de la vigencia de la póliza; (ii) en todo caso en el plenario no obra prueba alguna que acredite las supuestas acciones u omisiones que constituyeron la alegada falla en la prestación de los servicios médicos recibidos por la nombrada, durante el 23 de abril de 2023, es decir, no se acreditó la ocurrencia del riesgo trasladado a la Compañía ; y (iii) se configuró la causal ordinaria de prescripción extintiva.

Como consecuencia de lo anterior, surge palmario que no ha nacido y no podrá nacer la obligación indemnizatoria de mi procurada y consecuentemente, no podrá ser condenada al pago directo o al reembolso de la eventual condena que se profiera en contra de la Fundación Hospital San José de Buga.

### III. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

#### 1. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 660-88-994000000076.

Se propone esta excepción, a fin de poner presente al despacho que el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 660-88-994000000076, **NO** se puede afectar ni podrá operar dentro de la presente Litis, toda vez que no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal pactada, ya que, como se ha manifestado de forma exhaustiva, los hechos materia del litigio ocurrieron el 23 de abril 2013, es

decir, por fuera del periodo de retroactividad y de la vigencia de la mentada póliza. De igual manera, la reclamación que los demandantes formularon a la Fundación Hospital San José de Buga se hizo el 21 de abril de 2023, es decir, la reclamación se produjo cuando el contrato de seguro todavía no se encontraba vigente. Por tal motivo, no se cumplen simultáneamente los requisitos de la modalidad Claims Made bajo la cual se pactó el referido contrato de seguro.

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

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

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que mi representada expidió el certificado de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 660-88-99400000076, vigente entre el 30 de agosto del 2023 y el 30 de agosto del 2024, la cual se pactó bajo la modalidad de cobertura denominada Claims Made, tal como se ilustra a continuación:

MODALIDAD DE COBERTURA:

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

Lo anterior implica que la póliza solo podrá afectarse cuando concurren los siguientes presupuestos: (i) que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y (ii) que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza. Así quedó expresamente consignado en la póliza.

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

Sobre este punto debe quedar de presente que dentro de la póliza de seguro que se allega, constan las condiciones particulares que rigen contrato de seguro perfeccionado por las partes. Por ende, es menester que este honorable despacho se rija por el enunciado anteriormente subrayado de que para que el contrato de seguro pueda amparar el siniestro este debe ser reclamado durante la vigencia de la póliza, esto es dentro de este proceso entre el 30 de agosto del 2023 y 30 de agosto

de 2024.

Sin embargo y caso de que este honorable despacho determine que entre a regir el condicionado general en vez a las condiciones particulares detentadas dentro de la póliza, debe quedar claro lo dictaminado en este condicionado general el cual determina:

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO LA RECLAMACIÓN DE LOS TERCEROS O EL PROCESO JUDICIAL EN EL QUE POSTERIORMENTE HAYA DE SER DECLARADA LA RESPONSABILIDAD SEAN CONOCIDOS POR PRIMERA VEZ POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O ÉSTOS CONOZCAN POR PRIMERA VEZ QUE HABRÍAN DE INICIARSE EN SU CONTRA, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO Y, TENGAN FUNDAMENTO EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO POR ELLA.

Así las cosas, debe precisarse desde ya que el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 660-88-994000000076, **NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL** para los hechos objeto de litigio, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados. En efecto, los hechos materia del litigio ocurrieron el 23 de abril de 2010, es decir, por fuera del periodo de retroactiva otorgado en la póliza y por fuera de la vigencia de la mentada póliza.

Por otra parte, a reclamación que los demandantes formularon a la Fundación Hospital San José de Buga se hizo el 21 de abril de 2023, es decir, la reclamación se produjo cuando el contrato de seguro ya no se encontraba vigente, como puede verificarse dentro de la documentación allegada al expediente de esta manera:

**sicaac** Unidad de Atención y Seguimiento del Seguro

DENTRO DE CONCILIACIÓN DE LA FUNDACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SOCIAL FUNDAPAS - AUTORIZADO PARA COMOCER DE LOS PROCEDIMIENTOS DE INSOLVENCIA ECONÓMICA DE LA PERSONA NATURAL NO COMERCIANTE

Código Centro: 1141

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

Número del Caso en el centro: 8314-08088      Fecha de solicitud: 21 de abril de 2023  
Cuentas: 300000.00      Fecha del resultado: 26 de abril de 2023

CONSEJEROS				
Nº	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CATEGORÍA SOCIAL
1	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	1115068108	MELISSA GALLEGO QUINCHIA
2	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	91610727	CATALINA ANDREA GALLEGO QUINCHIA
3	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	38852129	INES QUINCHIA ISAGUE
4	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	14878957	ABSALON DE JESUS GALLEGO ECHEVERRY

ORGANIZACIONES				
Nº	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CATEGORÍA SOCIAL
1	ORGANIZACIÓN	NIT	881380064	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE
2	ORGANIZACIÓN	NIT	890308208	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMPAFAMILIAR ANDI-COMPANDI

De tal suerte, la reclamación se efectuó al asegurado cuando todavía no había nacido a la vida jurídica el contrato de seguro contenido en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 660-88-99400000076, como se expone:

<b>NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS</b>		<b>PÓLIZA No: 660 -88 - 99400000076</b>		<b>ANEXO:0</b>	
6601350678					
AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR		COD. AGE: 660		RAMO: 88 PAP:	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30	08	2023	30	08	2024
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA PÓLIZA		HORAS	
				23:59	
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL		VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA	
		A LAS		A LAS	
				DÍAS	
				366	
				TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION	
				DIA	
				MES	
				AÑO	
				08	
				07	
				2024	
				FECHA DE IMPRESIÓN	

De manera que, en definitiva, el contrato objeto de vinculación a esta contienda no se encontraba vigente cuando se le realizó la reclamación a la Fundación Hospital San José de Buga, lo que claramente evidencia el incumplimiento del segundo presupuesto bajo el cual fue expedido el aseguramiento, y por contera es evidente la imposibilidad de afectarlo.

En ese orden de ideas, es menester que el Despacho analice todas y cada una de las condiciones de las que pende el aseguramiento otorgado, puesto que, en efecto, en lo que atañe a la modalidad de cobertura temporal, no se encuentra acreditado el cumplimiento de sus condiciones, lo que conlleva a la inoperancia del mismo en este asunto. Y en razón de lo expuesto, ruego respetuosamente al Despacho se sirva declarar como probada esta excepción y desvincular de esta contienda a mi representada.

**2. FALTA DE COBERTURA MATERIAL EN TANTO LA POLIZA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 660-88-99400000076 AMAPARA LA RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL CONTRATO No. 8913800054 SUSCRITO ENTRE LA NUEVA EPS Y FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA.**

En materia de seguros, el asegurador según el Artículo 1056 del C.Co 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, tal como sucede en este caso, pues la póliza solo cubre la atención que le sea dada a aquellos pacientes de NUEVA EPS, y no como sucede en el presente caso, en donde la señora Gallego se presentó como paciente de Comfandi.

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

*“reiteró esta Corporación la necesidad de individualizar y determinar los riesgos que el asegurador toma sobre sí:*

*<<y que por lo tanto, en este campo rige el principio según el cual la responsabilidad asumida en términos generales como finalidad del contrato no puede verse restringida sino por obra de cláusulas claras y expresas, “...El Art. 1056 del C de Com , en principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, otorga al asegurador 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..”, agregando que es en virtud de este amplísimo principio “que el asegurador puede delimitar a su talante el riesgo que asume, sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo, tiempo y lugar, que de no cumplirse impiden que se configure el siniestro; ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, **quedan sin embargo excluidos de la protección que se promete por el contrato.** Son estas las llamadas exclusiones, algunas previstas expresamente en la ley...” (Cas. Civ. de 7 de octubre de 1985, sin publicar), exclusiones que por su propia índole, limitativa de los riesgos asumidos por el asegurador, requieren ser interpretadas con severidad en una concienzuda tarea que se oriente, de una parte, a establecer su justificación técnica, y de la otra a precisar el alcance de dichos riesgos conforme a reglas de carácter legal o convencional,*

**luego no le es permitido al intérprete “...so pena de sustituir indebidamente a los contratantes, interpretar aparentemente el contrato de seguro para inferir riesgos que no se han convenido, ni para excluir los realmente convenidos; ni tampoco hacer interpretaciones de tales cláusulas que conlleven a resultados extensivos de amparo de riesgos a otros casos que no sólo se encuentren expresamente excluidos sino que por su carácter limitativo y excluyente, son de interpretación restringida.....” (Cas Civ. de 23 de mayo de 1988, sin publicar) (Este pasaje fue reiterado, entre otras, en CSJ SC4574-2015 rad. n°. 11001-31-03-023-2007-00600-02)>>”<sup>33</sup>. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)**

Bajo esa misma interpretativa, la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia de diciembre 13 de 2019, 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»<sup>34</sup> (Subrayado y negrilla en el texto original)*

De igual forma, la jurisprudencia 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,”**

<sup>33</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 4527 -2020. Noviembre 23 de 2020

<sup>34</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia. Expediente 2008-00193-01. Diciembre 13 de 2019.

**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)<sup>35</sup>. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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. De forma que en el caso de la ocurrencia de riesgos excluidos, no nace a la vida jurídica la obligación indemnizatoria del asegurador y en ese orden de ideas, no hay lugar a que su responsabilidad se vea comprometida.

De manera que, una vez efectuado el análisis de los amparos del seguro en su clausulado particular, se entrevé que esta Póliza ampara únicamente a los pacientes de la Nueva EPS que necesiten prestar servicio de salud en la Fundación Hospital San José de Buga, como queda explicitado:

SE DEJA CONSTANCIA QUE LA POLIZA AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INCLUYENDO LOS PACIENTES QUE SEAN ATENDIDOS EN VIRTUD DEL CONTRATO No. 01-08-03 - PRESTACION SERVICIOS CONTRIBUTIVOS, #01-08-03 - PRESTACION SERVICIOS PLANES COMPLEMENTARIOS, #02-01-03 - PRESTACION SERVICIOS SUBSIDIARIOS, entre NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA EPS SA NIT 900156264-4 y LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, cuyo objeto contractual es PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD P.O.S. PARA LOS AFILIADOS (COTIZANTES Y SUS BENEFICIARIOS) DE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA EPS SA. EN BUGA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA DE LA REGIONAL SUROCCIDENTE, MIENTRAS LA ATENCIÓN SE REALICE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

Frente a lo anterior, debe decirse que en este caso la paciente Gallego atendió el servicio de salud a través de la EPS Comfandi, por lo cual, queda demostrado que la póliza en mención no ampara los daños por esta solicitados.

En conclusión, la póliza No. 660-88-994000000076 NO presta cobertura material para el caso de marras, toda vez que las partes en virtud de la autonomía de la voluntad que les asiste, pactaron en la póliza expresamente los límites y maneras en las que se configuraría el daño. En ese sentido, es evidente que no podrá afectarse la póliza en cuestión, ni mucho menos solicitar indemnización alguna con cargo a la misma. Toda vez que se encuentra patente la falta de cobertura material por

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

tratarse de riesgos excluidos expresamente en el condicionado general de la póliza.

### 3. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

Se formula la presente solicitud toda vez que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 660-88-994000000076 mediante la cual se vincula a mi representada Aseguradora Solidaria De Colombia E.C., mediante llamamiento en garantía, no ofrece cobertura temporal para el caso de marras por cuanto no concurren los elementos de la modalidad Claims Made que fue pactada, configurándose la carencia de legitimación en la causa por pasiva por parte de mi prohijada.

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

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

En ese sentido, mi representada ampara la responsabilidad médica del ente asegurado siempre y cuando se presenten dos circunstancias muy concretas: **(i)** que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado y **(ii)** que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que mi representada expidió el certificado de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 660-88-994000000076, vigente entre el 30 de agosto del 2023 al 30 de agosto del 2024, la cual se pactó bajo la modalidad de cobertura denominada Claims Made:

MODALIDAD DE COBERTURA:

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento **base reclamación Claims-Made**, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

Con un periodo de retroactividad a partir del 30 de agosto del 2017 tal como se ilustra a continuación:

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir de: **AGOSTO 30 DE 2017**, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

Lo anterior implica que, como ya se dijo la póliza solo podrá afectarse cuando concurren los siguientes presupuestos: (i) que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y (ii) que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.

Sobre este punto debe quedar de presente que dentro de la póliza de seguro que se allega, constan las condiciones particulares que rigen contrato de seguro perfeccionado por las partes. Por ende, es menester que este honorable despacho se rija por el enunciado anteriormente subrayado de que para que el contrato de seguro pueda amparar el siniestro este debe ser reclamado durante la vigencia de la póliza, esto es dentro de este proceso entre el 31 de agosto del 2018 y 30 de agosto de 2019.

Así las cosas, debe precisarse desde ya que el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 660-88-994000000076, **NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL** para los hechos objeto de litigio, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados. En efecto, se observa que los hechos materia del litigio ocurrieron el 23 de abril de 2013, es decir, por fuera de la vigencia de la mentada póliza y por fuera de su periodo de retroactividad. Asimismo, la primera reclamación que los demandantes formularon a la Fundación Hospital San José de Buga se hizo el 21 de abril de 2023, es decir, la reclamación se produjo cuando el contrato de seguro todavía no se encontraba vigente.

En consecuencia, no existe legitimación en la causa por pasiva para vincular a mi representada a esta contienda, por cuanto para la fecha en la que se presentó la reclamación al asegurado no existía una póliza de seguro vigente que pudiera afectarse. En efecto, es fundamental que para que la Aseguradora pudiese ser vinculada a esta causa, se analizara por el convocante si, ciertamente, existía o no un aseguramiento que cumpliera con los prepuestos materiales y temporales que lo hicieran posible. Sin embargo, aquí refulge diáfano que no existía una póliza vigente para la fecha de la reclamación efectuada al asegurado, al menos no una expedida por mi representada, que pudiese vincularse en este asunto y resultara afectada en el hipotético evento de una sentencia desfavorable a los intereses de la demandada.

En tal sentido, debe necesariamente concluirse que no existe legitimación por parte Aseguradora Solidaria De Colombia E.C. para ser vinculada como llamada en garantía en este asunto

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

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

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

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

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

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

de la aseguradora, por causa de su realización<sup>36</sup>.

En orden de lo comentado, las condiciones estipuladas en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 660-88-99400000076, expedida por Aseguradora Solidaria de Colombia, indicarán el tope de su obligación indemnizatoria, en el remoto caso en que se profiera una sentencia en su contra. Tales condiciones fueron establecidas así:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2,000,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		2,000,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		2,000,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		2,000,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		2,000,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		400,000,000.00	0.00

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

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

**4. EL SEGURO CONTENIDO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS NO. 660-88-99400000076 ES DE CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO.**

Esta excepción se plantea en gracia de discusión y se soporta en el hecho de que el demandante pretermite el contenido de normas de orden público que consagran el carácter meramente indemnizatorio del seguro que sirvió de soporte a la presente demanda. Lo anterior, como se consagra en el artículo 1088 del Código de Comercio, establece que jamás el seguro podrá constituir fuente de enriquecimiento. Asimismo, el artículo 1127 ibidem, sólo obliga al asegurador a indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con ocasión de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley, siempre que no esté expresamente excluido en el contrato de seguro. Por lo tanto, con esa condición suprema, la responsabilidad del asegurador que se enmarca dentro del límite máximo asegurado, consistente en la obligación de pagar la indemnización, alcanzará solo hasta el monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado, como lo ordena el artículo 1089 ibidem, también infringida por la parte activa de esta acción.

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

<sup>36</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. MP. Jorge Antonio Castillo Rugeles. EXP 5952.

*“(…) 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 (...)”<sup>37</sup> (Negrita por fuera de texto).*

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

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

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

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

---

<sup>37</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065.

## **5. SUJECIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO, EN LA QUE SE IDENTIFICA LA PÓLIZA No. 660-88-99400000076, EL CLAUSULADO Y LOS AMPAROS**

Es preciso señalar que de acuerdo con lo contemplado en el artículo 1044 del Código de Comercio, Aseguradora Solidaria de Colombia E.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 del llamamiento contra mi representada, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., tal relación deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro denominado Póliza No. 660-88-99400000076., en la cual se encuentran contenidas las condiciones particulares de la póliza y por las condiciones generales.

## **6. EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES**

Sin que esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna, es pertinente insistir en que la obligación de la aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, convencionales o legales. Esto significa que la responsabilidad se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del respectivo contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada se limita a la suma asegurada, siendo este el tope máximo, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de daños y responsabilidad civil contiene el Código de Comercio, que en su artículo 1079 establece que “(...) *El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada (...)*”.

La obligación indemnizatoria a cargo de Aseguradora Solidaria. depende del contenido de la póliza suscrita y aceptada por las partes contratantes, por lo cual, se hace necesario destacar que la obligación de ésta no nace sino hasta cuando se realiza o se materializa el riesgo asegurado, pues es allí cuando surge el deber indemnizatorio de la compañía, bajo el entendido de que no se haya configurado una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad.

La póliza utilizada como fundamento contractual de la convocatoria, como cualquier contrato de seguro, se circunscribe a la cobertura expresamente estipulada en sus condiciones, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles (que es la porción que de cualquier siniestro debe asumir la entidad

asegurada), las exclusiones de amparo, la vigencia, etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial, que sirve de base para el llamamiento en garantía, al contenido de las condiciones de la póliza.

Consecuentemente la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende estrictamente de las diversas estipulaciones contractuales, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según esas condiciones y no a cualquier evento, ni a cualquier riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo.

En ese orden de ideas, solicito respetuosamente al señor Juez, declarar probada esta excepción.

#### **7. DISPONIBILIDAD DE LA SUMA ASEGURADA.**

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

#### **8. GENÉRICA, INNOMINADA Y OTRAS**

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

### **CAPITULO III:**

#### **FRENTE A LOS MEDIOS DE PRUEBA APORTADOS POR LA PARTE DEMANDANTE**

- **FRENTE AL MEDIO DE PRUEBA DENOMINADO “DICTAMEN PERICIAL”:**

De conformidad con lo establecido en el artículo 228 del Código General del Proceso en el que se indica “*La parte contra la cual se aduzca un dictamen pericial podrá solicitar la comparecencia del perito a la audiencia, aportar otro o realizar ambas actuaciones*”, procedo a solicitar la comparecencia del Doctor Jairo Augusto Casas Guerra, especialista en medicina general, a la audiencia en la que se lleve a cabo la práctica de pruebas, por ser las profesionales que elaboraron esta prueba. Lo anterior con el fin de llevar a cabo la contradicción de la referida prueba.

#### **MEDIOS DE PRUEBA:**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

- **DOCUMENTALES**

1. Copia de la carátula y de las condiciones particulares de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 660-88-994000000076.
2. Copia del condicionado general aplicable Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 660-88-994000000076.

- **INTERROGATORIO DE PARTE**

- a. Comedidamente solicito se cite a la señora MELISSA GALLEGO QUINCHÍA, para que absuelva el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.
- b. Comedidamente solicito se cite a la señora CATALINA ANDRA GALLEGO QUINCHÍA, para que absuelva el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.
- c. Comedidamente solicito se cite a la señora INES QUINCHÍA IBAGUE, para que absuelva el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo
- d. Comedidamente solicito se cite al señor ABSALON DE JESÚS GALLEGO ECHEVERRY, para que absuelva el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.
- e. Comedidamente solicito se cite al COMFANDI, para que absuelva el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El demandado podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su contestación.
- f. Comedidamente solicito se cite al señor FUNDACIÓN SAN JOSÉ DE BUGA, para que

absuelva el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El demandado podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su contestación.

- **DECLARACIÓN DE PARTE**

De conformidad con lo estipulado en el artículo 198 del Código General del Proceso, solicito se decrete la declaración de parte del Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y, especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de las Pólizas vinculada a este litigio.

- **TESTIMONIALES**

Respetuosamente me permito solicitar se decrete el testimonio de la doctora **DARLYN MARCELA MUÑOZ NIEVES**, identificada con la cédula de ciudadanía 1.061.751.492 de Popayán, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, 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 a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas, entre otros, del Contrato de Seguro objeto del presente litigio. La testigo puede ser citada en la Carrera 2 Bis No. 4-16 de Popayán, o en la dirección electrónica [darlingmarcela1@gmail.com](mailto:darlingmarcela1@gmail.com)

### ANEXOS

1. Documentos relacionados en el acápite de pruebas.
2. Poder especial otorgado al suscrito.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

### **NOTIFICACIONES**

A la parte actora y a la llamante en garantía, en las direcciones consignadas en los escritos de

demanda y de contestación de esta, respectivamente.

Mí representada, Allianz Seguros S.A., recibirán notificaciones en la Cl. 100 No. 9A – 45 P 12 de Bogotá D.C. Dirección electrónica: [notificaciones@solidaria.com.co](mailto:notificaciones@solidaria.com.co)

Al suscrito, en la Avenida 6 A Bis No. 35N–100, Oficina 212 de la ciudad de Cali; correo electrónico: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Cordialmente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D. C.

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