Señores

JUZGADO SEGUNDO (2) CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA

j02ccsmta@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA:	VERBAL
DEMANDANTES:	JORGE ALBERTO VILLARREAL RODRÍGUEZ Y OTROS
DEMANDADOS:	EPS SANITAS S.A.S, COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA Y OTROS
LLAMADO EN GARANTÍA:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C
RADICADO:	47-001-31-53-002-2024-00028-00

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y A LOS LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de representante legal de la sociedad **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.,** identificada con **NIT 900.701.533-7** y en tal calidad como apoderado general de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, sociedad cooperativa de seguros, sometida al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con NIT No. 860.028.415-5, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., tal y como se acredita con los certificados de existencia y representación que se anexan, en donde figura inscrito el poder general conferido a través de escritura pública No. 2779 otorgada el 2 de diciembre de 2021 en la Notaría. Comedidamente procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** formulada por Jorge Alberto Villarreal Rodríguez y otros y acto seguido a **CONTESTAR LOS LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA** formulados por la Compañía De Medicina Prepagada Colsanitas S.A y EPS Sanitas S.A.S. en contra de La Equidad Seguros Generales O.C.,

anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPITULO I

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO 1: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 2: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 3: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 4: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 5: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 6: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 7: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 8: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 9: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin embargo, en la historia clínica del paciente se evidencia que los médicos tratantes al momento de recetar dichos medicamentos actuaron con diligencia y según sus conocimientos debido a los diagnósticos que estaba presentando el paciente.

FRENTE AL HECHO 10: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 11: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para

ello.

FRENTE AL HECHO 12: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 13: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin embargo, es claro entender que en este tipo de procedimientos aun si la paciente tuviera varios días de ayuno cuando se diagnostica inflamación abdominal significan síntomas como estómago lleno, lo que genera que el procedimiento del ayuno no sea relevante para algún tipo de intervención.

FRENTE AL HECHO 14: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 15: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo

caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 16: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin embargo, es claro entender que en este tipo de procedimientos aun si la paciente tuviera varios días de ayuno cuando se diagnostica inflamación abdominal significan síntomas como estómago lleno, lo que genera que el procedimiento del ayuno no sea relevante para algún tipo de intervención.

FRENTE AL HECHO 17: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin embargo, es claro entender que en este tipo de procedimientos aun si la paciente tuviera varios días de ayuno cuando se diagnostica inflamación abdominal significan síntomas como estómago lleno, lo que genera que el procedimiento del ayuno no sea relevante para algún tipo de intervención.

FRENTE AL HECHO 18: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el

artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 19: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin embargo, en dichos procedimientos no es necesario realizar una valoración preanestésica del paciente porque se trata de una urgencia vital por lo cual es necesario el actuar rápido por parte del personal médico.

FRENTE AL HECHO 20: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 21: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 22: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues

se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 23: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 24: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin embargo, en dichos procedimientos no es necesario realizar una valoración preanestésica del paciente porque se trata de una urgencia vital por lo cual es necesario el actuar rápido por parte del personal médico.

FRENTE AL HECHO 25: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 26: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 27: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 28: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin embargo, es importante aclarar que algunos de esos productores de vía área no se ven a simple vista por parte del personal médico lo que genera que su diagnóstico sea impredecible.

FRENTE AL HECHO 29: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 30: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 31: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 32: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 33: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin embargo, es importante aclarar que algunos de esos productores de vía área no se ven a simple vista por parte del personal médico lo que genera que su diagnóstico sea impredecible.

FRENTE AL HECHO 34: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 35: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin embargo, es importante aclarar que en todo caso los médicos generales están acreditados para realizar el procedimiento de intubación cuando el paciente y la situación lo ameriten.

FRENTE AL HECHO 36: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 37: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 38: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 39: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 40: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin embargo, es importante aclarar que en todo caso los médicos generales están acreditados para realizar el procedimiento de intubación cuando el paciente y la situación lo ameriten.

FRENTE AL HECHO 41: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin embargo, es importante aclarar que algunos de esos productores de vía área no se ven a

simple vista por parte del personal médico lo que genera que su diagnóstico sea impredecible.

FRENTE AL HECHO 42: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 43: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin embargo, es importante aclarar que en todo caso los médicos generales están acreditados para realizar el procedimiento de colocación de catéter cuando el paciente y la situación lo ameriten.

FRENTE AL HECHO 44: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 45: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas

útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 46: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 47: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 48: No es un hecho, en virtud de que no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar, pues simplemente plantea una apreciación subjetiva frente a la realización de los procedimientos, lo cual no se evidencia en el apartado de la historia clínica. De hecho, lo que en efecto se corrobora es que, las entidades médicas actuaron conforme a los resultados obtenidos en los exámenes practicados y síntomas que padecía la paciente, prestando así el servicio de forma adecuada ajustándose a los protocolos de la lex artis, y destinándose todos los medios para para procurar el bienestar del paciente.

FRENTE AL HECHO 49: No es un hecho, en virtud de que no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar, pues simplemente plantea una apreciación subjetiva frente a la realización de los procedimientos, lo cual no se evidencia en el apartado de la historia clínica. De hecho, lo que en

efecto se corrobora es que, las entidades médicas actuaron conforme a los resultados obtenidos en los exámenes practicados y síntomas que padecía la paciente, prestando así el servicio de forma adecuada ajustándose a los protocolos de la lex artis, y destinándose todos los medios para para procurar el bienestar del paciente.

FRENTE AL HECHO 50: No es un hecho, en virtud de que no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar, pues simplemente plantea una apreciación subjetiva frente a la realización de los procedimientos, lo cual no se evidencia en el apartado de la historia clínica. De hecho, lo que en efecto se corrobora es que, las entidades médicas actuaron conforme a los resultados obtenidos en los exámenes practicados y síntomas que padecía la paciente, prestando así el servicio de forma adecuada ajustándose a los protocolos de la lex artis, y destinándose todos los medios para para procurar el bienestar del paciente.

FRENTE AL HECHO 51: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 52: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 53: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues

se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 54: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por La Equidad Seguros O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin embargo, es importante aclarar que en todo caso los médicos generales están acreditados para realizar el procedimiento de intubación cuando el paciente y la situación lo ameriten.

FRENTE AL HECHO 55: No es un hecho, en virtud de que no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar, pues simplemente plantea una apreciación subjetiva frente a la realización de los procedimientos, lo cual no se evidencia en el apartado de la historia clínica. De hecho, lo que en efecto se corrobora es que, las entidades médicas actuaron conforme a los resultados obtenidos en los exámenes practicados y síntomas que padecía la paciente, prestando así el servicio de forma adecuada ajustándose a los protocolos de la lex artis, y destinándose todos los medios para para procurar el bienestar del paciente.

II. OPOSICIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRIMERO: ME OPONGO a que se declare y reconozca civilmente responsables a los demandados de los supuestos daños y perjuicios ocasionados a los demandantes. Toda vez que en este caso no se probó que las entidades demandas ni sus médicos adscritos hayan incumplido con alguna obligación a su cargo. En ese punto debe tenerse en consideración que a

quien le asiste la carga de la prueba en el caso de marras es al Demandante, quien no allegó ningún medio de prueba tendiente a acreditar que las entidades médicas o sus médicos adscritos hayan incurrido en una la culpa técnica y en una deficiente atención médica, quirúrgica y hospitalaria. Por el contrario, se observa dentro del proceso que se prestaron todas las atenciones médicas necesarias y suficientes para tratar sus diagnósticos. Además, se practicó todos los procedimientos conforme a la lex artis sin que se observe ningún actuar culposo o doloso del facultativo.

Adicional a ello, las entidades demandadas demostraron un cumplimiento continuo y riguroso de sus obligaciones como aseguradoras en salud, pues la aseguradora le brindo y autorizo todos aquellos servicios y atenciones que requirió la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) para su atención médica por sus complicaciones de salud.

FRENTE A LA SEGUNDA: ME OPONGO a la presente pretensión como quiera que es consecuencial de la anterior, por lo que todos los perjuicios solicitados por la parte Demandante, por sustracción de materia, no deben reconocerse. Concretamente me opongo así:

- **Oposición frente al "DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN" a favor de JORGE ALBERTO VILLARREAL RODRIGUEZ, JORGE ALBERTO VILLARREAL GÓNGORA y DANIEL VILLARREAL GÓNGORA:**

ME OPONGO a que se condene a la entidad demandada a pago alguno a título de DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN solicitado por los Demandantes, por cuanto no se deriva incumplimiento contractual por parte de la entidad demandada por el contrario a lo largo de este escrito contestarlo se ha puesto de presente a través de los fragmentos de la historia clínica el cumplimiento con las obligaciones médicas a cargo de la clínica, puesto que en cada asistencia al servicio se realizaron los exámenes físicos pertinentes, se remitía a la realización de procedimientos, se indicaban recomendaciones generales y se señalaban los signos de alarma. Así como también, se encuentra probado el cumplimiento de las obligaciones administrativas en cabeza de las entidades

demandadas como aseguradoras en salud. En consideración a lo anterior, es inadmisible que este despacho reconozca a título de perjuicio por daño a la vida de relación en el ámbito contractual suma alguna, puesto que, no se ha generado incumplimiento por parte de las demandadas, en atención a que estas no negaron la prestación del servicio médico, ni incurrieron en ninguna falla en la prestación del servicio médico a la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D). Además, los señores Jorge Alberto Villarreal Rodríguez, Jorge Alberto Villarreal Góngora y el joven Daniel Villarreal Góngora no son víctimas directas y por esa razón no hay lugar a su reconocimiento. Finalmente, tampoco se encuentran plenamente acreditados las causas o motivos que configuran dificultades emocionales del disfrute de las cosas, dificultades sociales o las barreras necesarias para acceder a el disfrute de la vida común que dificulten el transcurso de su diario vivir, así como el nexo causal entre la conducta desplegada por el agente y la materialización de este daño en el caso de marras.

- **Oposición frente al "DAÑO MORAL" a favor de JORGE ALBERTO VILLARREAL RODRIGUEZ, JORGE ALBERTO VILLARREAL GÓNGORA y DANIEL VILLARREAL GÓNGORA:**

ME OPONGO a que se condene a la entidad demandada a pago alguno a título de PERJUICIO MORAL solicitado por los Demandantes, por cuanto no se deriva incumplimiento contractual por parte de la entidad demandada por el contrario a lo largo de este escrito contestarlo se ha puesto de presente a través de los fragmentos de la historia clínica el cumplimiento con las obligaciones médicas a cargo de la clínica, puesto que en cada asistencia al servicio se realizaron los exámenes físicos pertinentes, se remitía a la realización de procedimientos, se indicaban recomendaciones generales y se señalaban los signos de alarma. Así como también, se encuentra probado el cumplimiento de las obligaciones administrativas en cabeza de las entidades demandadas como aseguradora en salud. En consideración a lo anterior, es inadmisible que este despacho reconozca a título de perjuicio moral en el ámbito contractual suma alguna, puesto que, no se ha generado incumplimiento por parte de las demandadas, en atención a que estas no negaron la prestación del

servicio médico, ni incurrieron en ninguna falla en la prestación del servicio médico a la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D).

- **Oposición frente al "LUCRO CESANTE CONSOLIDADO" a favor de JORGE ALBERTO VILLARREAL RODRIGUEZ, JORGE ALBERTO VILLARREAL GÓNGORA y DANIEL VILLARREAL GÓNGORA:**

ME OPONGO al reconocimiento y pago del lucro cesante consolidado en favor Jorge Alberto Villarreal Rodríguez, Jorge Alberto Villarreal Góngora y Daniel Villarreal Góngora toda vez que no se acreditó por medio de prueba útil, conducente y pertinente los ingresos percibidos por la víctima, la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D), con anterioridad a su fallecimiento y, adicionalmente, no se allegó prueba alguna que acredite la relación de dependencia económica entre Jorge Alberto Villarreal Rodríguez, Jorge Alberto Villarreal Góngora y Daniel Villarreal Góngora y la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D).

Además de lo antes indicado, esto es, que no se acredita bajo ningún documento la frustración económica sobre la cual los demandantes liquidan dichos perjuicios, debe indicarse que no hay lugar al reconocimiento de dichos perjuicios, comoquiera que no se encuentra acreditada en el expediente, la relación de dependencia entre el señor Jorge Alberto Villarreal Góngora (hijo) y la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D). Conforme al Registro Civil de Nacimiento del señor Jorge Alberto Villarreal Góngora, se tiene que este tenía 24 años al momento del fallecimiento de su madre, sin embargo, no se aporta certificado de estudio con el que pudiera demostrarse la obligación alimentaria que aún se encontrara a cargo de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) y como se indicó anteriormente, ningún elemento material probatorio del que pueda predicarse su dependencia económica, de tal suerte que no existió frustración económica para esta. Igualmente, es incorrecta y me opongo a que se incremente en un 25% de prestaciones sociales porque dentro del plenario no se acredito con documentos idóneos que la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) tuviera vínculo laboral vigente.

- **Oposición frente al "LUCRO CESANTE FUTURO" a favor de JORGE ALBERTO VILLARREAL RODRIGUEZ, JORGE ALBERTO VILLARREAL GÓNGORA y DANIEL VILLARREAL GÓNGORA:**

ME OPONGO al reconocimiento y pago del lucro cesante futuro en favor Jorge Alberto Villarreal Rodríguez, Jorge Alberto Villarreal Góngora y Daniel Villarreal Góngora toda vez que no se acreditó por medio de prueba útil, conducente y pertinente los ingresos percibidos por la víctima, la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D), con anterioridad a su fallecimiento y, adicionalmente, no se allegó prueba alguna que acredite la relación de dependencia económica entre Jorge Alberto Villarreal Rodríguez, Jorge Alberto Villarreal Góngora y Daniel Villarreal Góngora y la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D).

- **Oposición frente al DAÑO EMERGENTE a favor de JORGE ALBERTO VILLARREAL RODRIGUEZ, JORGE ALBERTO VILLARREAL GÓNGORA y DANIEL VILLARREAL GÓNGORA:**

ME OPONGO, pues el daño emergente ha sido desarrollado jurisprudencialmente como la tipología de perjuicios que comprende la pérdida de elementos patrimoniales como consecuencia de los hechos dañosos, sin embargo, ha establecido ampliamente que para la procedencia del reconocimiento de los mismos resulta totalmente necesario acreditarlos dentro del proceso, carga que le asiste al reclamante de los perjuicios. Bajo estos derroteros, en el caso particular es completamente improcedente reconocimiento alguno a título de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta, clara y suficiente que acredite las sumas solicitadas por el extremo actor. Es claro que la parte Demandante tenía entre sus mandatos como parte actora, toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, la cuantía de los daños por los cuales se está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. A efectos de entender la tipología de dichos perjuicios, vale la pena rememorar lo indicado por la honorable Corte Suprema de Justicia con

respecto a la definición del daño emergente en los siguientes términos:

> *"De manera, que el daño emergente comprende la pérdida misma de elementos patrimoniales, las erogaciones que hayan sido menester o que en el futuro sean necesarios y el advenimiento de pasivo, causados por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Dicho en forma breve y precisa, el daño emergente empobrece y disminuye el patrimonio, pues se trata de la sustracción de un valor que ya existía en el patrimonio del damnificado; en cambio, el lucro cesante tiende a aumentarlo, corresponde a nuevas utilidades que la víctima presumiblemente hubiera conseguido de no haber sucedido el hecho ilícito o el incumplimiento".*[1]

Con fundamento de lo anterior, podemos concluir que el daño emergente comprende la pérdida de elementos patrimoniales, causada por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Ahora bien, la parte Demandante manifiesta que, por ocasión a "por gastos funerarios" se causaron gastos. Sin embargo, no obra en el expediente una sola prueba que permita determinar efectivamente la acusación de dichos perjuicios o que prueben si quiera sumariamente la existencia de algún tipo de daño emergente consolidado o futuro en las sumas que alegan. Por el contrario, lo que se evidencia es que el extremo actor fundamenta su petición en una mera aseveración sin fundamento probatorio alguno.

FRENTE A LA TERCERA: ME OPONGO a la prosperidad de la indexación a la condena, en tanto que esta pretensión resulta consecuencial a la pretensión principal y al ser aquella improcedente, esta también debe ser desestimada.

FRENTE A LA CUARTA: ME OPONGO a que se condene a los demandados al pago de los gastos

[1] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia SC20448-2017. M.P. Margarita Cabello Blanco

del proceso, costas y agencias de derecho por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo. En su lugar, solicito condena en costas y agencias en derecho para la parte demandante.

III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con lo establecido en el inciso primero del Art. 206 del CGP[2] y con el fin mantener un equilibrio procesal, garantizar pedimentos razonables y salvaguardar el derecho de defensa de mi procurada, procedo a **OBJETAR** el Juramento Estimatorio de la Demanda. Lo mencionado, toda vez que se evidencia la ausencia de pruebas que permitan inferir la viabilidad del reconocimiento de las sumas que se indican en dicho acápite.

En cuanto a la categoría de daños patrimoniales o materiales, representado tanto en el daño emergente, como en el lucro cesante consolidado y futuro que fuera solicitado en la demanda. Objeto su cuantía en atención a que la parte Demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, puesto que no aportó prueba detallada del perjuicio cuya indemnización depreca. Lo anterior, en tanto respecto del daño emergente no existe en el plenario del proceso prueba o elemento de juicio suficiente que permita acreditar el daño, pues no obra prueba alguna que acredite la cuantía del daño, comoquiera que el resarcimiento pretendido por los supuestos gastos funerarios en los que incurrió la parte demandante no consta de ningún tipo de sustento más allá de su dicho. Adicionalmente, no obra en el plenario prueba que permita establecer los demás gastos que asegura el extremo actor haber

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

sufragado.

Ahora bien, no resulta procedente lo solicitado respecto del reconocimiento y pago en favor de Jorge Alberto Villarreal Rodríguez, Jorge Alberto Villarreal Góngora y Daniel Villarreal Góngora de sumas de dinero por concepto de lucro cesante consolidado y futuro; lo anterior, en tanto que:

i) No se ha acreditado la actividad productiva que desarrollaba la señora la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) y los ingresos percibidos por ella, de tal manera que no se cumple con los criterios exigidos para dicha reclamación, en la medida que el lucro cesante deber ser "cierto, es decir, que supone una existencia real, tangible, no meramente hipotética o eventual. (...) Vale decir que el lucro cesante ha de ser indemnizado cuando se afinca en una situación real, existente al momento del evento dañino, condiciones estas que, justamente, permiten inferir, razonablemente, que las ganancias o ventajas que se percibían o se aspiraba razonablemente a captar dejarán de ingresar al patrimonio fatal o muy probablemente (…)"[3]. Así, resulta evidente que para reconocer la indemnización del lucro cesante es necesario, de un lado, estar en presencia de una alta probabilidad de que la ganancia esperada iba a obtenerse y, de otro, que sea susceptible de avaluársele concretamente, sin que ninguna de estas premisas se cumpla en este evento.

   Además de lo antes indicado, esto es, que no se acredita bajo ningún documento la frustración económica sobre la cual los demandantes liquidan dichos perjuicios, debe indicarse que no hay lugar al reconocimiento de dichos perjuicios, comoquiera que no se encuentra acreditada en el expediente, la relación de dependencia entre el señor Jorge Alberto Villarreal Góngora (hijo) y la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D). Conforme al Registro Civil de Nacimiento del señor Jorge Alberto Villarreal Góngora, se tiene que este tenía 24 años al momento del fallecimiento de su madre, sin embargo, no se aporta certificado de estudio con el que pudiera demostrarse la obligación alimentaria que aún se

[3] CSJ SC, 24 Junio de 2008, Rad. 2000-01141-01.

encontrara a cargo de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) y como se indicó anteriormente, ningún elemento material probatorio del que pueda predicarse su dependencia económica, de tal suerte que no existió frustración económica para esta. Igualmente, es incorrecta y me opongo a que se incremente en un 25% de prestaciones sociales porque dentro del plenario no se acredito con documentos idóneos que la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) tuviera vínculo laboral vigente.

Por tanto, resulta evidente que el valor pedido no está estimado de manera razonada, pues el lucro cesante exigido por la parte actora no está sustentado mediante prueba o elemento de juicio suficiente para acreditar la cuantía de la pérdida que alega, esto debido a que lo esgrimen en meras aseveraciones sin fundamento. Ahora bien, teniendo en cuenta que la Corte Suprema de Justicia ha sido clara en determinar que la prueba de la acusación del daño es un elemento indispensable para reconocer el pago, las estimaciones hechas por esta pretensión no tienen sustento jurídico alguno.

Igualmente, el daño emergente consolidado como futuro solicitado por los Demandantes se entienden como la pérdida de elementos patrimoniales, causada por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Ahora bien, la parte Demandante manifiesta que, por ocasión a “gastos funerarios” se causaron gastos. Sin embargo, no obra en el expediente una sola prueba que permita determinar efectivamente la acusación de dichos perjuicios o que prueben si quiera sumariamente la existencia de algún tipo de daño emergente consolidado o futuro en las sumas que alegan.

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

siguiente:

> *"(…) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel incumplimiento,* ***y que los mismos sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración****, como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada.[4]"* (Subrayado fuera del texto original)

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

> *"Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que "(…)* ***la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso****; [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (…)"*[5](Subrayado fuera del texto original).

En virtud de lo expuesto, resulta claro que el extremo actor desconoció los mandato legales y jurisprudenciales citados, dado que su estimación no obedece a un ejercicio razonado sino meramente especulativo. Razón por la cual, objeto el juramento estimatorio presentado por el extremo actor y solicito se impongan la sanción prevista en el artículo 206 del Código General del Proceso.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

[4] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. Mp. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299 .

[5] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. Mp Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

1. **EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIENES FORMULARON LOS LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA A MI REPRESENTADA.**

Coadyuvo las excepciones propuestas por la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A, y EPS SANITAS sólo en cuanto las mismas no perjudiquen los intereses de mi representada y bajo ese mismo tenor formulo las siguientes:

2. **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A y EPS SANITAS, COMO CONSECUENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES QUE LES CORRESPONDEN**

Lo primero que debe tener en consideración su Despacho, es que EPS Sanitas S.A.S., a pesar de ser la entidad promotora de salud a la cual según las pruebas que obran en el expediente se encontraba afiliada la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D), no fue bajo su cobertura o decisión que la señora Miriam ingresó a la Clínica PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA, por lo tanto, es correcto afirmar que no le es oponible o imputable responsabilidad alguna a la entidad EPS por atención medica que no autorizó bajo su plan de beneficios en salud. Ahora bien en cuanto a la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A, si bien se observa en la historia Clínica de PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA que fue bajo dicho convenio entre las dos entidades que se atendió a la paciente, lo cierto es que no está probado dentro del proceso algún tipo de responsabilidad de los galenos que atendieron a la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D), pues contrario a lo afirmado por los demandantes, se ha demostrado que la atención si fue perita y diligente, luego la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A garantizó el acceso a todos los servicios de salud lo cual es la única obligación a su cargo, comoquiera que la prestación del servicio de manera directa no es su objeto social, sino que eso se hace a través de las IPS y no le pueden imputar responsabilidad cuando su obligación simplemente es garantizar el acceso al servicio, lo cual se hizo oportunamente.

Esta excepción se funda, entre otros, en el hecho de que tanto la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A como EPS Sanitas S.A.S., están siendo vinculadas a este proceso con base en el aseguramiento en salud que prestan como la medicina prepagada por donde se atendió a la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) y la EPS a la cual ella estaba afiliada, en virtud de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se traslada el riesgo de salud a la EPS escogida por el usuario con el ánimo que ésta última lo administre y gestione en el marco del Plan de Beneficios en Salud. El cual constituye las prestaciones asistenciales a las que se tiene derecho en virtud de la referida afiliación, que son brindadas, a su turno, por los prestadores de servicios de salud contratados por el aseguramiento[6].

De manera fundante en la Ley 100 de 1993, se definió el alcance de las responsabilidades asignadas a las Empresas Promotoras de Salud, indicando con total claridad que aquellas corresponden a organizar y garantizar la prestación del Plan de Salud Obligatorio hoy denominado Plan de Beneficios y girar los recursos para la atención médica de manera oportuna de sus afiliados. Así las cosas, el aseguramiento constituye todas aquellas labores administrativas que realiza la EPS para garantizar que los servicios de salud requeridos por el afiliado sean dispensados por la red de IPS contratadas y la medicina prepagada garantiza el acceso a todos los servicios de salud lo cual es su única obligación a su cargo, comoquiera que la prestación del servicio de manera directa no es su objeto social. Siendo para ello, una de las labores más importantes, la autorización de los servicios de salud por parte de la EPS.

Por consiguiente, el rasero con el que debe observarse el actuar de las entidades promotoras de salud corresponde a calificar su diligencia para autorizar y permitir la atención médica en su papel de asegurador, por lo que solo se les puede deprecar su proceder en la facilitación de los servicios y tratamientos médicos, así como posibilitar el acceso a los medicamentos ordenados por el

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

personal médico de las instituciones prestadoras de salud, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007. Así las cosas, bajo ninguna circunstancia se le transfiere a las EPS la prestación de los servicios médicos asistenciales, diagnósticos o indicación farmacológica, sino la garantía de acceder a ellos.

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

> *"Para que el juez declare que un hecho es obra de un agente, deberá estar probado en el proceso (sin importar a quien corresponda aportar la prueba), que el hecho desencadenante del daño ocurrió bajo su esfera de control y que actuó o dejó de actuar teniendo el deber jurídico de evitar el daño. El juicio de imputación del hecho quedará desvirtuado si se demuestra que el demandado no tenía tal deber de actuación."*[7]

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

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

En ese orden de ideas, la ley dispone que el alcance de las obligaciones de la EPS se circunscribe a garantizar los servicios de salud requeridos por el afiliado, sin que pueda llegar a entenderse que

[7] Sentencia SC13925 del 24 de agosto de 2016, M.P. Ariel Salazar Ramírez.

esta se extienda a la prestación directa de los servicios médicos, pues evidentemente esta es una función de las IPS, al igual que la medicina prepagada tiene como obligación velar únicamente por el acceso a todos los servicios de salud.

Por lo tanto, en el caso concreto la responsabilidad de COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A, y EPS Sanitas S.A.S. siendo la EPS a la cual ella estaba afiliada únicamente podrá comprometerse si estas no hubieran asumido, administrado y gestionado los riesgos de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) y no hubiese realizado todas aquellas labores administrativas que realizan las entidades promotoras de salud para garantizar que los servicios de salud requeridos por el afiliado hubieran sido proporcionados. Todo esto sin perjuicio del hecho que tampoco se observa se reúnan los elementos necesarios para que pueda haber una responsabilidad civil profesional por parte de las IPS respecto a la prestación del servicio de salud.

Considerando lo anterior, la EPS Sanitas S.A.S. ha cumplido con sus obligaciones contractuales, pero además es ajena a este litigio por cuanto no fue bajo su orbita que la paciente recibió la atención en salud, ahora bien en lo que respecta a Colsanitas aquella no es responsable de ninguna manera por cuanto facilitó el acceso a la atención médica requerida por la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) y las prescripciones médicas del equipo de profesionales de la salud que intervinieron en la atención prodigada en la Clínica PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA. Con fundamento en lo expuesto, debe señalarse entonces que ni la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A, siendo la medicina prepagada por donde se atendió a la señora Miriam y EPS Sanitas S.A.S. en su calidad de entidad promotora de salud, pueden ser responsables del hecho que se les imputa. Pues ha sido la entidad que emitió todas las autorizaciones requeridas por la paciente, garantizó la continuidad, calidad, seguridad e idoneidad técnico-científica en la prestación de los servicios de salud y realizó el acompañamiento requerido para el caso de marras y no fue quienes autorizaron la atención en la Clínica de PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA.

Entonces, se puede dilucidar que incluso en el líbelo de demanda, se echa de menos que los accionantes hayan alegado como hecho generador del daño la falta o dilación en la autorización de servicios de salud, o que deja ver que Colsanitas actuó dentro del marco de las obligaciones que tenía a su cargo.

En conclusión, no es dable endilgar responsabilidad a la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A, siendo la entidad a través de la cual se autorizó la atención de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) y mucho menos de EPS Sanitas S.A.S. quien no tuvo intervención alguna, en tanto no existió dilación administrativa, falta de autorización de servicios o semejantes que hayan ocasionado el daño alegado, por el contrario siempre se procuró todas las actuaciones tendientes a facilitar el acceso de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) a todos los servicios de salud que requirió en atención a la evolución de todas y cada una de sus patologías. Lo anterior por cuanto dio trámite a cada una de las órdenes médicas proferidas por los especialistas tratantes, profirió las respectivas autorizaciones para procedimientos y medicamentos que requería el paciente en cada uno de sus estadios de salud. Tan es así, que dentro de la demanda no se evidencia ninguna irregularidad o reproche por parte del apoderado de la parte demandante en lo atinente a la asignación de citas, acceso a procedimientos o medicamentos requeridos, así como tampoco ninguna dilación respecto de alguna autorización de servicios de salud. Razón por la cual, es improcedente proferir condena alguna en contra de EPS Sanitas S.A.S. en su programa de entidad promotora de salud, y de la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A, siendo la medicina prepagada por cuanto han dado cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales y normativas que estaban a su cargo desde el primer momento en que se afilió la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) y a lo largo de toda su estancia hospitalaria. Lo anterior por cuanto las demandadas ha sido las entidades que emitieron todas las autorizaciones requeridas por la paciente, garantizó la continuidad, calidad, seguridad e idoneidad técnico-científica en la prestación de los servicios médicos y realizó el acompañamiento requerido para el caso de marras y se garantizó el acceso a todos los servicios de salud lo cual es su única obligación a su cargo, comoquiera que la prestación del servicio de manera directa no es su objeto social. Máxime, cuando

en el ámbito de su actividad de aseguramiento autorizó el suministro y cobertura de los servicios de salud requeridos por el paciente de forma adecuada y ajustada a su condición clínica sin imponer barreras administrativas. Por lo anterior, solicito señor Juez tenga como probada esta excepción.

3. INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL ENTRE QUE LA ATENCIÓN Y ACTUACIONES PRESTADAS EN LA CLÍNICA PERFECT MODY MEDICAL CENTER HAYAN GENERADO EL FALLECIMIENTO DE LA SEÑORA LUZ GÓNGORA

Del análisis integral de los elementos probatorios, resulta claro que lo solicitado por el extremo actor no tiene sustento jurídico alguno, comoquiera que no obra en el expediente prueba alguna que pueda demostrar un nexo causal entre las actuaciones desplegadas por los demandantes y el daño sobre el cual fundamenta su causa pretendi. Dicho de otra manera, el extremo actor se limita a describir una serie de hechos sin acreditar que el equipo médico de la Clínica PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA haya cometido algún supuesto error o falla que haya causado el deceso de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) como consecuencia del servicio médico prestado, es decir que puntualmente no se deja ver cual era el proceder adecuado y que se echó de menos que hubiese conllevado a un resultado diferente. Por lo tanto, no es posible endilgar responsabilidad alguna al extremo actor comoquiera que el nexo causal es elemento esencial para que se pueda estructurar la responsabilidad, la cual genera la reparación, por lo que su ausencia implica la imposibilidad de pretender declaratoria de responsabilidad.

Frente a este particular será preciso advertir que la responsabilidad médica es una institución jurídica que le permite al paciente y a los familiares reclamar el resarcimiento de perjuicios causados como consecuencia de un acto médico culposo, producido por parte de una institución prestadora de servicios de salud. Por tanto, para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, es necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico. No obstante, se debe tener en cuenta que el régimen de responsabilidad médica, se le permite al presunto causante del daño

enervar dicha pretensión que busca la declaratoria de responsabilidad, mediante la acreditación de un actuar diligente y cuidadoso durante los procedimientos suministrados a los pacientes. Es decir, si la institución prestadora de servicios de salud logra probar el curso de un proceso judicial que su actuar fue diligente, enervará la responsabilidad que el demandante busca declarar en contra suya.

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

> *"(…) La comunicación de que la obligación médica **es de medio y no de resultado**, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacérsele saber cuál es la responsabilidad médica (…)"*[8] *(Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

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

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

Así mismo, la H. Corte Suprema de Justicia en fallo reciente se pronunció de la siguiente forma:

[8] Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996. M.P.: Alejandro Martínez Caballero

*"(…) **El médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo**; de suerte que, en caso de reclamación, **éste deberá probar la culpa del médico**, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación (…)" (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

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 Ordinaria en su especialidad 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 H. Corte Suprema de Justicia ha sido claro en establecer:

"(…) De esa manera, si el galeno fija un objetivo específico, lo 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 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 las mismas o las condiciones propias del afectado, entre otros (…)

*El criterio de normalidad está ínsito en la lex artis, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida**. En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente***

> ***<u>afectado que demuestre, en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia</u>****, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico (…)"*[9] *(Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

En los mismos términos, en reciente pronunciamiento de la H. Corte Suprema de Justicia reiteró la naturaleza de la prestación del servicio médico y la obligación recae en el demandante para acreditar la culpa:

> *"(…) Suficientemente es conocido, en el campo contractual, la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las "estipulaciones especiales de las partes" artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.*
>
> *La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento.* ***<u>Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume</u>*** *(…)"*[10]

Previo al análisis que se realizará respecto de la diligencia del extremo pasivo de la litis, es menester precisar el contenido obligacional al que están sometidos los médicos y el régimen jurídico que de este se desprende. Esto es, la sujeción a una obligación de medios en la práctica de los actos médicos y el régimen subjetivo de responsabilidad que le es aplicable en consecuencia. Así se

[9] Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC3272-2020. M.P.: Luis Armando Tolosa Villabona
[10] Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC7110- 2017. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona

encuentra en el Art. 26 de la ley 1164 de 2007, el fundamento legal de la obligación de medios del médico en los siguientes términos:

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

De acuerdo con los mandatos legales y jurisprudenciales citados, resulta claro que las obligaciones del cuerpo médico profesional son obligaciones de medio y no de resultado. Es por ello que en ninguna de sus actuaciones puede garantizarse un resultado determinado, pero sí pueden probar en debida forma que las mismas se sujetaron a los más altos estándares médicos, mostrando un alto grado de diligencia y cuidado en sus actividades, como en efecto sucedió.

Teniendo en cuenta que en el caso concreto no está acreditado y demostrado el nexo causal entre el actuar de la clínica y los galenos que atendieron a la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D), con del deceso de la misma, dado que de las pruebas que obran en el plenario se puede colegir que no se ha probado técnicamente cual fue el supuesto error o falla del acto médico prestado en la Clínica PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA. Por el contrario, se ha demostrado que la cirugía terminó sin ninguna complicación generando que se demuestre que no existe relación entre el fallecimiento y el procedimiento efectuado, por lo que no hay lugar a la existencia de responsabilidad patrimonial en los términos del artículo 90 constitucional.

Incluso nótese como la Corte Suprema de Justicia ha precisado que, tratándose de estas obligaciones de medio, le corresponde a la parte demandante probar que los galenos han incurrido en culpa, pues de lo contrario no podrán acogerse sus pretensiones. Veamos entonces la

conceptualización que sobre este ítem se ha realizado:

> *"(…) **la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada**, salvo cuando en virtud de las "estipulaciones especiales de las partes" (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.*
>
> *La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. **Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico**, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.*
>
> *Como tiene explicado la Corte, "(…) [s]i, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio específico**, éste debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquél en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente**, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que, con estricto apego al contenido del contrato, pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado (…)"*

Ante la ausencia de pruebas que permitan deducir al juez la existencia de un nexo causal entre el fallecimiento de la señora Miriam con el actuar de los médicos de la clínica PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA, puede entonces determinarse que la responsabilidad patrimonial del Hospital no existe. De este modo, al no existir probado algún tipo error o falla del acto médico prestado en la Clínica por el cual sea posible endilgar responsabilidad a la Clínica PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA, por los hechos aquí narrados, el extremo pasivo deberá ser eximido de toda responsabilidad. Se puede concluir entonces que la parte Demandante no ha aportado ningún medio de prueba que permita acreditar la existencia de un nexo causal, el cual es el elemento estructural en materia de responsabilidad, que debe ser probado dentro del proceso. En efecto, se puede afirmar con total contundencia, que no existe ninguna prueba idónea y conducente que demuestre la existencia de algún tipo de error o falla del actuar de los médicos de la clínica que haya generado el fallecimiento de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) con ocasión a los servicios médicos prestados por parte de la Clínica PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA. En consecuencia, al no existir ninguna prueba que acredite su responsabilidad, es jurídicamente improcedente endilgarle cualquier obligación indemnizatoria.

Lo anterior implica que la parte demandante tiene la carga de acreditar que la parte demandada incurrió en un actuar culposo en la prestación del servicio médico y precisar con exactitud la forma en que ello habría ocurrido, pues no basta con alegar un presunto daño que en todo caso a juicio de esta representación es inexistente, sino que debe fincarse el hecho lesivo en un razonamiento técnico del porqué en este caso los galenos habrían incurrido en culpa, pero contrario a ello, en el plenario no obra prueba alguna que permita así sea sumariamente pensar que por la atención prestada pudiera estructurarse la responsabilidad a cargo de los demandados.

En conclusión, se tiene que los galenos que atendieron a la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) cumplieron con todos los parámetros médicos y la lex artis para el adecuado procedimiento realizado, logrando un resultado satisfactorio. Sin embargo, ninguna responsabilidad acaece en

contra de la pasiva por la ocurrencia del deceso de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) , pues no se ha probado que aquel comporte un hecho culposo atribuible a los profesionales de la salud. En síntesis, mientras no se pruebe la culpa es imposible estructurar un juicio de responsabilidad a cargo de la parte demandada.

Por lo expuesto, solicito respetuosamente se declare probada esta excepción.

4. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA Y DE RESPONSABILIDAD, DEBIDO A LA PRESTACIÓN DILIGENTE, OPORTUNA, ADECUADA, CUIDADOSA Y DEL EXTREMO PASIVO.

En el caso que nos atañe, no existe falla médica que se pueda imputar a la Clínica PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA., a sus galenos, ni a COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.y mucho menos a EPS SANITAS por la atención médica prestada a la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D), dado que el accionar del personal médico fue adecuado y diligente desde su ingreso a las instalaciones de la clínica. Desde el momento de su llegada, la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) fue atendida oportunamente y la conducta de las demandadas siempre estuvo permeada por la prudencia, diligencia, pericia y cumplimiento de la lex artis, tanto así que el demandante no ha logró probar donde está la conducta reprochable del médico tratante a la que se le está atribuyendo su fallecimiento. Lo que indica claramente que, se aseguraron los estándares de la más alta calidad para la realización del procedimiento, se brindó la supervisión y cuidados posteriores a la operación que se realizó, por lo que la atención dada a la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) fue diligente, procurando salvaguardar su salud y su bienestar, empero la evolución desfavorable de la paciente no es un hecho imputable al extremo demandado y el deterioro de salud de aquella no está relacionado con alguna atención deficiente por parte de los galenos de la clínica Perfect Body, por ende es impensable encontrar acreditada la responsabilidad.

En términos generales, la responsabilidad médica es una institución jurídica que le permite al paciente y/o a sus familiares reclamar el resarcimiento de perjuicios causados como consecuencia de un acto médico, culposo o doloso, producido por parte de una entidad prestadora de servicios de salud. Para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, resulta necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa o dolo y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico. No obstante, se debe tener en cuenta que, en el régimen de responsabilidad, se le permite al presunto causante del daño enervar dicha pretensión que busca la declaratoria de responsabilidad, mediante la acreditación de un actuar diligente y cuidadoso durante los procedimientos suministrados a los pacientes. Es decir, si la entidad prestadora de servicios de salud logra probar en el curso de un proceso judicial que su actuar fue diligente, enervará la responsabilidad que el demandante busca declarar en contra suya. El anterior argumento ha sido recogido en una diversidad de providencias provenientes de las altas Cortes. En este sentido, éstas han explicado en una multiplicidad de ocasiones que, al ser las obligaciones de los médicos obligaciones de medio, el hecho de demostrar debida diligencia en los servicios de salud suministrados los exonera de cualquier pretensión indemnizatoria. Es importante tener en cuenta la siguiente sentencia de la Corte Constitucional, en donde se expone lo dicho de la siguiente forma:

> "*La comunicación de que* ***la obligación médica es de medio y no de resultado,*** *es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacérsele saber cuál es la responsabilidad médica*".[11] - (Subrayado y negrilla por fuera de texto).

Así mismo, la Corte Suprema de Justicia en fallo reciente se pronunció de la siguiente forma:

> "(…) **El médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo;** de suerte que, en caso de

[11] Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación".[12] - (Subrayado y negrilla por fuera de texto).

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 Ordinaria en su especialidad 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 claro en establecer:

"*De esa manera, si el galeno fija un objetivo específico, lo 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 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 las mismas o las condiciones propias del afectado, entre otros.*

(…)

El criterio de normalidad está ínsito en la lex artis, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida. ***En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente***

[12] Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016.

> ***<u>afectado que demuestre, en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia</u>***, *en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico".* - (Subrayado y negrilla por fuera de texto).

En los mismos términos, en reciente pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia reiteró la naturaleza de la prestación del servicio médico y la obligación recae en el demandante para acreditar la culpa:

> "*Suficientemente es conocido, en el campo contractual, la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las "estipulaciones especiales de las partes" artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.*
>
> *La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento.* ***<u>Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume</u>****".*[13]

Previo al análisis que se realizará respecto de la diligencia de los sujetos que componen el extremo pasivo del litigio, es menester precisar el contenido obligacional al que están sometidos los médicos y el régimen jurídico que de este se desprende. Esto es, la sujeción a una obligación de medios en

[13] Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC7110-2017. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

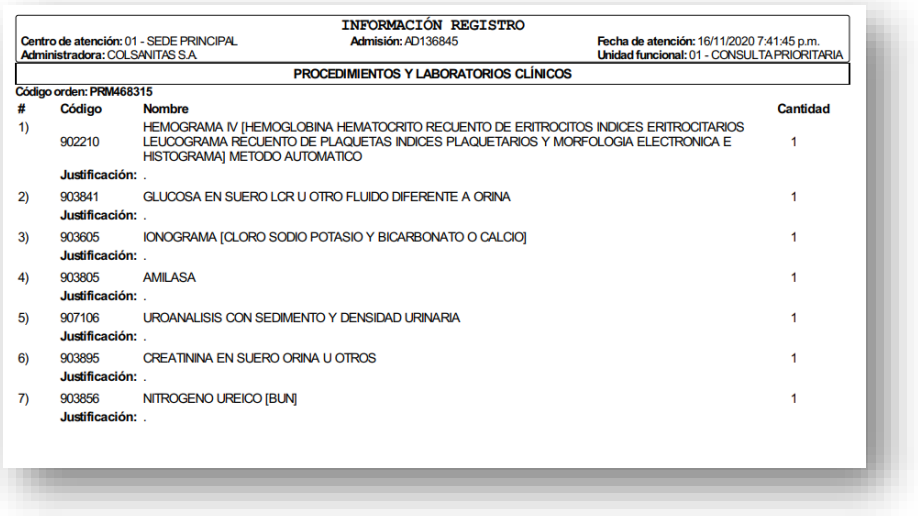
la práctica de los actos médicos y el régimen subjetivo de responsabilidad que le es aplicable en consecuencia. Así se encuentra en el artículo 26 de la ley 1164 de 2007, el fundamento legal de la obligación de medios del médico en los siguientes términos:

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

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

Visto lo anterior, para exponer de forma idónea las razones por la entidad hospitalaria actuó con la debida diligencia y cuidado durante la atención médica prestada a la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D). Es menester comenzar señalando que no es cierto que no se le haya dado la atención idónea a la paciente o que incluso exista un error médico dentro de las actuaciones de los galenos. Lo anterior, se desvirtúa con la mera lectura de la historia clínica, que se muestra a continuación

donde realizando un recuento de las atenciones realizadas a la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D), encontramos que, la paciente ingresó con dolor abdominal, por lo cual los médicos que le atendieron autorizaron y le realizaron exámenes diagnósticos como hemogramas, examen de gases arteriales, radiografía, tomografía, etc., todo con el objetivo de diagnosticar la razón por la cual la señora Miriam presentaba ese cuadro sintomático que se denotaba en su estado de salud y en la historia clínica que reposa en el expediente. Luego cuando se obtuvo un diagnóstico por parte de los galenos se le autorizó realizarle la cirugía, es decir queda demostrado que por parte de la atención prestada por la clínica y los galenos se le realizó un procedimiento adecuado.



INFORMACIÓN REGISTRO

Centro de atención: 01 - SEDE PRINCIPAL **Admisión:** AD136845 **Fecha de atención:** 16/11/2020 7:41:45 p.m.
Administradora: COLSANITAS S.A **Unidad funcional:** 01 - CONSULTA PRIORITARIA

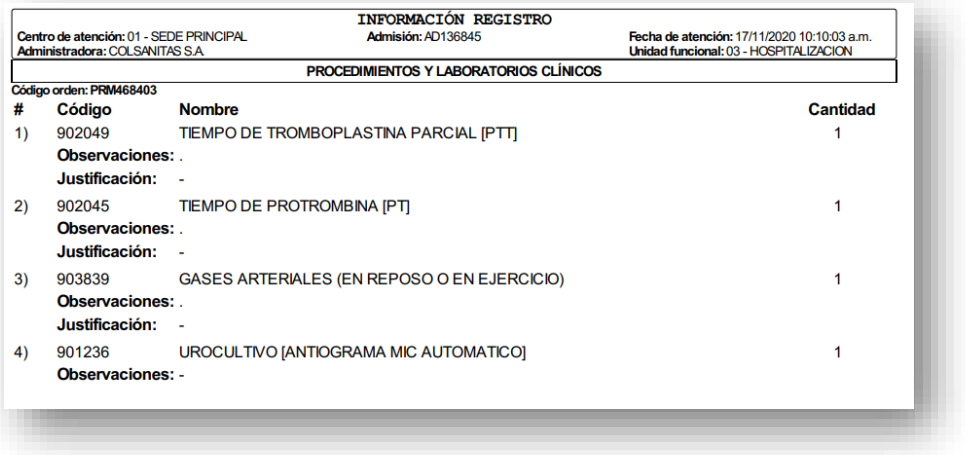
PROCEDIMIENTOS Y LABORATORIOS CLÍNICOS

Código orden: PRM468315

#	Código	Nombre	Cantidad
1)	902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO	1
	Justificación: .		
2)	903841	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1
	Justificación: .		
3)	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	1
	Justificación: .		
4)	903805	AMILASA	1
	Justificación: .		
5)	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	1
	Justificación: .		
6)	903895	CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS	1
	Justificación: .		
7)	903856	NITROGENO UREICO [BUN]	1
	Justificación: .		

Documento: Historia Clínica de PERFECT BODY MEDICAL CENTER del día 16/11/2020

Transcripción esencial: "PROCEDIMIENTOS Y LABORATORIOS CLÍNICOS Nombre HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO."



INFORMACIÓN REGISTRO

Centro de atención: 01 - SEDE PRINCIPAL **Admisión:** AD136845 **Fecha de atención:** 17/11/2020 10:10:03 a.m.
Administradora: COLSANITAS S.A. **Unidad funcional:** 03 - HOSPITALIZACION

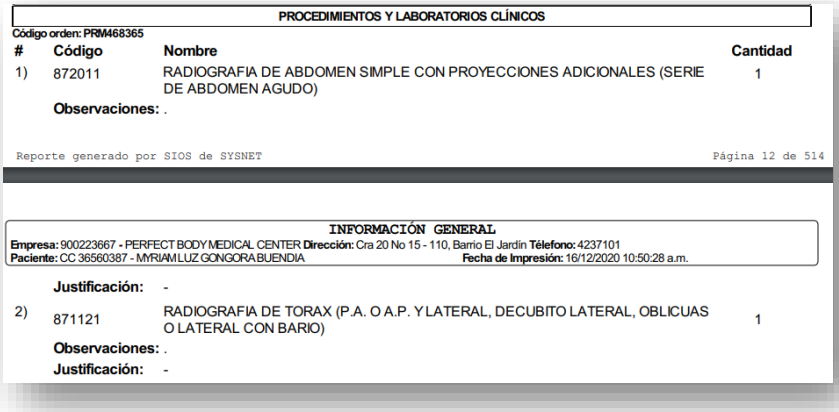
PROCEDIMIENTOS Y LABORATORIOS CLÍNICOS

Código orden: PRM468403

#	Código	Nombre	Cantidad
1)	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	1
	Observaciones: .		
	Justificación: -		
2)	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	1
	Observaciones: .		
	Justificación: -		
3)	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	1
	Observaciones: .		
	Justificación: -		
4)	901236	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC AUTOMATICO]	1
	Observaciones: -		

Documento: Historia Clínica de PERFECT BODY MEDICAL CENTER del día 17/11/2020

Transcripción esencial: "PROCEDIMIENTOS Y LABORATORIOS CLÍNICOS Nombre GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)."



PROCEDIMIENTOS Y LABORATORIOS CLÍNICOS

Código orden: PRM468365

#	Código	Nombre	Cantidad
1)	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	1
	Observaciones: .		

Reporte generado por SIOS de SYSNET Página 12 de 514

INFORMACIÓN GENERAL

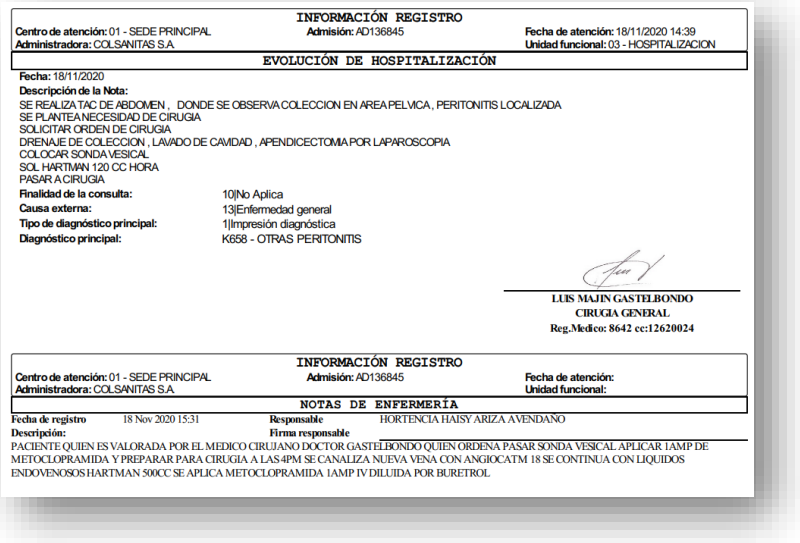
Empresa: 900223667 - PERFECT BODY MEDICAL CENTER **Dirección:** Cra 20 No 15 - 110, Barrio El Jardín **Télefono:** 4237101
Paciente: CC 36560387 - MYRIAM LUZ GONGORA BUENDIA **Fecha de Impresión:** 16/12/2020 10:50:28 a.m.

	Justificación: -		
2)	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)	1
	Observaciones: .		
	Justificación: -		

Documento: Historia Clínica de PERFECT BODY MEDICAL CENTER del día 17/11/2020

Transcripción esencial: "PROCEDIMIENTOS Y LABORATORIOS CLÍNICOS

Nombre RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)
RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. YLATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)"



INFORMACIÓN REGISTRO

Centro de atención: 01 - SEDE PRINCIPAL
Admisión: AD136845
Fecha de atención: 18/11/2020 14:39
Administradora: COLSANITAS S.A.
Unidad funcional: 03 - HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha: 18/11/2020
Descripción de la Nota:
SE REALIZA TAC DE ABDOMEN , DONDE SE OBSERVA COLECCION EN AREA PELVICA , PERITONITIS LOCALIZADA
SE PLANTEA NECESIDAD DE CIRUGIA
SOLICITAR ORDEN DE CIRUGIA
DRENAJE DE COLECCION , LAVADO DE CAVIDAD , APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA
COLOCAR SONDA VESICAL
SOL HARTMAN 120 CC HORA
PASAR A CIRUGIA
Finalidad de la consulta: 10|No Aplica
Causa externa: 13|Enfermedad general
Tipo de diagnóstico principal: 1|Impresión diagnóstica
Diagnóstico principal: K658 - OTRAS PERITONITIS

LUIS MAJIN GASTELBONDO
CIRUGIA GENERAL
Reg.Medico: 8642 cc:12620024

INFORMACIÓN REGISTRO

Centro de atención: 01 - SEDE PRINCIPAL
Admisión: AD136845
Fecha de atención:
Administradora: COLSANITAS S.A.
Unidad funcional:

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha de registro 18 Nov 2020 15:31
Responsable HORTENCIA HAISY ARIZA AVENDAÑO
Descripción:
Firma responsable
PACIENTE QUIEN ES VALORADA POR EL MEDICO CIRUJANO DOCTOR GASTELBONDO QUIEN ORDENA PASAR SONDA VESICAL APLICAR 1AMP DE METOCLOPRAMIDA Y PREPARAR PARA CIRUGIA A LAS 4PM SE CANALIZA NUEVA VENA CON ANGIOCATM 18 SE CONTINUA CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS HARTMAN 500CC SE APLICA METOCLOPRAMIDA 1AMP IV DILUIDA POR BURETROL

Documento: Historia Clínica de PERFECT BODY MEDICAL CENTER del día 18/11/2020

Transcripción esencial: "Descripción de la Nota:
SE REALIZA TAC DE ABDOMEN, DONDE SE OBSERVA COLECCIÓN EN AREA PELVICA, PERITONITIS LOCALIZADA SE PLANTEA NECESIDAD DECIRUGIA SOLICITAR ORDEN DE CIRUGIA DRENAJE DE COLECCION, LAVADO DE CAVIDAD, APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA COLOCARSONDAVESICAL SOL HARTMAN120 CCHORA PASAR A CIRUGIA"

Demostrando así, que tanto en el procedimiento quirúrgico como en el espacio temporal en el que la paciente se encontró dentro de las instalaciones hospitalarias, el personal de la Clinica Perfect

Body efcetuó un seguimiento idóneo al estado de salud de la paciente con el fin de que obtuviera una pronta recuperación, tal como se puede evidenciar en las pruebas que están dentro del proceso.

No se puede imputar culpa y deficiencia en la atención médica, quirúrgica y hospitalaria a la Clínica PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA., a sus galenos, ni a las demás codemandadas pues no existió una conducta ni dolosa ni culposa, pues el acto médico hospitalario brindado a la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) siempre fue acorde a la lex artis y los principios propios del Sistema de Calidad y el personal médico actuó con diligencia y de manera adecuada.

En conclusión, la historia clínica obrante en el proceso evidencia claramente que las entidades demandadas obraron con la debida diligencia, oportunidad e idoneidad frente a la atención en salud prestada a la paciente Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D), puesto que se encuentra totalmente probado que los galenos tratantes desplegaron conductas adecuadas respecto del procedimiento que se le realizo a la paciente. La atención en la Clínica PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA. fue adecuada y conforme a los estándares médicos, considerando la complejidad que presentaba el procedimiento realizado. A pesar de los esfuerzos diligentes y el seguimiento riguroso por parte del equipo médico, el desenlace de su fallecimiento. Lo que desacredita en toda medida las alegaciones de los Demandantes frente a una supuesta culpa y la deficiente atención médica, quirúrgica y hospitalaria recibida a la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D).

Solicito respetuosamente señor Juez, tener como probada esta excepción.

5. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL SUPUESTO DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN, ASÍ COMO SU CUANTIFICACIÓN INDEBIDA E INJUSTIFICADA Y PRETENDIDA POR LA DEMANDANTE.

Se propone esta excepción, sin que con ello se esté reconociendo responsabilidad a cargo del

extremo pasivo y, por ende, de mi representada, sólo para manifestar que bajo el hipotético caso en que el Juzgado emitiera un fallo condenatorio, la suma reclamada debe necesariamente reajustarse para reconocer (si a ello hubiere lugar) lo que efectivamente correspondiera, de conformidad con el perjuicio efectivamente causado y debidamente acreditado en el curso procesal.

Además, pese a que la parte Demandante aportó un dictamen pericial éste no obedece a los requisitos establecidos en la ley 100 de 1993. Por lo que no es dable afirmar que efectivamente sufrió una afectación de carácter permanente derivada del procedimiento efectuado. De todas maneras, la cuantificación que por este concepto solicita la parte demandante es exorbitante pues, como veremos más adelante, desatiende los baremos jurisprudenciales que, sobre el daño a la vida de relación, se ha referido la Corte Suprema de Justicia.

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

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

Dicho con otras palabras, esta especie de perjuicio puede evidenciarse en la disminución o deterioro de la calidad de vida de la víctima, en la pérdida o dificultad de establecer contacto o relacionarse con las personas y cosas, en orden a disfrutar de una existencia corriente, como también en la privación que padece el afectado para desplegar las más elementales conductas que en forma cotidiana o habitual marcan su realidad. Podría decirse que quien sufre un daño a la vida de relación se ve forzado a llevar una existencia en condiciones más complicadas o exigentes que los demás, comoquiera que debe enfrentar circunstancias y barreras anormales, a causa de las cuales hasta lo más simple se puede tornar difícil. Por lo mismo, recalca la Corte, la calidad de vida se ve reducida, a paso que las posibilidades, opciones, proyectos y aspiraciones desaparecen definitivamente o su nivel de dificultad aumenta considerablemente. Es así como de un momento a otro la víctima encontrará injustificadamente en su camino obstáculos, preocupaciones y vicisitudes que antes no tenía, lo que cierra o entorpece su acceso a la cultura, al placer, a la comunicación, al entretenimiento, a la ciencia, al desarrollo y, en fin, a todo lo que supone una existencia normal, con las correlativas insatisfacciones, frustraciones y profundo malestar[14] *(…)*

En efecto, no existe **ninguna presunción** que opere en favor de la parte demandante que permita emitir una condena por la sola enunciación de un aparente perjuicio. Sobre esto, la Corte Suprema de Justicia[15] 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,*

[14] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 13 de mayo de 2008, radicado 11001-3103- 006-1997-09327-01.
[15] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC5340 de 2018.

apreciadas según los usos sociales, la intensidad de la lesión, la duración del perjuicio» (SC5885, 6 may. 2016, rad. n.° 2004-00032-01), aspectos todos ausentes de prueba en la foliatura. .(…)

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

De lo anterior se desprende que el daño a la vida en relación debe basarse en afirmaciones concretas y acreditar circunstancias específicas que den muestra de cuáles son las afectaciones reales que han sufrido los demandantes en sus condiciones de vida, tales como que se haya cambiado su proyecto de vida, que ahora se tienen nuevas cargas desproporcionadas que antes no tenían y que se generó un cambio en la realización de sus actividades. Sin embargo, en este caso, la parte demandante no acredito ni probo de forma real, determinada y concreta la forma en que el deceso de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) afectará su manera de relacionarse o su cotidianidad por lo tanto es improcedente.

En conclusión, 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. Pues en el presente proceso no se logra demostrar de manera efectiva el impacto real y significativo que un daño o lesión ha tenido en la vida personal y las relaciones de los demandantes. Luego, al ser este un daño que no se presume, de ninguna manera puede ser reconocido.

Por todo lo anterior, solicito declarar probada esta excepción.

6. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO A LOS PERJUICIOS MORALES SOLICITADOS.

En el proceso de la referencia no es procedente el reconocimiento de perjuicios a título de daño moral, por cuanto las demandadas Colsanitas y sanitas EPS, ni los galenos por medio de los cuales fue atendida en diferentes IPS, no negaron la prestación del servicio de salud a la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) ni mucho menos incurrieron en algún tipo de error o negligencia de la que pudiere desprenderse su responsabilidad. 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.

Ahora bien, pese a la evidente falta técnica en la solicitud de este perjuicio, debe ponerse de presente que cualquier reconocimiento por este concepto resulta improcedente. En principio, los perjuicios extrapatrimoniales por concepto de daño moral que pretende el Demandante resultan a todas luces improcedentes. Lo anterior, bajo el entendido de que la indemnización del daño moral solo procede cuando existe responsabilidad del Demandado y como quiera que en este caso no existe tal responsabilidad, claramente no hay lugar a su reconocimiento.

La Corte Suprema de Justicia a través de sus múltiples pronunciamientos, tal y como en sentencia de 18 de septiembre de 2009, se reiterando el criterio del arbitrio judicial para el establecimiento de la *cuantía del daño moral así:*

> *"En el empeño de encarar directamente el asunto, la Sala precisa que, para la valoración del quantum del daño moral en materia civil, estima apropiada la determinación de su cuantía en el marco fáctico de circuns- tancias, condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos, situación o posición de la víctima y de los perjudicados, intensidad de la lesión a los sentimientos, dolor, aflicción o pesadumbre y demás factores incidentes conforme al arbitrio judicial ponderado del fallador.*

"Por consiguiente, la Corte itera que la reparación del daño causado y todo el daño causado, cualquiera sea su naturaleza, patrimonial o no patrimonial, es un derecho legítimo de la víctima y en asuntos civiles, la determinación del monto del daño moral como un valor correspondiente a su entidad o magnitud, es cuestión deferida al prudente arbitrio del ***juzgador según las circunstancias propias del caso concreto y los elementos de convicción.***

"Al respecto, «dentro de cualquier proceso que se surta ante la ad- ministración de justicia, la valoración de daños irrogados a las personas y a las cosas, ***atenderá los principios de reparación integral y equidad y observará los criterios técnicos actuariales»*** *(ley 446 de 1998, art. 16; cas. div. sents. de 3 septiembre 1991, de 5 noviembre 1998 y 1° abril 2003), es decir, se consagra el resarcimiento de todos los daños causados, sean pa- arbiniales, ora extramatrimoniales, aplicando dequidad que no equivale a arbitrariedad ni permite <valoraciones manifiestamente exorbitantes.s al contrario inicuas y desproporcionadas en relación con los perjuicios Moridos (FLAVIO PECCENINI, Laoliden relación con los ralen TOMATERI, BONA, OLIVA, PECCENINI, quidazione del danno persona Torino, 2000, págs. 108 y ss"*

Ahora bien, si en gracia de discusión resultara probada la supuesta falla en que incurrió la pasiva, las sumas reclamadas son abiertamente desproporcionadas y contrarían los parámetros que jurisprudencialmente se han dictado sobre el asunto.

Para ilustrar de forma puntual la manera en que la Corte Suprema de Justicia ha cuantificado este perjuicio, es preciso traer a colación un caso particular. Así pues, en sentencia del 22 de octubre de 2021 con radicación No. 2001-01048-01, la Sala Civil de la Corte analizó el caso de un hombre que falleció en un accidente aéreo. En dicho caso, que resulta particularmente reciente, se reconoció la suma de CUARENTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CIENTO OCHENTA Y UN PESOS ($ 47.472.181) a la cónyuge e hijos de la persona fallecida. En otro penoso

caso que resulta similar al presente, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia mediante sentencia del 15 de diciembre de 2020 con proceso radicado No. 2011-00020-01 decidió reconocer la suma de CINCUENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($ 55.000.000) a la cónyuge e hijos por concepto de daño moral por la muerte de un hombre en un accidente de tránsito.

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

> *"(…) Atendiendo las pautas jurisprudenciales establecidas por esta Corporación de cara a las trágicas e inesperadas circunstancias en que aconteció la muerte del señor Ramírez Zuluaga, se fija* ***en la suma de sesenta millones de pesos ($60.000.000)*** *el monto de los perjuicios morales que deberán ser resarcidos a la demandante en su calidad de cónyuge de la víctima (…)"*[16]*(Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

Según la jurisprudencia citada, es inviable el reconocimiento de los perjuicios morales en las sumas pretendidas por la parte demandante. Pues, en primer lugar, solicitar 100 S.M.L.M.V. para cada uno de los demandantes resulta exorbitante, dado que el tope indemnizatorio fijado por la jurisprudencia

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

de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia corresponde a $ 60.000.000 en los casos más graves y sólo a los parientes dentro del primer grado de consanguinidad, cuando aplica. En virtud de lo anterior, las pretensiones invocadas por la parte demandante evocan un evidente ánimo especulativo.

En conclusión, es inviable el reconocimiento de los perjuicios morales en las sumas pretendidas por la parte Demandante. Pues deberá tenerse en cuenta que, en preservación de la reparación integral, deberá analizarse los elementos de convicción y las particularidades de la situación litigiosa según el ponderado "*arbitrio iudicis",* sin perjuicio de los criterios orientadores de la jurisprudencia, en procura de una verdadera y comprobada impartición de justicia. Luego, los monotes solicitados por los demandantes no coinciden con lo verdaderamente probado. En virtud de lo anterior, las pretensiones invocadas por la parte Demandante evocan un evidente ánimo especulativo.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

7. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DE LUCRO CESANTE CONSOLIDADO Y FUTURO.

Para empezar, debe hacerse remembranza que no existe prueba si quiera sumaria que permita probar (i) la actividad económica que ejercía la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) antes de su fallecimiento y (ii) que percibiera ingresos por dicha actividad productiva y cuales eran, por lo cual no se acredito que hubiera existido una ganancia dejada de percibir con ocasión a el fallecimiento de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D). Igualmente, tampoco es procedente el reconocimiento de algún tipo de concepto por lucro cesante en tanto que erróneamente tasan dicha pretensión con el salario mínimo incrementándolo en un 25% por concepto de prestaciones sociales pese a que no se probó un vínculo laboral, como se mencionó anteriormente y que solicitan suma indemnizatoria en favor del señor Jorge Alberto Villarreal Góngora quien como tal y se demuestra

en el expediente era mayor de edad para el momento en que su madre falleció y no se aportó ningún elemento material probatorio del que pueda predicarse su dependencia económica frente a ella.

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

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

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

indemnizables."17 - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

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

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

En los casos en los que se pruebe que la detención produjo la pérdida del derecho cierto a obtener un beneficio económico, lo cual se presenta cuando la detención ha afectado el derecho a percibir un ingreso que se tenía o que con certeza se iba a empezar a percibir, el juzgador solo podrá disponer una condena si, a partir de

[17] Corte Suprema de Justicia, Sentencia RAD. 2000-01141 de 24 de junio de 2008.

las pruebas obrantes en el expediente, se cumplen los presupuestos para ello, frente a lo cual se requiere que se demuestre que la posibilidad de tener un ingreso era cierta, es decir, que correspondía a la continuación de una situación precedente o que iba a darse efectivamente por existir previamente una actividad productiva lícita ya consolidada que le permitiría a la víctima directa de la privación de la libertad obtener un determinado ingreso y que dejó de percibirlo como consecuencia de la detención.

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

La precisión jurisprudencial tiene por objeto eliminar las presunciones que han llevado a considerar que la indemnización del perjuicio es un derecho que se tiene per se y establecer que su existencia y cuantía deben reconocerse solo: i) a partir de la ruptura de una relación laboral anterior o de una que, aun cuando futura, era cierta en tanto que ya estaba perfeccionada al producirse la privación de la libertad o ii) a partir de la existencia de una actividad productiva lícita previa no derivada de una relación laboral, pero de la cual emane la existencia del lucro cesante.18" - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

[18] Consejo de Estado en la Sentencia No. 44572 del 18 de julio de 2019 proferida por la Sección Tercera, M.P. Carlos Alberto Zambrano.

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

- No se probó la actividad que desarrollaba la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) previo a su deceso.

Debe advertirse que la demandante no adjunto con el libelo demandatorio, certificaciones para acreditar la vinculación laboral de la afectada, salario (si el mismo era variable), tiempo y cargo desempeñado.

- No se probó el valor de los ingresos percibidos por la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) previo a su deceso.

Esto como quiera que al plenario tampoco fueron allegados desprendibles de nómina, declaración de renta, constancia de los pagos, movimientos bancarios y en general, documento conducente, pertinente y útil para demostrar los ingresos.

Así pues, no resulta procedente la pretensión impetrada, según la cual, debe reconocerse y pagarse en favor del actor sumas de dinero por concepto de algún tipo de lucro cesante, toda vez que no hay prueba dentro del expediente de actividad productiva alguna que le generará ingresos a la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D). En consecuencia, se trata de una mera expectativa que atenta contra el carácter cierto del perjuicio y, por tanto, no puede presumirse valor alguno para indemnizar el lucro cesante solicitado por la parte demandante. Aunado a lo anterior, tampoco es procedente e incurrió en un error el apoderado de los demandantes en realizar la tasación con el salario mínimo incrementado en un 25% por prestaciones sociales pese a que como se demostró anteriormente el mismo no se probó que la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) tuviera un vínculo laboral antes de su fallecimiento.

Además de lo antes indicado, esto es, que no se acredita bajo ningún documento la frustración económica sobre la cual los demandantes liquidan dichos perjuicios, debe indicarse que no hay lugar al reconocimiento de dichos perjuicios, comoquiera que no se encuentra acreditada en el expediente, la relación de dependencia entre el señor Jorge Alberto Villarreal Góngora (hijo) y la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D). Conforme al Registro Civil de Nacimiento del señor Jorge Alberto Villarreal Góngora, se tiene que este tenía 24 años al momento del fallecimiento de su madre, sin embargo, no se aporta certificado de estudio con el que pudiera demostrarse la obligación alimentaria que aún se encontrara a cargo de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) y como se indicó anteriormente, ningún elemento material probatorio del que pueda predicarse su dependencia económica, de tal suerte que no existió frustración económica para esta. Igualmente, es incorrecto la tasación realizada por el apoderado de los demandantes del cálculo del salario de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) cuando realiza un incremento en un 25% de prestaciones sociales porque dentro del plenario no se acredito con documentos idóneos que la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) tuviera vínculo laboral vigente.

En este orden de ideas, es preciso reiterar que el extremo actor tenía entre sus mandatos como parte demandante, toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda y, por lo tanto, cada uno de los daños por los cuales está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos.

En conclusión, no puede existir reconocimiento de cualquier concepto de lucro cesante como quiera que (i) no se acreditaron con los elementos probatorios pertinentes de la actividad laboral, los ingresos de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D), (ii) respecto del señor Jorge Alberto Villarreal Góngora, se tiene que este tenía 24 años al momento del fallecimiento de su madre, sin embargo, no se aporta certificado de estudio con el que pudiera demostrarse la obligación alimentaria que aún se encontrara a cargo de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) y como se indicó anteriormente, ningún elemento material probatorio del que pueda predicarse su dependencia económica, aun así la obligación alimentaria según la ley solo se extiende hasta los 15 años en

caso de que los demandantes hubieran probado dicho factor y (iii) el apoderado de los demandantes incurre en error al incrementarle un 25% de prestaciones sociales al cálculo del salario porque dentro del proceso no se encuentra probado que la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) tuviera algún tipo de vinculación laboral, luego no puede presumirse que devengara dichas erogaciones.
En ese sentido, la demanda careció de una carga probatoria que además de certera, la misma fuera conducente con el fin de acreditar y demostrar los lucros cesantes solicitados. Lo anterior, en tanto tal como lo ha dispuesto la jurisprudencia, quien afirma una cosa es quien está obligado a probarla, obligando a quien pretende o demanda un derecho, que lo alegue y demuestre los hechos que lo gestan o aquellos en que se funda, puesto que es absolutamente imperativo que se acredite procesalmente con los medios de convicción regular y oportunamente decretados y arrimados al plenario, ya que a nadie le es dado el privilegio de que su mero dicho sea prueba suficiente de lo que afirma.

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

8. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO Y FALTA DE PRUEBA DEL DAÑO EMERGENTE.

En el proceso de la referencia no es procedente el reconocimiento de perjuicios a título de daño emergente por cuanto la el extremo pasivo no es responsable del fallecimiento que se pretende endilgar por los demandantes. Sin embargo, sin que ello constituya reconocimiento alguno de responsabilidad, debe decirse que dentro del plenario no existe prueba alguna que demuestre el valor en el que incurrió la parte demandante en los gastos funerarios que aduce. En ese sentido, es claro que la parte demandante está efectuando una petición que no puede ser reconocida, al no cumplir con la carga probatoria de demostrar que en efecto se incurrió en ese perjuicio, por ello, 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.

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

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

> *"De manera, que el daño emergente comprende la pérdida misma de elementos patrimoniales, las erogaciones que hayan sido menester o que en el futuro sean necesarios y el advenimiento de pasivo, causados por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Dicho en forma breve y precisa, el daño emergente empobrece y disminuye el patrimonio, pues se trata de la sustracción de un valor que ya existía en el patrimonio del damnificado; en cambio, el lucro cesante tiende a aumentarlo, corresponde a nuevas utilidades que la víctima presumiblemente hubiera conseguido de no haber sucedido el hecho ilícito o el incumplimiento."*[19]

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

Con fundamento de lo anterior, podemos concluir que el daño emergente comprende la pérdida de elementos patrimoniales, causada por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Ahora bien, la parte Demandante manifiesta que con ocasión a los costos o gastos en los que incurrieron los demandantes a causa de gastos funerarios entre otros gastos que se llegaren a probar en el proceso. Sin embargo, no obran en el expediente elementos demostrativos que permitan determinar efectivamente la acusación de dichos perjuicios o que prueben si quiera sumariamente la existencia del daño emergente en las sumas que alegan, por el contrario, lo que se evidencia es que el extremo actor fundamenta su petición en una mera aseveración sin fundamento probatorio alguno.

Es claro que la Corte Suprema de Justicia ha establecido que, para la procedencia de reconocimiento de perjuicios a título de daño emergente, es necesario que el reclamante demuestre mediante prueba suficiente que se trata de perjuicios ciertos y no hipotéticos. Lo que no sucede en el caso de marras, en tanto que la parte Demandante solicita reconocimiento de $4.389.015 a título de daño emergente, sin que prueben si quiera sumariamente la acusación de dichos perjuicios, carga que les asiste por ser los reclamantes del daño, según los términos jurisprudenciales de la Corte. Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación:

> *"Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que "(...) la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso;* ***[pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción*** *(...)"*[20] *(Subrayado fuera del texto original)*

Así las cosas, en relación a la carga probatoria que recae en este caso en la parte Demandante, se puede observar que la parte actora está solicitando la suma de Cuatro Millones Ochenta Y Nueve Mil Quince Pesos ($4.389.015) por concepto de gastos funerarios. Sin embargo, no hay factura o

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

documento equivalente que pruebe que se realizó dicho pago y menos quien lo realizó, por lo cual la consecuencia jurídica a la falta al deber probatorio en cabeza del Demandante es sin lugar a dudas la negación de la pretensión.

En conclusión, una vez revisadas las pruebas obrantes en el plenario del proceso, no cabe duda que no existe ninguna prueba que acredite la acusación de daño emergente, razón suficiente para que no se le reconozca ninguna suma indemnizatoria por esta tipología de perjuicios, en tanto que no se encuentra probado. Máxime cuando la Corte Suprema de Justicia fue totalmente clara en indicar que éstos no se presumen, sino que se deben probar.

Por lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

9. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley o en el Contrato con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y prescripción contemplada en el artículo 1081 del C.Co, y cualquier otra causal que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de las entidades demandadas y se la exima de toda obligación indemnizatoria, ello en atención a lo reglado por el artículo 282 del Código General del Proceso.

CAPÍTULO II
CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE AL HECHO 1. Se observa que lo aquí expuesto es cierto de acuerdo con los documentos

que obran en el expediente.

FRENTE AL HECHO 2. Se observa que lo aquí expuesto es cierto de acuerdo con los documentos que obran en el expediente.

FRENTE AL HECHO 3. Se observa que lo aquí expuesto es cierto de acuerdo con los documentos que obran en el expediente.

FRENTE AL HECHO 4. Parcialmente cierto. Se debe aclarar al Despacho que las certificaciones allegadas por parte de Colsanitas, atienden a un único seguro, materializado en la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705 y no a diferentes Pólizas, en tanto los documentos allegados conciernen a anexos de la Póliza, a través de los cuales se han efectuado ajustes, renovaciones y prórrogas a esta última.

No obstante, desde este momento el Despacho deberá tener en cuenta que, de la referida Póliza, solo podría estudiarse la viabilidad de afectación respecto al certificado No. AA195705- AA939629 (Mediante el cual se renueva la vigencia desde el 27 de septiembre de 2021 hasta el 27 de septiembre de 2022) puesto que de acuerdo con la modalidad claims made es la que se ajusta a la fecha del primer reclamo efectuado por los hoy demandantes a la asegurada. Sin embargo, se destaca que de todos modos es imposible pretender afectar la póliza por cuanto, para que opere es indispensable demostrar la responsabilidad atribuible a la asegurada y en este caso no se vislumbran los elementos para ello, por ende, es imposible que surja la obligación indemnizatoria de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., pero además porque operó la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro, en la medida en que transcurrieron más de dos años desde la reclamación extrajudicial que efectuaron los hoy demandantes a Colsanitas y la radicación del llamamiento en garantía.

FRENTE AL HECHO 5. Se observa que lo aquí expuesto es cierto de acuerdo con los documentos

que obran en el expediente. Por lo tanto, el Despacho debe tener en cuenta que desde que Colsanitas conoció de esa reclamación extrajudicial que le efectuaron a través de la conciliación pre judicial, empezó a correr la prescripción bienal consagrada en el artículo 1081 del C.Co. y por ende la llamante en garantía tenía dos años para formular este llamamiento, empero tan solo lo radicó el 4 de octubre de 2024, es decir cuando ya había operado la prescripción.

FRENTE AL HECHO 6. No es cierto tal como está expuesto, debe indicarse que NO se observa como pruebas del llamamiento un comunicado por parte de Colsanitas remitido a Equidad Seguros, pero en todo caso lo cierto es que dicho documento no tiene la virtualidad de interrumpir los términos de prescripción al tenor del artículo 94 del CGP, pues el documento por medio del cual la asegurada solicite interrumpir la prescripción no genera dichos efectos de conformidad con el ordenamiento jurídico, en tanto no contiene una pretensión de pago concreta, por lo tanto, lo cierto es que operó el fenómeno extintivo en la medida en que desde la conciliación extrajudicial en derecho a la que fue convocada Colsanitas y la fecha en que esta última radicó el llamamiento en garantía (4 de octubre de 2024) transcurrieron más de dos años.

FRENTE AL HECHO 7. Es cierto en cuanto al tomador y asegurado en la póliza AA195705

FRENTE AL HECHO 8. No es cierto, aunque si bien es cierto existe la Póliza No. AA195705 en donde obra como asegurada Colsanitas, no podrá ser afectada por los hechos que se debaten en este litigio, por cuanto, para que opere la obligación indemnizatoria de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., es totalmente necesario que se acredite la realización del riesgo asegurado en el seguro, circunstancia que en este caso no ha sucedido de acuerdo con lo dispuesto en la contestación de la demanda, esto es porque no existe responsabilidad alguna de Colsanitas puesto que los servicios de salud prodigados a la señora Góngora en la Clínica Perfect, fueron adecuados, asimismo debe tenerse en cuanta que los hoy demandantes le efectuaron un reclamo directo a la asegurada a través de la conciliación extrajudicial, por lo que en el momento en que aquella conoció de ese hecho empezó a correr el término de prescripción, es decir está plenamente demostrado

que para el 24 de septiembre de 2021 Colsanitas ya tenía conocimiento del reclamo extrajudicial en su contra, por ende desde esa calenda contaba con 2 años para ejercer las acciones en contra de mi mandante, y no lo hizo, en la medida en que el llamamiento en garantía lo radicó solo hasta el 4 de octubre de 2024, por lo que operó la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro

FRENTE AL HECHO 9. No es cierto. Pues en virtud de lo expuesto, si bien existe la Póliza No. AA195705, aquella no podrá ser afectada por los hechos que se debaten en este litigio, por cuanto, para que opere la obligación indemnizatoria de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., es totalmente necesario que se acredite la realización del riesgo asegurado en el contrato aseguraticio, circunstancia que en este caso no ha sucedido de acuerdo con lo dispuesto en la contestación de la demanda, pero además porque operó la prescripción ordinaria derivadas de las acciones del contrato se seguro por cuanto transcurrieron más de dos años desde que los demandantes le formularon el reclamo extrajudicial a Colsanitas, y la fecha en que esta compañía asegurada radicó el llamamiento en garantía (4 de octubre de 2024), por ende es evidente que se consolidó el fenómeno extintivo.

FRENTE AL HECHO 10. No es en estricto sentido un hecho, pero en efecto el certificado de existencia emitido por la Superintendencia financiera de Colombia da cuenta de la existencia de las compañías aseguradoras.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE A LA PRETENSIÓN 1. En efecto el Despacho debe resolver sobre la relación sustancial derivada del contrato de seguro, sin embargo, desde ya me opongo a que se imponga obligación indemnizatoria alguna a mi representada puesto que ha operado la prescripción ordinario derivada del contrato de seguro, en tanto transcurrieron más de dos años desde que los hoy demandantes le formularon la reclamación extrajudicial a Colsanitas, y la fecha en que esta última radicó el

llamamiento en garantía, además en gracia de discusión tampoco se ha probado la realización del riesgo asegurado comoquiera que no existe prueba de la responsabilidad imputable a la asegurada, en la medida en que la atención en salud prodigada a la paciente en la clínica Perfect fue oportuna diligente y perita, por lo que tampoco está demostrada la culpa de los galenos para entender que se ha estructurado la responsabilidad.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 2. ME OPONGO a la pretensión elevada por la llamante en garantía debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto si bien LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. es la aseguradora que expidió la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705 que ampara los perjuicios imputables a la asegurada, lo cierto es que ha operado la prescripción ordinario derivada del contrato de seguro, en tanto transcurrieron más de dos años desde que los hoy demandantes le formularon la reclamación extrajudicial a Colsanitas, y la fecha en que esta última radicó el llamamiento en garantía, además en gracia de discusión tampoco se ha probado la realización del riesgo asegurado comoquiera que no existe prueba de la responsabilidad imputable a la asegurada, en la medida en que la atención en salud prodigada a la paciente en la clínica Perfect fue, oportuna, diligente y perita, por lo que tampoco está demostrada la culpa de los galenos para entender que se ha estructurado la responsabilidad.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 3. ME OPONGO, en la medida que, si bien es cierto que la Póliza de seguro en mención comprende la cobertura de gastos de defensa, se pone de presente que cualquier solicitud en este sentido resulta improcedente, en tanto que este no es el objeto del litigio por el cual se llama en garantía a mi procurada. Para pretender cualquier tipo de reconocimiento por la señalada asistencia jurídica tiene que adelantarse dicha pretensión a través de un proceso judicial distinto al que nos ocupa, el cual se insiste es de responsabilidad civil médica y nada tiene que ver con el reembolso de gastos por defensa judicial. Se reitera, no puede el llamante en garantía valerse de este proceso judicial, para intentar resolver en el mismo litigio controversias que definitivamente serían propias de otro trámite. Recuérdese que la figura del llamamiento en garantía

se circunscribe a exigir de otro la indemnización que se sufra o el reembolso del pago que tuviere que hacer. Sin embargo, es claro que la parte demandante no está mencionando en sus pretensiones ninguna cobertura por gastos de defensa, razón por la que claramente no puede, por sustracción de materia, la entidad promotora de salud exigir esa cobertura vía llamamiento en garantía, pues excede lo permitido por el artículo 64 del Código General del Proceso.

III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA, POR CUANTO NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS NO. AA195705

Se plantea esta excepción para explicar que la Equidad Seguros Generales O.C. se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible a la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. cuando ella deba asumir un perjuicio que cause a un tercero con ocasión de determinada responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra, como consecuencia de un servicio médico, prestado dentro de los predios del asegurado. Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado, puesto que, de conformidad con las pruebas obrantes en el litigio que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de **la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.** por cuanto la atención médica prodigada a la señora Góngora fue adecuada y no existe ningún nexo causal entre su atención y el fallecimiento de aquella. Lo que quiere decir que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado.

Es fundamental que el Honorable Despacho tome en consideración que en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la Compañía Aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio, puede asumir a su

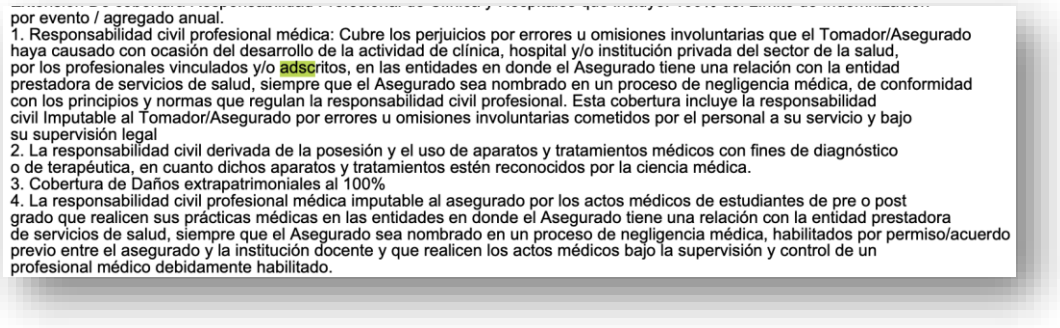
arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado. Es de esta forma como se explica que al suscribir el contrato aseguraticio respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertas condiciones generales y particulares estipuladas en el mismo, y que pido al Despacho tener en cuenta en este proceso.

De tal manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes. En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

> *"(...) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento "de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual* ***se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado****.*
>
> *Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la*

voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...)'[21]*(Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones bajo las cuales asumen los mismos. Así las cosas, se evidencia que la cobertura principal de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA195705 es amparar la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones u omisiones profesionales, tal y como se expone a continuación:


por evento / agregado anual.
1. Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, en las entidades en donde el Asegurado tiene una relación con la entidad prestadora de servicios de salud, siempre que el Asegurado sea nombrado en un proceso de negligencia médica, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo su supervisión legal
2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.
3. Cobertura de Daños extrapatrimoniales al 100%
4. La responsabilidad civil profesional médica imputable al asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas en las entidades en donde el Asegurado tiene una relación con la entidad prestadora de servicios de salud, siempre que el Asegurado sea nombrado en un proceso de negligencia médica, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado.

En tal virtud, La Equidad Seguros Generales O.C. se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible a la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. cuando ella deba asumir un perjuicio que cause a un tercero con ocasión de determinada responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra, como consecuencia de un servicio médico, prestado dentro de los predios del asegurado. Ahora bien, en el presente caso dicha situación no

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

se ha originado, puesto que de conformidad con las pruebas obrantes en el litigio que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. Lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado. Sobre el particular, se destaca que el asegurador se comprometió mediante la Póliza R.C. Profesional Clínicas No. AA195705, a amparar la responsabilidad profesional de Compensar E.P.S. así como de sus I.P.S. adscritas, como consecuencia de un servicio médico quirúrgico, dental, de enfermería o laboratorio dentro de los predios del asegurado.

Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado puesto que de conformidad con las pruebas obrantes en el proceso que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., como quiera que, para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, es necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico, la cual no está demostrada en este caso por cuanto que, por el contrario se encuentra probado que, desde la primera valoración de la señora MIRIAM LUZ GÓNGORA, fue atendido de forma oportuna e idónea, en apego a la lex artis.

Lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado. Se reitera, que no se ha realizado el riesgo asegurado comoquiera que no se cometió yerro o incumplimiento alguno y en todo momento Colsanitas garantizó la prestación del servicio de la señora MIRIAM LUZ GÓNGORA, de aquí que no exista responsabilidad en cabeza de la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., lo que por sustracción de materia significa que tampoco puede hacerse efectiva la póliza de seguro por la que fue convocada mi prohijada.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro. Es decir, que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad. Por ende, la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA195705. Las diversas condiciones, al ámbito de los amparos, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado. Al respecto, siempre se deberán atender los riesgos asumidos por Aseguradora en virtud del artículo 1056 del Código de Comercio, los valores asegurados para cada uno de los amparos y demás condiciones pactadas en el contrato de seguros.

En conclusión, no se ha realizado el riesgo asegurado en el presente asunto teniendo en cuenta que no ha nacido la obligación condicional, esto es, la responsabilidad por parte de la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. Lo anterior, en tanto es necesaria la comprobación de los tres elementos fundamentales para estructurar la responsabilidad médica: falla médica, el daño y el nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, en el presente asunto no es dable endilgar responsabilidad en cabeza de la asegurada. Lo quiere decir, que no hay obligación a cargo de mi prohijada, como quiera que el riesgo asegurado no se ha realizado.

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

2. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS NO. AA195705.

En este caso en concreto, la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA195705 establece una serie de coberturas, así como exclusiones tanto generales como particulares que pueden eximir al asegurador de su obligación de indemnizar en determinadas circunstancias. Es

crucial considerar que en caso de que alguna de estas exclusiones generales y particulares detalladas en las condiciones de la póliza se configura, no podrá surgir la obligación indemnizatoria por parte de la Equidad Seguros Generales O.C. en relación con el presente caso.

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del Contrato de Seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al Asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza. En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

> *"Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro"*[22]

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

> *"Este principio de la universalidad que informa al seguro de transporte, entre otros más, justifica las precisas diferencias que, en lo pertinente, existen con las demás clases de seguros.* ***Así, por vía de ejemplo, en lo tocante con la delimitación***

[22] Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020.

> ***del riesgo,*** *mientras el artículo 1056 del Código de Comercio permite que el asegurador, a su arbitrio, asuma "todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado", el art. 1120 ib. preceptúa que el seguro de transporte "comprende todos los riesgos inherentes al transporte, salvo el deterioro por el simple transcurso del tiempo y los riesgos expresamente excluidos" (Se subraya),* ***luego, en este último negocio aseguraticio, el asegurador es responsable cuando la pérdida sea ocasionada por uno de los "riesgos inherentes al transporte", salvo que el riesgo se encuentre expresa e inequívocamente excluido por las partes."***[23] (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

> *"Las exclusiones de tipo convencional deben entenderse, como es apenas obvio, como aquellas pactadas por las partes o, cuando menos,* ***en las que existe consentimiento respecto de las indicadas en el clausulado prestablecido, 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

[23] Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 31 de enero de 2007. Rad 2000-5492-01. M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado»[24] (Negrilla y resaltado por fuera del 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, el patrimonio o la persona del asegurado".***
>
> *Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (…)*

24 Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 13 de diciembre de 2019. Rad. 2008-00193-01. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

(Subrayado y negrilla por fuera del texto original)[25]

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.

En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA195705 en sus Condiciones Generales señala una serie de exclusiones, las cuales enuncio a continuación, porque de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohijada:

> *"Exclusiones principales Las principales exclusiones de la presente póliza son:*
> *¿h Actos médicos prohibidos por leyes específicas o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades competentes cuando tal autorización fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios profesionales aceptados para la práctica de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, salvo que se trate de actos médicos y/o actividades de la Unidad de Investigación del asegurado.*
> *¿h Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico - experimental utilizados como ultimo remedio para el ¡paciente ¡¨ a raíz de su condición.*

25 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.

¿h Salvo que se trate de la atención de una urgencia vital se excluyen los actos médicos realizados bajo dirección, supervisión o aprobación del asegurado o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado cuando su habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos no exista, ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

¿h El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte de los asegurados, salvo que por mandato legal o por orden de autoridad competente se exija revelar información bajo reserva.

¿h Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del ¡paciente ¡¨.

¿h El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.

¿h La provocación intencional del daño (dolo) en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.

¿h Perjuicios derivados del uso de la energía nuclear con excepción de aquellos que sean consecuencia de la utilización de la misma como parte de los servicios en salud que presta el asegurado.

¿h Actos médicos que importen danos por contaminación de sangre cuando el asegurado no hubiesen cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional medico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos. Sin embargo, están cubiertas las

reclamaciones formuladas por pacientes o terceros en nombre de estos, por los perjuicios causados como resultado de un acto malintencionado del personal al servicio del asegurado y/o terceros.

¿h Sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativas.

¿h Actividades u operaciones de guerra declarada o no, hostilidades, invasión de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, insurrección, huelga, motín, conmoción civil, vandalismo, terrorismo, actos mal intencionados de terceros, conspiraciones, poder militar o usurpado, requisición y destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad, nacional departamental o municipal, disturbios políticos y sabotajes con explosivos.

¿h Contagio, infección, irradiación, exposición a rayos X, o cualquier otro medio, ocurrida o contraída durante la vigencia de un contrato de servicio o aprendizaje de cualquier tercero con el asegurado a menos que sea consecuencia de un hecho accidental, súbito e imprevisto o del mal funcionamiento de los bienes.

¿h Reclamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas a los asegurados o a su representante por el ¡§paciente ¡¨ y/u otra persona natural o jurídica a nombre del ¡§paciente ¡¨, y con relación a la prestación de servicios y/o tratamientos a dicho ¡§paciente ¡¨ por parte de los asegurados, excepto aquellos generales de la póliza.

¿h Danos a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado, de miembros de su familia o dependientes, o de cualquier persona que actúe en su nombre, incluyendo danos por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparición de bienes, de propiedad de terceros empleados y pacientes salvo que haya responsabilidad del asegurado en dicha desaparición o daño.

¿h La responsabilidad civil profesional diferente a la provista por esta póliza tal como la responsabilidad civil profesional de ingenieros, arquitectos, abogados,

entre otros. Lo anterior, salvo que sus actos tengan trascendencia en un acto médico que origine responsabilidad del asegurado.

¿h Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al ¡§paciente¡ excepto en los casos en que el asegurado no esté en capacidad de recibir más pacientes por insuficiencia en la capacidad disponible asistencial, en los casos que el paciente sea remitido a su red primaria de atención debido a que el nivel de complejidad de los servicios que requiere es diferente al que presta el asegurado y/o en los eventos en los cuales el asegurado no cuenta con los recursos para prestar la atención al paciente, tales como: atención de tipo psiquiátrico y obstetricia (atención parto); sin embargo, en estos últimos dos casos (psiquiátrico y obstetricia) el HPTU asegurado prestara la atención prioritaria cuando sea pertinente, y remitirá al paciente a otras instituciones.

¿h El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza; así como también los danos causados por la acción paulatina de gases o vapores, sedimentaciones o deshechos como humo, hollín, polvo y otros, humedad, moho, hundimiento de terreno y sus mejoras, por corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua, siempre que se deriven como consecuencia de un acto de la naturaleza. Sin embargo, la presente póliza indemnizara los perjuicios reclamados por el incumplimiento de los deberes de seguridad en que incurra el asegurado con ocasión de su actividad.

¿h El incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

¿h La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito, repentino e imprevisto.

¿h El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.

¿h El uso de armas de fuego con excepción de aquellas utilizadas por personal autorizado y capacitado para garantizar la vigilancia de los predios y actividades del asegurado.

¿h Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.

¿h Danos causados por la aplicación de anestesia general o, que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de una institución debidamente equipada y acreditada para tal fin.

¿h Pérdidas patrimoniales puras incluyendo, pero no limitadas a perdida de utilidades, perdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia de un acto del asegurado cubierto por esta póliza.

¿h Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.

¿h La responsabilidad civil patronal o de cualquier obligación de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud de cualquier ley o reglamento sobre accidentes de trabajo, riesgos profesionales, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez, o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad semejante, sea pública o privada.

¿h Exclusión de enfermedad contagiosa y pandemia”

Teniendo en cuenta lo anterior, es menester señalar que, si durante el proceso se logra establecer

la ocurrencia de alguna de las exclusiones arriba señaladas o cualquiera de las que constan en las condiciones generales, la póliza no podrá ser afectada. En tanto la situación se encontraría inmersa en una exclusión. Así las cosas, de configurarse alguna de ellas no podrá existir responsabilidad en cabeza de Equidad Seguros Generales O.C., por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la Póliza, pues las partes acordaron pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización.

En conclusión, de configurarse alguna de las exclusiones previamente mencionadas o las que constan en el clausulado general de la póliza, no podrá existir responsabilidad en cabeza de La Equidad Seguros Generales O.C. Por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación del Contrato de Seguro, pues las partes acordaron expresamente pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la Póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

3. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS.

En importante que se tenga en cuenta que el carácter meramente indemnizatorio de los contratos de seguros establece que su función principal es compensar los daños sufridos sin generar un beneficio económico adicional para el asegurado. Luego, la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA195705 se rige bajo un principio indemnizatorio. En este contexto, es importante que se tenga en cuenta que la misma no podrá afectarse por varias circunstancias a saber: Primero, no se ha realizado el riesgo asegurado en el sentido de que las pruebas obrantes en el proceso no es posible endilgar responsabilidad alguna al extremo pasivo y segundo, la solicitud de reconocimiento de emolumento tales como: lucro cesante, daños morales, daño emergente y daño a la vida de relación son inviables si no se presenta evidencia concreta para su reconocimiento. Respecto del lucro cesante, no se acredita la pérdida económica específica, como ocurre cuando la demandante no demostró la actividad laboral y el dinero que devengaba el

causante. De igual manera, la compensación por daño moral no se ajusta a los criterios establecidos por la Corte Suprema de Justicia y no puede ser incompatible con los hechos del caso. Además, el daño a la vida de relación solo procede para la víctima directa del daño, evento que en el caos de marras es improcedente debido al deceso de la señora Luz Góngora, pero en gracia de discusión tampoco se cumplen los requisitos para su concesión, lo anterior implica que a la luz del principio indemnizatorio las compensaciones tienen un límite de conformidad a la pérdida real sufrida y no más allá de ello.

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que, la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso**:**

> *"(…) Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato (…)".26*

Se puede concluir entonces que el Contrato de Seguro tiene un carácter meramente indemnizatorio y por tal motivo, tiene como finalidad llevar a la víctima al estado anterior, más no enriquecerla. Es

[26] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 22 de julio de 1999. Expediente:5065

por ello que, aterrizando al caso en cuestión, no es de recibo indemnizar el daño tal y como fue pretendido por la parte Demandante, más aún, teniendo en cuenta las tasaciones exorbitantes de sus perjuicios no probados. En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio estableció lo siguiente:

> *"(…) Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso (…)" (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

Así las cosas, el carácter de los seguros es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Conforme a ello, en caso de pagarse suma alguna que no esté debidamente acreditada por la parte accionante, se estaría contraviniendo el citado principio de mera indemnización del contrato de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad a cargo de la parte pasiva y eventualmente enriqueciendo al accionante.

No puede perderse de vista que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiene a un carácter meramente indemnizatorio. Así las cosas, de efectuar cualquier pago por concepto de daño emergente, y emolumentos que en general no se encuentran debidamente acreditados, implicaría un enriquecimiento para la parte demandante y en esa medida se vulneraría el principio indemnizatorio del seguro. Comoquiera que sus aseveraciones no fueron respaldadas con medios de prueba suficientes. En efecto, no obra en el expediente material probatorio que acredite **(i)** no se acreditaron los elementos constitutivos de responsabilidad y **(ii)** la afectación de los hechos objeto de litigio a la parte demandante.

En otras palabras, si se reconocieran los daños pretendidos se transgrediría el principio indemnizatorio del seguro toda vez que se estaría enriqueciendo al extremo actor en lugar de repararlo. En primer lugar, en tanto la solicitud de reconocimiento de emolumento por lucro cesante es inviable porque no se presentó evidencia concreta del valor de los ingresos mensuales que la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) estaba recibiendo antes de su fallecimiento. Esto implica que no se demostró una pérdida económica específica a los demandantes atribuible al fallecimiento de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D). En segundo lugar, no se puede otorgar compensación por concepto de lucro cesante comoquiera que sus aseveraciones no fueron respaldadas con medios de prueba suficientes. Para empezar, debe hacerse remembranza que no existe prueba si quiera sumaria que permita probar (i) la actividad económica que ejercía la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) antes de su fallecimiento y (ii) que percibiera ingresos por dicha actividad productiva y cuales eran, por lo cual no se acredito que hubiera existido una ganancia dejada de percibir con ocasión a el fallecimiento de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D). Igualmente, tampoco es procedente el reconocimiento de algún tipo de concepto por lucro cesante en tanto que erróneamente tasan dicha pretensión con el salario mínimo incrementándolo en un 25% por concepto de prestaciones sociales pese a que no se probó un vínculo laboral, como se mencionó anteriormente y que solicitan suma indemnizatoria en favor del señor Jorge Alberto Villarreal Góngora quien como tal y se demuestra en el expediente era mayor de edad para el momento en que su madre falleció y no se aportó ningún elemento material probatorio del que pueda predicarse su dependencia económica frente a ella. Tampoco respecto a la pretensión de daño moral en las sumas solicitadas debido a que las reclamaciones no se ajustan a los criterios establecidos por la Corte Suprema de Justicia, y, por lo tanto, no son congruentes con los hechos del caso. Además, no es procedente el reconocimiento de daño a la vida de relación para los demandantes, ya que no cumplieron y acreditaron los requisitos necesarios para su concesión.

En conclusión, por todo lo anterior y teniendo en cuenta que dentro del plenario no se demostraron los perjuicios solicitados en el pétitum de la demanda, su reconocimiento claramente vulneraría el principio indemnizatorio. Lo anterior, por cuanto en primer lugar, es inviable reconocer emolumento

alguno referente al lucro cesante, puesto que se no se probó el valor de los ingresos mensuales dejados de percibir por la demandante. En segundo lugar, es inviable el reconocimiento por el daño moral en las sumas pretendidas, pues desconocen los baremos establecidos por la Corte Suprema de Justicia, por lo que no se compadece frente a los supuestos facticos del caso de marras. Aunado a lo anterior, no procede reconocimiento por daño a la vida de relación respecto de los demandantes, por cuanto no acreditaron los presupuestos para su concesión. En consecuencia, reconocer los perjuicios tal y como fueron solicitados, transgrediría el carácter meramente indemnizatorio que reviste a los contratos de seguro, lo que implica que más allá de procurar una reparación se desborda su finalidad para generar un enriquecimiento injustificado que el despacho no podría avalar.

4. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO POR EVENTO Y POR VIGENCIA

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que en este sentido sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de La Equidad Seguros Generales O.C., exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada. En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada.

El artículo 1079 del Código de Comercio, reza lo siguiente en torno a 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"* [27] *(Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

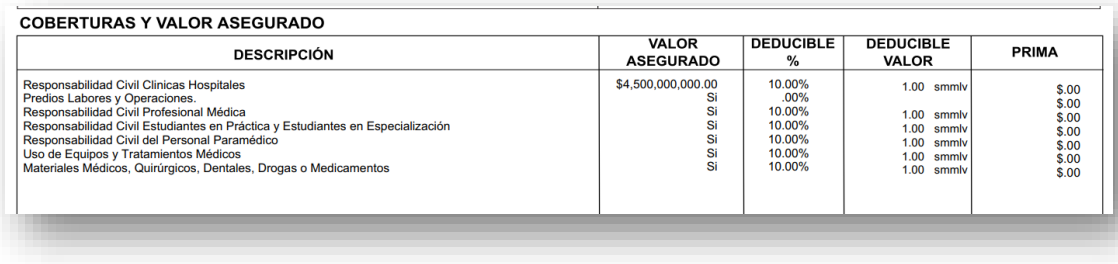
Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la porción de riesgo asumido. Así las cosas, el límite de la responsabilidad de la Aseguradora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

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

en la carátula de la Póliza de Seguro RC Profesional Clínicas No. AA195705 certificado AA810302, así:

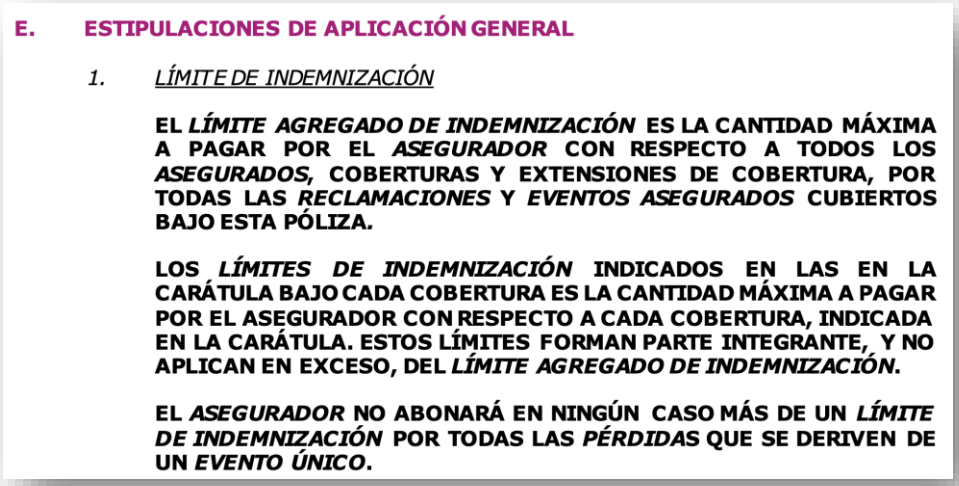
- **<u>En ese sentido se debe tener en cuenta que el límite asegurado es de $ 4.500.000.000 por vigencia anual independientemente del número de asegurados</u>**.

El Honorable despacho debe tener de presente los limites indemnizatorios según el clausulado de Beazley aplicable a este seguro, según el cual independientemente de que EPS SANITAS S.A.S. y la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., sean asegurados de la presente póliza, ello no implica que la suma asegurada ($ 4.500.000.000) aplique independientemente para cada una de las entidades, sino que la suma estipulada en la póliza es una única suma que se aplicaría por este proceso aunque en el mismo estén vinculados los dos asegurados.



COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$4,500,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00



E. ESTIPULACIONES DE APLICACIÓN GENERAL

1. *LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN*

EL *LÍMITE AGREGADO DE INDEMNIZACIÓN* ES LA CANTIDAD MÁXIMA A PAGAR POR EL *ASEGURADOR* CON RESPECTO A TODOS LOS *ASEGURADOS*, COBERTURAS Y EXTENSIONES DE COBERTURA, POR TODAS LAS *RECLAMACIONES* Y *EVENTOS ASEGURADOS* CUBIERTOS BAJO ESTA PÓLIZA.

LOS *LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN* INDICADOS EN LAS EN LA CARÁTULA BAJO CADA COBERTURA ES LA CANTIDAD MÁXIMA A PAGAR POR EL ASEGURADOR CON RESPECTO A CADA COBERTURA, INDICADA EN LA CARÁTULA. ESTOS LÍMITES FORMAN PARTE INTEGRANTE, Y NO APLICAN EN EXCESO, DEL *LÍMITE AGREGADO DE INDEMNIZACIÓN*.

EL *ASEGURADOR* NO ABONARÁ EN NINGÚN CASO MÁS DE UN *LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN* POR TODAS LAS *PÉRDIDAS* QUE SE DERIVEN DE UN *EVENTO ÚNICO*.

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado y que el Contrato de Seguro no presta cobertura por las razones previamente anotadas. En todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Juzgado en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada, y en consecuencia la suma asegurada es un valor único independientemente del numero de asegurados que contempla el contrato de seguro.

5. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR EN LO ATINENTE AL DEDUCIBLE PACTADO 10%, MÍNIMO COP $150.000.000

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

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitales	$4,500,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00

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

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

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

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

> *En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a "Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes"* [28]. (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable en virtud de la aplicación de los contratos de seguro. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, corresponde al 10% de la pérdida, mínimo COP $150.000.000

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

6. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

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

7. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

Es claro que en este caso operó la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro en la

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

medida en que de conformidad con la legislación comercial el término es de dos años y empieza a correr desde que el tercero le reclama por primera vez, de manera judicial o extrajudicial, al asegurado, en ese sentido se encuentra que quienes componen el extremo activo de la litis le formularon reclamación extrajudicial a la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., el día 30 de septiembre de 2021. Conforme con lo anterior, desde aquella fecha la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., contaba con 2 años para formular el llamamiento en garantía, pero no lo hizo en término sino hasta el 4 de octubre de 2024 cuando el término bienal de prescripción había fenecido con creces.

Es claro que en materia de seguros existe un régimen de prescripción especial consagrado en el articulo1081 del Código de Comercio, tal disposición prevé el termino de dos años para el ejercicio de las acciones derivadas del contrato de seguro, a su vez el citado artículo debe ser interpretado en concordancia con el artículo 1131 del C.Co que indica, que la prescripción frente al asegurado empezará a correr desde el momento en que la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.

De acuerdo con lo anterior, la reclamación extrajudicial en los términos del artículo 1131 del Código de comercio se efectuó a la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., con la solicitud de conciliación del 16 de septiembre de 2021, y la audiencia de conciliación que se llevó a cabo el 30 de septiembre de 2021, misma fecha en que se expidió la constancia de no acuerdo. Es decir que, la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., contaba con dos años a partir de ahí (30 de septiembre de 2021) para iniciar la acción en contra de la aseguradora, es decir hasta el 30 de septiembre de 2023. Pese a lo anterior, la vinculación de mi representada al presente litigio se efectuó con la presentación del llamamiento en garantía el día **4 de octubre de 2024** cuando ya había fenecido con creces el termino de prescripción bienal.

Conforme con lo anterior, debe resaltarse que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros, y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino

también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

> *"**ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>.** La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*
> *La prescripción ordinaria **será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción**.*
> *La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Por otro lado, en lo atinente a los seguros de responsabilidad, para evaluar la prescripción derivada del contrato de seguro es necesario analizar el artículo 1131 del Código de Comercio que establece:

> ***"ARTÍCULO 1131. OCURRENCIA DEL SINIESTRO. En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro** en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. **Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial**."* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así, deberá en los seguros de responsabilidad entenderse que empezará a contarse el término prescriptivo frente al asegurado, desde el momento en que la víctima realiza la primera reclamación judicial o extrajudicial. Pues es desde esta fecha en que empezarán a correr los dos años para que prescriba la acción derivada del contrato de seguro frente al asegurado. Lo anterior ha sido

reiterado por la Corte Suprema de Justicia, en el entendido de precisar que el término prescriptivo del llamado en garantía deberá empezar a contarse a partir de la fecha en que se realiza la reclamación judicial o extrajudicial al asegurado, como se lee:

> *"Del contenido de ese mandato refulge, sin duda, que en los seguros de responsabilidad civil, especie a la que atañe el concertado entre Flota Occidental S.A. y Axa Colpatria Seguros S.A., subsisten dos sub-reglas cuyo miramiento resulta cardinal para arbitrar cualquier trifulca de esa naturaleza. La primera, consistente en que el término de prescripción de las acciones que puede ejercer el agredido contra el ofensor corre desde la ocurrencia del "riesgo asegurado" (siniestro).* ***Y la segunda, que indica que para la aseguradora dicho término inicia su conteo a partir de que se le plantea la petición judicial o extrajudicial de indemnización por la situación o circunstancia lesiva al tercero,*** *no antes ni después de uno de tales acontecimientos, lo que revela el error del censurado que percibió cosa diversa.*
>
> *Ello es así, sobre todo porque si la aseguradora no fue perseguida mediante acción directa, sino que acudió a la lid en virtud del llamamiento en garantía que le hizo Flota Occidental S.A. (demandada) para que le reintegrara lo que tuviera que sufragar de llegar a ser vencida, era infalible*
> *aplicar el precepto 1081 ib., en armonía con lo consagrado en el artículo 1131 ib. a efectos de constatar si la intimación se le hizo o no de forma tempestiva.*
>
> *De lo antelado se infiere, con certeza, que en este evento,* ***al estar de por medio un seguro de responsabilidad civil, pues fue en virtud de ese pacto que Flota Occidental requirió a Axa Colpatria Seguros S.A. (llamada en garantía), era, pues, impostergable establecer, con base***
> ***en la citada disposición (art. 1131 ib.), desde cuándo empezó a correr el***

término de prescripción bienal o quinquenal de las acciones contractuales que podía ejercer la transportadora frente a la aseguradora, valga decir, si desde que los causahabientes de los
fallecidos le reclamaron por vía extrajudicial ora judicialmente; ello con el fin de conocer la suerte de la excepción de prescripción *que Axa Colpatria Seguros S.A., enarboló con miras a fraguar el llamado que le hizo Flota Occidental S.A., (asegurada), por ser esa, y no otra la directiva indicada para sortear tal incógnita.*

Para reforzar lo dicho, es preciso señalar que en el ramo de los seguros de responsabilidad civil la ley no exige que el productor del menoscabo primero sea declarado responsable para que pueda repetir contra el asegurador, pues basta con que al menos se la haya formulado una reclamación (judicial o extrajudicial), ya que a partir de ese hito podrá dirigirse contra la aseguradora en virtud del contrato de seguro; luego, siendo ello así, como en efecto lo es, mal se haría al computarle la
prescripción de las acciones que puede promover contra su garante desde época anterior al instante en que el perjudicado le reclama a él como presunto infractor."1
(Subrayado y negrilla fuera del texto)

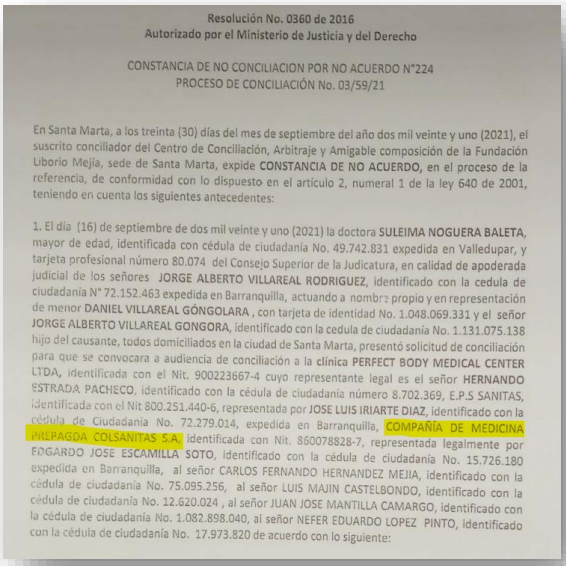
En esa misma determinación y siguiendo la misma línea respecto del momento en que debe empezar a contarse el término prescriptivo, hizo ver que:

"(…) ***La demanda judicial o extrajudicial de la indemnización de la víctima al asegurado, la toma el citado precepto como hecho mínimo para la exigibilidad de la responsabilidad que pueda reclamar el asegurado frente al asegurador*** *[…]* ***Luego si solo desde ese instante***
puede reclamarse la responsabilidad al asegurador por parte del asegurado, mal puede hacerse el cómputo de la prescripción desde época anterior *(CSJ*

SC de 18 de may. de 1994, Rad. 4106).” 2(Subrayado y negrilla fuera del texto)

De modo que resulta claro que, el término bienal para que opere la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro deberá empezar a contarse desde el momento en que la víctima hace la reclamación al asegurado, pues es allí cuando nace la obligación condicional de esta, así lo ha expuesto la Corte y lo ha confirmado en diversos planteamientos jurisprudenciales que dan cuenta de que es la fecha de la reclamación extrajudicial la que marca el hito temporal a partir del cual deberá empezar a contarse el término bienal de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro.

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que por los hechos que hoy ocupa la atención del despacho, el hoy demandante efectuó la reclamación extrajudicial a la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., con la solicitud de audiencia de conciliación que tuvo lugar el 30 de septiembre de 2021, tal como se muestra en la documentación allegada al despacho, veamos:



Resolución No. 0360 de 2016
Autorizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho

CONSTANCIA DE NO CONCILIACION POR NO ACUERDO N°224
PROCESO DE CONCILIACIÓN No. 03/59/21

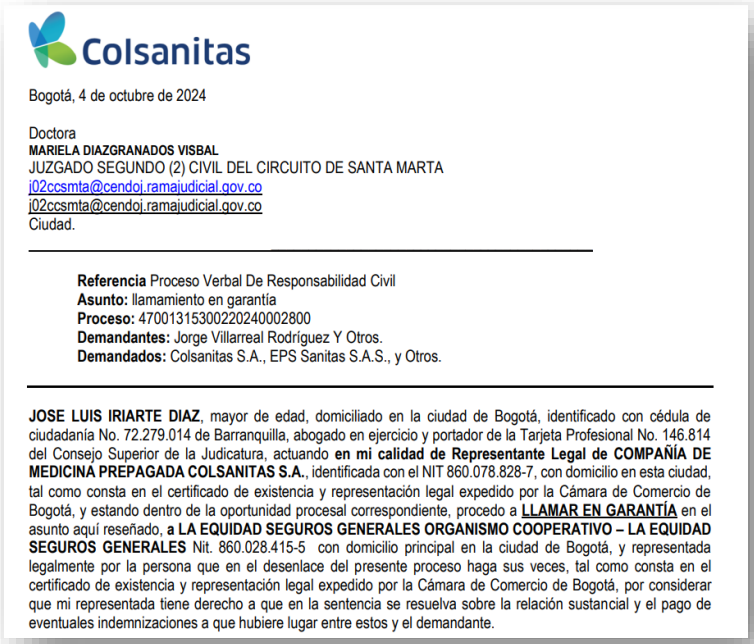
En Santa Marta, a los treinta (30) días del mes de septiembre del año dos mil veinte y uno (2021), el suscrito conciliador del Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable composición de la Fundación Liborio Mejía, sede de Santa Marta, expide **CONSTANCIA DE NO ACUERDO**, en el proceso de la referencia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2, numeral 1 de la ley 640 de 2001, teniendo en cuenta los siguientes antecedentes:

1. El día (16) de septiembre de dos mil veinte y uno (2021) la doctora **SULEIMA NOGUERA BALETA**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 49.742.831 expedida en Valledupar, y tarjeta profesional número 80.074 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderada judicial de los señores **JORGE ALBERTO VILLAREAL RODRIGUEZ**, identificado con la cedula de ciudadanía N° 72.152.463 expedida en Barranquilla, actuando a nombre propio y en representación de menor **DANIEL VILLAREAL GÓNGOLARA** , con tarjeta de identidad No. 1.048.069.331 y el señor **JORGE ALBERTO VILLAREAL GONGORA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.131.075.138 hijo del causante, todos domiciliados en la ciudad de Santa Marta, presentó solicitud de conciliación para que se convocara a audiencia de conciliación a la **clínica PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA**, identificada con el Nit. 900223667-4 cuyo representante legal es el señor **HERNANDO ESTRADA PACHECO**, identificado con la cédula de ciudadanía número 8.702.369, E.P.S SANITAS, identificada con el Nit 800.251.440-6, representada por **JOSE LUIS IRIARTE DIAZ**, identificado con la cédula de Ciudadanía No. 72.279.014, expedida en Barranquilla, **COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGDA COLSANITAS S.A.** identificada con Nit. 860078828-7, representada legalmente por **EDGARDO JOSE ESCAMILLA SOTO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 15.726.180 expedida en Barranquilla, al señor CARLOS FERNANDO HERNANDEZ MEJIA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 75.095.256, al señor LUIS MAJIN CASTELBONDO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 12.620.024 , al señor JUAN JOSE MANTILLA CAMARGO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.082.898.040, al señor NEFER EDUARDO LOPEZ PINTO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 17.973.820 de acuerdo con lo siguiente:

Lo anterior señor Juez, demuestra que los demandantes Jorge Alberto Villarreal Rodríguez, Jorge

Alberto Villarreal Góngora y el menor Daniel Villarreal Góngora radicaron solicitud de conciliación ante el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable composición de Santa Marta el día 16 de septiembre de 2021 y el día 30 de septiembre de 2021 tuvo lugar la audiencia de conciliación, diligencia de la que la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., fue notificada y estaba debidamente enterada, como se evidencia en la constancia de no acuerdo antes referida.

De acuerdo con lo anterior, es evidente que la reclamación extrajudicial en los términos del artículo 1131 del Código de comercio se efectuó a la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., con la citación a la audiencia de conciliación que se llevó a cabo el 30 de septiembre de 2021, misma fecha en que se expidió la constancia de no acuerdo que reposa en el expediente. Es decir que la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., contaba con dos años a partir de la audiencia de conciliación del 30 de septiembre de 2021 para iniciar la acción en contra de la aseguradora, fecha que contando los términos se extendían hasta el 30 de septiembre de 2023. Pese a lo anterior, la vinculación de mi representada al presente litigio se efectuó con la presentación del llamamiento en garantía el día **4 de octubre de 2024** tal como se aprecia a continuación:



Colsanitas

Bogotá, 4 de octubre de 2024

Doctora
MARIELA DIAZGRANADOS VISBAL
JUZGADO SEGUNDO (2) CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA
j02ccsmta@cendoj.ramajudicial.gov.co
j02ccsmta@cendoj.ramajudicial.gov.co
Ciudad.

Referencia Proceso Verbal De Responsabilidad Civil
Asunto: llamamiento en garantía
Proceso: 47001315300220240002800
Demandantes: Jorge Villarreal Rodríguez Y Otros.
Demandados: Colsanitas S.A., EPS Sanitas S.A.S., y Otros.

JOSE LUIS IRIARTE DIAZ, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con cédula de ciudadanía No. 72.279.014 de Barranquilla, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 146.814 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando **en mi calidad de Representante Legal de COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.**, identificada con el NIT 860.078.828-7, con domicilio en esta ciudad, tal como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, y estando dentro de la oportunidad procesal correspondiente, procedo a **LLAMAR EN GARANTÍA** en el asunto aquí reseñado, **a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO – LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES** Nit. 860.028.415-5 con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, y representada legalmente por la persona que en el desenlace del presente proceso haga sus veces, tal como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, por considerar que mi representada tiene derecho a que en la sentencia se resuelva sobre la relación sustancial y el pago de eventuales indemnizaciones a que hubiere lugar entre estos y el demandante.

Todo lo anterior señor Juez puede recapitularse así:

• Los señores Jorge Alberto Villarreal Rodríguez, Jorge Alberto Villarreal Góngora y el menor Daniel Villarreal Góngora le efectuaron reclamación extrajudicial a la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., el 16 de septiembre de 2021, la audiencia de conciliación extrajudicial se realizo el 30 de septiembre de 2021

• La COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., tenía dos años a partir del 30 de septiembre de 2021 para ejercer cualquier acción en contra de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO – LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES

• El llamamiento en garantía formulado por la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., se radicó hasta el 4 de octubre de 2024, cuando había transcurrido más de 2

años desde que los señores Jorge Alberto Villarreal Rodríguez, Jorge Alberto Villarreal Góngora y el menor Daniel Villarreal Góngora le realizaron la reclamación extrajudicial a la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S. A.

Por lo cual, la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita porque el llamamiento en garantía formulado por la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S. A. fue instaurado hasta el día **4 de octubre de 2024**. Es decir, más de un dos años después de la reclamación extrajudicial (30 de septiembre de 2021), por lo cual es evidente que, en el presente caso, operó el fenómeno jurídico de la prescripción. Además no se evidencia ninguna interrupción del término prescriptivo, pues no ha existido requerimiento por medio del cual la asegurada exija puntualmente el pago de alguna prestación a la aseguradora, presupuesto indispensable a la luz del artículo 94 del CGP.

En ese orden de ideas probados los presupuestos de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro y considerando que la vinculación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO – LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES únicamente responde al llamamiento en garantía que le formulan los señores Jorge Alberto Villarreal Rodríguez, Jorge Alberto Villarreal Góngora y el menor Daniel Villarreal Góngora, es innegable que el Juez deberá proferir sentencia anticipada parcial para eximir de toda obligación a la aseguradora.

En conclusión, está claro que la asegurada la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S. A., no ejerció las acciones derivadas del contrato de seguro en término, toda vez que a partir del 30 de septiembre de 2021 (fecha de la audiencia de conciliación por solicitud de los demandantes) la entidad contaba con el termino de 2 años para formular acción en contra de la aseguradora, sin embargo, tal situación solo ocurrió hasta el 4 de octubre de 2024 cuando se radicó el llamamiento en garantía en contra de mi prohijada, de tal suerte que para dicha calenda ya había transcurrido más de dos años desde la reclamación extrajudicial y por lo tanto el término bienal de prescripción había fenecido. Situación que implica que mi representada no está llamada a afectar

la póliza de seguro.

Por todo lo anterior solicito declarar probada esta excepción.

8. SUJECIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO, EN LA QUE SE IDENTIFICA LA PÓLIZA No. AA195705, EL CLAUSULADO Y LOS AMPAROS

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

Por lo tanto, en caso de que prosperen las pretensiones de responsabilidad civil de la demandante contra mi representada, La Equidad Seguros Generales O. C., en ejercicio de la acción de reclamación directa de la víctima contra la aseguradora, tal relación deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro denominado la Póliza de Seguro RC Profesional Clínicas No. AA195705 certificado AA938495, orden 1, en la cual se encuentran contenidas las condiciones particulares de la póliza y por las condiciones generales contenidas.

9. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, ya sea frente a la demanda o ante el llamamiento en garantía, según lo preceptuado en el artículo 282 del Código General del proceso, el cual indica que, el juez deberá reconocer oficiosamente en la sentencia las excepciones que se prueben dentro del marco del proceso atendiendo a lo que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y la de

prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro contemplada en el artículo 1081 del C.Co.

CAPÍTULO III
CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE AL HECHO 1. Se observa que lo aquí expuesto es cierto de acuerdo con los documentos que obran en el expediente.

FRENTE AL HECHO 2. Se observa que lo aquí expuesto es cierto de acuerdo con los documentos que obran en el expediente.

FRENTE AL HECHO 3. Se observa que lo aquí expuesto es cierto de acuerdo con los documentos que obran en el expediente.

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

No obstante, desde este momento el Despacho deberá tener en cuenta que, de la referida Póliza, solo podría estudiarse la viabilidad de afectación respecto al certificado No. AA195705- AA939629

(Mediante el cual se renueva la vigencia desde el 27 de septiembre de 2021 hasta el 27 de septiembre de 2022) puesto que de acuerdo con la modalidad claims made es la que se ajusta a la fecha del primer reclamo efectuado por los hoy demandantes a la EPS asegurada. Sin embargo, se destaca que de todos modos es imposible pretender afectar la póliza en cuanto n por cuanto, para que opere es indispensable demostrar la responsabilidad atribuible a la asegurada y en este caso no se vislumbran los elementos para ello, por ende, es imposible que surja la obligación indemnizatoria de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

FRENTE AL HECHO 5. Se observa que lo aquí expuesto es cierto de acuerdo con los documentos que obran en el expediente.

FRENTE AL HECHO 6. No es cierto tal como está expuesto. Pues si bien la Póliza No. AA195705 existe y fue tomada por COLSANITAS COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA S.A., contemplando como asegurada a la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. - E.P.S SANITAS S.A.S., la Póliza No. AA195705 no podrá ser afectada por los hechos que se debaten en este litigio, por cuanto, para que opere la obligación indemnizatoria de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., es totalmente necesario que se acredite la realización del riesgo asegurado en la Póliza No. AA195705, circunstancia que en este caso no ha sucedido de acuerdo a lo dispuesto en la contestación de la demanda.

FRENTE AL HECHO 7. No es cierto tal como está expuesto. Pues si bien existe la Póliza No. en donde obra como asegurada la EPS Sanitas, no podrá ser afectada por los hechos que se debaten en este litigio, por cuanto, para que opere la obligación indemnizatoria de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., es totalmente necesario que se acredite la realización del riesgo asegurado en la Póliza No. AA195705, circunstancia que en este caso no ha sucedido de acuerdo con lo dispuesto en la contestación de la demanda, esto es porque no existe responsabilidad alguna de la EPS quien pese a ser la aseguradora en salud de la señora Miryam Luz Góngora, no fue la entidad que efectuó la cobertura de salud por los servicios médicos que le fueron prodigados en la Clínica Perfect, es

decir que como aquella EPS no fue quien autorizó y cubrió dicha atención medica no le es imputable responsabilidad alguna por ello, asimismo debe tenerse en cuanta que los hoy demandantes le efectuaron un reclamo directo a la EPS a través de la conciliación extrajudicial, por lo que en el momento en que la asegurada conoció de ese hecho empezó a correr el término de prescripción, es decir está plenamente demostrado que para el 24 de septiembre de 2021 la EPS ya tenía conocimiento del reclamo extrajudicial en su contra y por ello avisó a la aseguradora sobre ese hecho como parte de las obligaciones que le asisten en virtud del seguro, empero desde esa calenda y hasta el 24 de septiembre de 2021 contaba con 2 años para ejercer las acciones en contra de mi mandante, y no lo hizo, en la medida en que el llamamiento en garantía lo radicó solo hasta el 7 de octubre de 2024, por lo que operó la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro. Además, debe indicarse que el aviso del siniestro del 24 de septiembre de 2021 corresponde a una obligación que impone la ley de conformidad con el artículo 1075 del C.Co., por lo tanto, ese acontecimiento es inane de cara al termino prescriptivo que se consolidó.

FRENTE AL HECHO 8. No es cierto. Pues en virtud de lo expuesto, la Póliza No. AA195705 no podrá ser afectada por los hechos que se debaten en este litigio, por cuanto, para que opere la obligación indemnizatoria de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., es totalmente necesario que se acredite la realización del riesgo asegurado en la Póliza No. AA195705, circunstancia que en este caso no ha sucedido, esto es porque no existe responsabilidad alguna de la EPS quien pese a ser la aseguradora en salud de la señora Miryam Luz Góngora, no fue la entidad que efectuó la cobertura de salud por los servicios médicos que le fueron prodigados en la Clínica Perfect, es decir que como aquella EPS no fue quien autorizó y cubrió dicha atención medica no le es imputable responsabilidad alguna por ello, asimismo debe tenerse en cuanta que los hoy demandantes le efectuaron un reclamo directo a la EPS a través de la conciliación extrajudicial, por lo que en el momento en que la asegurada conoció de ese hecho empezó a correr el término de prescripción, es decir está plenamente demostrado que para el 24 de septiembre de 2021 la EPS ya tenía conocimiento del reclamo extrajudicial en su contra y por ello avisó a la aseguradora sobre ese hecho como parte de las obligaciones que le asisten en virtud del seguro, empero desde esa

calenda y hasta el 24 de septiembre de 2021 contaba con 2 años para ejercer las acciones en contra de mi mandante, y no lo hizo, en la medida en que el llamamiento en garantía lo radicó solo hasta el 7 de octubre de 2024, por lo que operó la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro. Además, debe indicarse que el aviso del siniestro del 24 de septiembre de 2021 corresponde a una obligación que impone la ley de conformidad con el artículo 1075 del C.Co., por lo tanto, ese acontecimiento es inane de cara al término prescriptivo que se consolidó.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE A LA PRETENSIÓN 1. En efecto el Despacho debe resolver sobre la relación sustancial derivada del contrato de seguro, sin embargo, desde ya me opongo a que se imponga obligación indemnizatoria alguna a mi representada puesto que ha operado la prescripción ordinario derivada del contrato de seguro, en tanto transcurrieron más de dos años desde que los hoy demandantes le formularon la reclamación extrajudicial a la EPS Sanitas, y la fecha en que esta última radicó el llamamiento en garantía, además en gracia de discusión tampoco se ha probado la realización del riesgo asegurado comoquiera que no existe prueba de la responsabilidad imputable a EPS SANITAS, en la medida en que aquella no sufragó, autorizó o cubrió la atención en salud prodigada a la paciente en la clínica Perfect, pero además porque tampoco está demostrada la culpa de los galenos para entender que se ha estructurado la responsabilidad.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 2. ME OPONGO a la pretensión elevada por la llamante en garantía debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto si bien LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. es la aseguradora que expidió la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705 que ampara los perjuicios imputables a la asegurada, ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. - E.P.S SANITAS S.A.S., lo cierto es que ha operado la prescripción ordinario derivada del contrato de seguro, en tanto transcurrieron más de dos años desde que los hoy demandantes le formularon la reclamación

extrajudicial a la EPS Sanitas, y la fecha en que esta última radicó el llamamiento en garantía, además en gracia de discusión tampoco se ha probado la realización del riesgo asegurado comoquiera que no existe prueba de la responsabilidad imputable a EPS SANITAS, en la medida en que aquella no sufragó, autorizó o cubrió la atención en salud prodigada a la paciente en la Clínica Perfect, pero además porque tampoco está demostrada la culpa de los galenos para entender que se ha estructurado la responsabilidad.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 3. ME OPONGO, en la medida que, si bien es cierto que la Póliza de seguro en mención comprende la cobertura de gastos de defensa, se pone de presente que cualquier solicitud en este sentido resulta improcedente, en tanto que este no es el objeto del litigio por el cual se llama en garantía a mi procurada. Para pretender cualquier tipo de reconocimiento por la señalada asistencia jurídica tiene que adelantarse dicha pretensión a través de un proceso judicial distinto al que nos ocupa, el cual se insiste es de responsabilidad civil médica y nada tiene que ver con el reembolso de gastos por defensa judicial. Se reitera, no puede el llamante en garantía valerse de este proceso judicial, para intentar resolver en el mismo litigio controversias que definitivamente serían propias de otro trámite. Recuérdese que la figura del llamamiento en garantía se circunscribe a exigir de otro la indemnización que se sufra o el reembolso del pago que tuviere que hacer. Sin embargo, es claro que la parte demandante no está mencionando en sus pretensiones ninguna cobertura por gastos de defensa, razón por la que claramente no puede, por sustracción de materia, la entidad promotora de salud exigir esa cobertura vía llamamiento en garantía, pues excede lo permitido por el artículo 64 del Código General del Proceso.

III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. **FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA PÓLIZA POR CUANTO EL HECHO GENERADOR DEL DAÑO NO FUE AUTORIZADO O SUMINISTRADO POR EPS SANITAS**

El objetivo de la presente excepción, es demostrar que la póliza objeto del llamamiento en garantía que se le efectuó a mi prohijada no presta cobertura material dado que para que pueda ser configurada la misma siendo la responsabilidad civil profesional a el asegurado EPS SANITAS S.A.S., es necesario que sea sobre aquellos actos médicos realizados por los profesionales de las entidades con las cuales el asegurado tenga una relación para prestar esos servicios sea mediante la autorización o sea aquella entidad con convenio en la IPS donde se atendió al paciente. Pero en el presente caso, queda demostrado mediante la historia clínica de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) no fue atendida por convenio o autorización de la EPS SANITAS S.A.S., luego la póliza no presta cobertura porque la aseguradora solo cubre en los eventos que autorizados por la EPS asegurada y como no es el caso, el seguro no puede afectarse.

Frente a la delimitación positiva del riesgo de la póliza objeto de este proceso, ampara específicamente la *"Responsabilidad civil profesional haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, en las entidades en donde el Asegurado tiene una relación con la entidad prestadora de servicios de salud, siempre que el Asegurado sea nombrado en un proceso de negligencia médica, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional.*" Por lo cual, la cobertura de la misma únicamente incluye la responsabilidad civil imputable al tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo su supervisión legal.

En tal virtud, la ley ha sido bastante clara en establecer que el asegurador tiene la libertad de definir y aceptar los riesgos que le son trasladados para asegurar al momento de celebrar el contrato de seguro o cuando el mismo se modifique o agrave. Según lo expresa el Articulo 1060 del Código de Comercio:

> *"El asegurado o el tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito al asegurador los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso lo del*

artículo 1058 , signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de diez días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, el asegurador podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. Pero sólo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho al asegurador a retener la prima no devengada.

Esta sanción no será aplicable a los seguros de vida, excepto en cuanto a los amparos accesorios, a menos de convención en contrario; ni cuando el asegurador haya conocido oportunamente la modificación y consentido en ella."

Según lo anterior, en el caso en concreto mi prohijada en calidad de asegurador pacto el riesgo de la Responsabilidad Civil Profesional frente a las actividades de la clínica privada del sector de la salud o por los profesionales vinculados y/o adscritos, en las entidades en donde el Asegurado tiene una relación con las misma. Solo frente a esos casos, será cuando la aseguradora esta llamada a responder, pero como se ha demostrado al momento en el que la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) recibió atención por parte de Clínica PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA pero no con cargo al plan de beneficios en salud en su calidad de afiliada a la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S., sino que la cobertura de la atención que se le presto se hizo con cargo a otra entidad diferente, genera que dicha atención no estuviera dentro del riesgo

asegurado y dentro cobertura pactada entre las partes de la póliza contratada por ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.

En conclusión, La Equidad Seguros Generales O.C., asumió mediante la póliza de Responsabilidad Civil Profesional el riesgo trasladado por parte de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. de responder por la responsabilidad que le fuera imputable por los servicios prestados en las entidades donde tuviera algún tipo de relación o hubiera estado inmerso en la atención del paciente. Sin embargo, aquí se encuentra probado la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) no fue atendida por convenio o autorización de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S., por lo cual, el amparo que se pactó no presta cobertura en este caso.

2. **INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA, POR CUANTO NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS NO. AA195705**

Se plantea esta excepción para explicar que la Equidad Seguros Generales O.C. se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible a la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S., cuando ella deba asumir un perjuicio que cause a un tercero con ocasión de determinada responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra, como consecuencia de un servicio médico, prestado dentro de los predios del asegurado. Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado, puesto que, de conformidad con las pruebas obrantes en el litigio que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de **la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.,** porque, dentro del plenario y en la presentación de la demanda no se demuestran los elementos de su responsabilidad. Puesto que, según la historia clínica de la Clínica PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA donde se atendió a la paciente la atención en salud se brindó por la cobertura de una institución distinta y no por la EPS, lo que implica que a ella no le son oponibles los supuestos perjuicios que se hubieren podido causar como consecuencia de una atención medica

no autorizada por la EPS. Lo que quiere decir que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado.

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

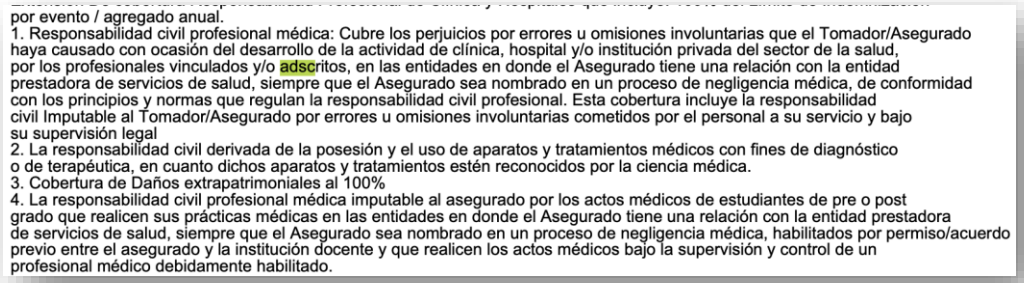
De tal manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes. En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

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

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...)"[29]*(Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones bajo las cuales asumen los mismos. Así las cosas, se evidencia que la cobertura principal de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA195705 es amparar la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones u omisiones profesionales, tal y como se expone a continuación:

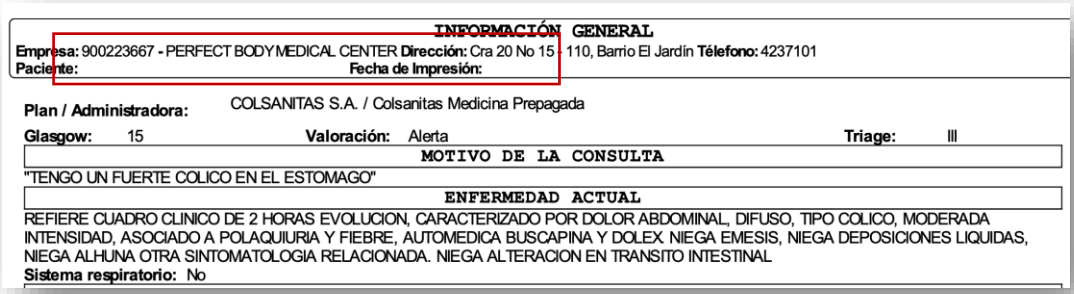
[29] Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de septiembre de 2017. M.P. Ariel Salazar Ramírez.


por evento / agregado anual.
1. Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, en las entidades en donde el Asegurado tiene una relación con la entidad prestadora de servicios de salud, siempre que el Asegurado sea nombrado en un proceso de negligencia médica, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo su supervisión legal
2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.
3. Cobertura de Daños extrapatrimoniales al 100%
4. La responsabilidad civil profesional médica imputable al asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas en las entidades en donde el Asegurado tiene una relación con la entidad prestadora de servicios de salud, siempre que el Asegurado sea nombrado en un proceso de negligencia médica, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado.

En tal virtud, La Equidad Seguros Generales O.C. se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible a la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. cuando ella deba asumir un perjuicio que cause a un tercero con ocasión de determinada responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra, como consecuencia de un servicio médico, prestado dentro de los predios del asegurado. Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado, puesto que de conformidad con las pruebas obrantes en el litigio que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. Lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado. Sobre el particular, se destaca que el asegurador se comprometió mediante la Póliza R.C. Profesional Clínicas No. AA195705, a amparar la responsabilidad profesional de ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. por el servicio médico que preste las IPS con las que tiene convenio, empero como en este caso la atención no se brindó por convenio entre dichas empresas, lo cierto es que no puede afectarse el seguro.

Ahora bien, en el presente caso debe reiterarse que la según la historia clínica de la señora Góngora, la atención que ella recibió en la Clínica Perfect no fue procurada en virtud de una autorización de la EPS SANITAS, por lo tanto, a la luz del contrato de seguro la atención medica por la cual se pretenda una indemnización debió ser autorizada o procurada por la asegurada EPS,

y como en este caso no ocurrió, lo cierto es que no podrá afectarse el seguro. Lo antes expuesto encuentra respaldo en la historia clínica:



INFORMACIÓN GENERAL

Empresa: 900223667 - PERFECT BODY MEDICAL CENTER **Dirección:** Cra 20 No 15 - 110, Barrio El Jardín **Télefono:** 4237101
Paciente: **Fecha de Impresión:**

Plan / Administradora: COLSANITAS S.A. / Colsanitas Medicina Prepagada

Glasgow: 15 **Valoración:** Alerta **Triage:** III

MOTIVO DE LA CONSULTA

"TENGO UN FUERTE COLICO EN EL ESTOMAGO"

ENFERMEDAD ACTUAL

REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 HORAS EVOLUCION, CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL, DIFUSO, TIPO COLICO, MODERADA INTENSIDAD, ASOCIADO A POLAQUIURIA Y FIEBRE, AUTOMEDICA BUSCAPINA Y DOLEX. NIEGA EMESIS, NIEGA DEPOSICIONES LIQUIDAS, NIEGA ALHUNA OTRA SINTOMATOLOGIA RELACIONADA. NIEGA ALTERACION EN TRANSITO INTESTINAL

Sistema respiratorio: No

Aunado a lo anterior, de toda maneras en el caso de marras no se evidencia responsabilidad alguna, puesto que con las pruebas obrantes en el proceso queda en evidencia que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S., comoquiera que, para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, es necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico, la cual no está demostrada en este caso por cuanto que, por el contrario se encuentra probado que, desde la primera valoración de la señora MIRIAM LUZ GÓNGORA, fue atendido de forma oportuna e idónea, en apego a la lex artis.

Lo anterior significa, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado. Se reitera, que no se ha realizado el riesgo asegurado comoquiera que EPS SANITAS no autorizó o procuró la atención recibida por la paciente en la clínica Perfect, por lo tanto no le es oponible ninguna responsabilidad, pero además por parte de los galenos no se cometió yerro o incumplimiento alguno en la prestación del servicio a la señora MIRIAM LUZ GÓNGORA, lo cierto es que se refleja que desde el primer momento en que la paciente ingresó a Perfect Body Medical Center los galenos ordenaron la

realización de todos los exámenes diagnósticos, hemogramas, ultrasonografía, radiografías, tomografía, intervención quirúrgica, y demás procedimientos necesarios dirigidos al manejo de su patología, sin embargo el hecho de la muerte no tiene nexo causal alguno con la atención brindada y obedece exclusivamente a la evolución negativa o tórpida propia de cada organismo humano, y al margen de toda la diligencia y atención perita y oportuna que se prodigó a la paciente es imposible imputar responsabilidad a las instituciones demandada puesto que su actuar en nada constituyó a la producción del daño alegado.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro. Es decir, que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad. Por ende, la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA195705. Las diversas condiciones, al ámbito de los amparos, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado. Al respecto, siempre se deberán atender los riesgos asumidos por Aseguradora en virtud del artículo 1056 del Código de Comercio, los valores asegurados para cada uno de los amparos y demás condiciones pactadas en el contrato de seguros.

En conclusión, no se ha realizado el riesgo asegurado en el presente asunto teniendo en cuenta que no ha nacido la obligación condicional, esto es, la responsabilidad por parte de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. Lo anterior, en tanto es necesaria la comprobación de los tres elementos fundamentales para estructurar la responsabilidad médica: falla médica culposa, el daño y el nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, en el presente asunto no es dable endilgar responsabilidad en cabeza de la E.P.S. asegurada. Lo quiere decir, que no hay obligación a cargo de mi prohijada, como quiera que el riesgo asegurado no se ha realizado.

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

3. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS NO. AA195705.

En este caso en concreto, la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA195705 establece una serie de coberturas, así como exclusiones tanto generales como particulares que pueden eximir al asegurador de su obligación de indemnizar en determinadas circunstancias. Es crucial considerar que en caso de que en el curso del proceso se llegare a probar que alguna de estas exclusiones generales y particulares detalladas en las condiciones de la póliza se ha configurado, no podrá surgir la obligación indemnizatoria por parte de la Equidad Seguros Generales O.C. en relación con el presente caso, comoquiera que dichas estipulaciones contractuales fueron previstas por las partes del negocio aseguraticio y en dicha medida delimitan la asunción de los riesgos por parte del asegurador, en otras palabras si los eventos que constituyen exclusiones se acreditan, el juzgador no podría imponer obligación alguna a la compañía aseguradora.

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del Contrato de Seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al Asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza. En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

> *"Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la*

I.P.S. Universitaria de Antioquia, el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro"[30]

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

"Este principio de la universalidad que informa al seguro de transporte, entre otros más, justifica las precisas diferencias que, en lo pertinente, existen con las demás clases de seguros. ***Así, por vía de ejemplo, en lo tocante con la delimitación del riesgo,*** *mientras el artículo 1056 del Código de Comercio permite que el asegurador, a su arbitrio, asuma "todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado", el art. 1120 ib. preceptúa que el seguro de transporte "comprende todos los riesgos inherentes al transporte, salvo el deterioro por el simple transcurso del tiempo y los riesgos expresamente excluidos" (Se subraya),* ***luego, en este último negocio aseguraticio, el asegurador es responsable cuando la pérdida sea ocasionada por uno de los "riesgos inherentes al transporte", salvo que el riesgo se encuentre expresa e inequívocamente excluido por las partes."***[31] (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

[30] Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020.
[31] Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 31 de enero de 2007. Rad 2000-5492-01. M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

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 prestablecido, 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»[32] (Negrilla y resaltado por fuera del 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, el patrimonio o la persona del asegurado".***

32 Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 13 de diciembre de 2019. Rad. 2008-00193-01. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (…) (Subrayado y negrilla por fuera del texto original)[33]

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.

En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA195705 en sus Condiciones Generales señala una serie de exclusiones, las cuales enuncio a continuación, porque de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohijada:

"Exclusiones principales Las principales exclusiones de la presente póliza son:

33 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.

¿h Actos médicos prohibidos por leyes específicas o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades competentes cuando tal autorización fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios profesionales aceptados para la práctica de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, salvo que se trate de actos médicos y/o actividades de la Unidad de Investigación del asegurado.

¿h Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico - experimental utilizados como ultimo remedio para el ¡paciente ¡¨ a raíz de su condición.

¿h Salvo que se trate de la atención de una urgencia vital se excluyen los actos médicos realizados bajo dirección, supervisión o aprobación del asegurado o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado cuando su habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos no exista, ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

¿h El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte de los asegurados, salvo que por mandato legal o por orden de autoridad competente se exija revelar información bajo reserva.

¿h Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del ¡paciente ¡¨.

¿h El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.

¿h La provocación intencional del daño (dolo) en el ejercicio de la prestación de

los servicios de salud.

¿h Perjuicios derivados del uso de la energía nuclear con excepción de aquellos que sean consecuencia de la utilización de la misma como parte de los servicios en salud que presta el asegurado.

¿h Actos médicos que importen danos por contaminación de sangre cuando el asegurado no hubiesen cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional medico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos. Sin embargo, están cubiertas las reclamaciones formuladas por pacientes o terceros en nombre de estos, por los perjuicios causados como resultado de un acto malintencionado del personal al servicio del asegurado y/o terceros.

¿h Sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativas.

¿h Actividades u operaciones de guerra declarada o no, hostilidades, invasión de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, insurrección, huelga, motín, conmoción civil, vandalismo, terrorismo, actos mal intencionados de terceros, conspiraciones, poder militar o usurpado, requisición y destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad, nacional departamental o municipal, disturbios políticos y sabotajes con explosivos.

¿h Contagio, infección, irradiación, exposición a rayos X, o cualquier otro medio, ocurrida o contraída durante la vigencia de un contrato de servicio o aprendizaje de cualquier tercero con el asegurado a menos que sea consecuencia de un hecho accidental, súbito e imprevisto o del mal funcionamiento de los bienes.

¿h Reclamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas a los asegurados o a su representante por el ¡§paciente ¡¨ y/u otra persona natural o

jurídica a nombre del ¡§paciente ¡¨, y con relación a la prestación de servicios y/o tratamientos a dicho ¡§paciente ¡¨ por parte de los asegurados, excepto aquellos generales de la póliza.

¿h Danos a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado, de miembros de su familia o dependientes, o de cualquier persona que actúe en su nombre, incluyendo danos por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparición de bienes, de propiedad de terceros empleados y pacientes salvo que haya responsabilidad del asegurado en dicha desaparición o daño.

¿h La responsabilidad civil profesional diferente a la provista por esta póliza tal como la responsabilidad civil profesional de ingenieros, arquitectos, abogados, entre otros. Lo anterior, salvo que sus actos tengan trascendencia en un acto médico que origine responsabilidad del asegurado.

¿h Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al ¡§paciente¡ excepto en los casos en que el asegurado no esté en capacidad de recibir más pacientes por insuficiencia en la capacidad disponible asistencial, en los casos que el paciente sea remitido a su red primaria de atención debido a que el nivel de complejidad de los servicios que requiere es diferente al que presta el asegurado y/o en los eventos en los cuales el asegurado no cuenta con los recursos para prestar la atención al paciente, tales como: atención de tipo psiquiátrico y obstetricia (atención parto); sin embargo, en estos últimos dos casos (psiquiátrico y obstetricia) el HPTU asegurado prestara la atención prioritaria cuando sea pertinente, y remitirá al paciente a otras instituciones.

¿h El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza; así como también los danos causados

por la acción paulatina de gases o vapores, sedimentaciones o deshechos como humo, hollín, polvo y otros, humedad, moho, hundimiento de terreno y sus mejoras, por corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua, siempre que se deriven como consecuencia de un acto de la naturaleza. Sin embargo, la presente póliza indemnizara los perjuicios reclamados por el incumplimiento de los deberes de seguridad en que incurra el asegurado con ocasión de su actividad.

¿h El incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

¿h La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito, repentino e imprevisto.

¿h El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.

¿h El uso de armas de fuego con excepción de aquellas utilizadas por personal autorizado y capacitado para garantizar la vigilancia de los predios y actividades del asegurado.

¿h Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.

¿h Danos causados por la aplicación de anestesia general o, que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de una institución debidamente equipada y acreditada para tal fin.

¿h Pérdidas patrimoniales puras incluyendo, pero no limitadas a perdida de utilidades, perdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia de un acto del asegurado cubierto por esta póliza.

¿h Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se

cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.

¿h La responsabilidad civil patronal o de cualquier obligación de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud de cualquier ley o reglamento sobre accidentes de trabajo, riesgos profesionales, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez, o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad semejante, sea pública o privada.

¿h Exclusión de enfermedad contagiosa y pandemia"

Teniendo en cuenta lo anterior, es menester señalar que, si durante el proceso se logra establecer la ocurrencia de alguna de las exclusiones arriba señaladas o cualquiera de las que constan en las condiciones generales, la póliza no podrá ser afectada. En tanto la situación se encontraría inmersa en una exclusión. Así las cosas, de configurarse alguna de ellas no podrá existir responsabilidad en cabeza de Equidad Seguros Generales O.C., por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la Póliza, pues las partes acordaron pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización.

En conclusión, de configurarse alguna de las exclusiones previamente mencionadas o las que constan en el clausulado general de la póliza, no podrá existir responsabilidad en cabeza de La Equidad Seguros Generales O.C. Por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación del Contrato de Seguro, pues las partes acordaron expresamente pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la Póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

4. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS.

En importante que se tenga en cuenta que el carácter meramente indemnizatorio de los contratos de seguros establece que su función principal es compensar los daños sufridos sin generar un beneficio económico adicional para el asegurado. Luego, la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA195705 se rige bajo un principio indemnizatorio. En este contexto, es importante que se tenga en cuenta que la misma no podrá afectarse por varias circunstancias a saber: Primero, no se ha realizado el riesgo asegurado en el sentido de que las pruebas obrantes en el proceso no es posible endilgar responsabilidad alguna al extremo pasivo y segundo, la solicitud de reconocimiento de emolumento tales como: lucro cesante, daños morales, daño emergente y daño a la vida de relación son inviables si no se presenta evidencia concreta para su reconocimiento. Respecto del lucro cesante, no se acredita la pérdida económica específica, como ocurre cuando la demandante no demostró la actividad laboral y el dinero que devengaba el causante. De igual manera, la compensación por daño moral no se ajusta a los criterios establecidos por la Corte Suprema de Justicia y no puede ser incompatible con los hechos del caso. Además, el daño a la vida de relación solo procede para la víctima directa del daño, evento que en el caos de marras es improcedente debido al deceso de la señora Luz Góngora, pero en gracia de discusión tampoco se cumplen los requisitos para su concesión, lo anterior implica que a la luz del principio indemnizatorio las compensaciones tienen un límite de conformidad a la pérdida real sufrida y no más allá de ello.

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que, la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso**:**

"(…) Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino

que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato (…)".34

Se puede concluir entonces que el Contrato de Seguro tiene un carácter meramente indemnizatorio y por tal motivo, tiene como finalidad llevar a la víctima al estado anterior, más no enriquecerla. Es por ello que, aterrizando al caso en cuestión, no es de recibo indemnizar el daño tal y como fue pretendido por la parte Demandante, más aún, teniendo en cuenta las tasaciones exorbitantes de sus perjuicios no probados. En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio estableció lo siguiente:

"(…) Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso (…)" (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Así las cosas, el carácter de los seguros es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Conforme a ello, en caso de pagarse suma alguna que no esté debidamente acreditada por la parte accionante, se estaría contraviniendo el citado principio de mera indemnización del contrato de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una

[34] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 22 de julio de 1999. Expediente:5065

responsabilidad a cargo de la parte pasiva y eventualmente enriqueciendo al accionante.

No puede perderse de vista que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiene a un carácter meramente indemnizatorio. Así las cosas, de efectuar cualquier pago por concepto de daño emergente, y emolumentos que en general no se encuentran debidamente acreditados, implicaría un enriquecimiento para la parte demandante y en esa medida se vulneraría el principio indemnizatorio del seguro. Comoquiera que sus aseveraciones no fueron respaldadas con medios de prueba suficientes. En efecto, no obra en el expediente material probatorio que acredite **(i)** no se acreditaron los elementos constitutivos de responsabilidad y **(ii)** la afectación de los hechos objeto de litigio a la parte demandante.

En otras palabras, si se reconocieran los daños pretendidos se transgrediría el principio indemnizatorio del seguro toda vez que se estaría enriqueciendo al extremo actor en lugar de repararlo. En primer lugar, en tanto la solicitud de reconocimiento de emolumento por lucro cesante es inviable porque no se presentó evidencia concreta del valor de los ingresos mensuales que la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) estaba recibiendo antes de su fallecimiento. Esto implica que no se demostró una pérdida económica específica a los demandantes atribuible al fallecimiento de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D). En segundo lugar, no se puede otorgar compensación por concepto de lucro cesante comoquiera que sus aseveraciones no fueron respaldadas con medios de prueba suficientes. Para empezar, debe hacerse remembranza que no existe prueba si quiera sumaria que permita probar (i) la actividad económica que ejercía la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D) antes de su fallecimiento y (ii) que percibiera ingresos por dicha actividad productiva y cuales eran, por lo cual no se acredito que hubiera existido una ganancia dejada de percibir con ocasión a el fallecimiento de la señora Miriam Luz Góngora (Q.E.P.D). Igualmente, tampoco es procedente el reconocimiento de algún tipo de concepto por lucro cesante en tanto que erróneamente tasan dicha pretensión con el salario mínimo incrementándolo en un 25% por concepto de prestaciones sociales pese a que no se probó un vínculo laboral, como se mencionó anteriormente y que solicitan suma indemnizatoria en favor del señor Jorge Alberto Villarreal

Góngora quien como tal y se demuestra en el expediente era mayor de edad para el momento en que su madre falleció y no se aportó ningún elemento material probatorio del que pueda predicarse su dependencia económica frente a ella. Tampoco respecto a la pretensión de daño moral en las sumas solicitadas debido a que las reclamaciones no se ajustan a los criterios establecidos por la Corte Suprema de Justicia, y, por lo tanto, no son congruentes con los hechos del caso. Además, no es procedente el reconocimiento de daño a la vida de relación para los demandantes, ya que no cumplieron y acreditaron los requisitos necesarios para su concesión.

En conclusión, por todo lo anterior y teniendo en cuenta que dentro del plenario no se demostraron los perjuicios solicitados en el pétitum de la demanda, su reconocimiento claramente vulneraría el principio indemnizatorio. Lo anterior, por cuanto en primer lugar, es inviable reconocer emolumento alguno referente al lucro cesante, puesto que se no se probó el valor de los ingresos mensuales dejados de percibir por la demandante. En segundo lugar, es inviable el reconocimiento por el daño moral en las sumas pretendidas, pues desconocen los baremos establecidos por la Corte Suprema de Justicia, por lo que no se compadece frente a los supuestos facticos del caso de marras. Aunado a lo anterior, no procede reconocimiento por daño a la vida de relación respecto de los demandantes, por cuanto no acreditaron los presupuestos para su concesión. En consecuencia, reconocer los perjuicios tal y como fueron solicitados, transgrediría el carácter meramente indemnizatorio que reviste a los contratos de seguro, lo que implica que más allá de procurar una reparación se desborda su finalidad para generar un enriquecimiento injustificado que el despacho no podría avalar.

5. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO POR EVENTO Y POR VIGENCIA

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que en este sentido sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de La Equidad Seguros

Generales O.C., exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada. En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada.

El artículo 1079 del Código de Comercio, reza lo siguiente en torno a 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" [35]*(Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la porción de riesgo asumido. Así las cosas, el límite de la responsabilidad de la Aseguradora corresponde a la suma asegurada individual por evento y vigencia anual indicado en la carátula de la Póliza de Seguro RC Profesional Clínicas No. AA195705 certificado AA810302, así:

- **En ese sentido se debe tener en cuenta que el límite asegurado es de $ 4.500.000.000 por vigencia anual**.

El Honorable despacho debe tener de presente, los limites indemnizatorios según el clausulado de Beazley el cual se muestra a continuación en el sentido que independientemente de que aunque EPS SANITAS S.A.S. y la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., sean asegurados de la presente póliza, ello no implica que la suma asegurada ($ 4.500.000.000) aplique independientemente para cada una de las entidades, sino que suma estipulada en la póliza es una única suma que se aplicaría por este proceso aunque en el mismo estén vinculados los dos asegurados.

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

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitales	$4,500,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00

E. ESTIPULACIONES DE APLICACIÓN GENERAL

1. *LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN*

EL *LÍMITE AGREGADO DE INDEMNIZACIÓN* ES LA CANTIDAD MÁXIMA A PAGAR POR EL *ASEGURADOR* CON RESPECTO A TODOS LOS *ASEGURADOS*, COBERTURAS Y EXTENSIONES DE COBERTURA, POR TODAS LAS *RECLAMACIONES* Y *EVENTOS ASEGURADOS* CUBIERTOS BAJO ESTA PÓLIZA.

LOS *LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN* INDICADOS EN LAS EN LA CARÁTULA BAJO CADA COBERTURA ES LA CANTIDAD MÁXIMA A PAGAR POR EL ASEGURADOR CON RESPECTO A CADA COBERTURA, INDICADA EN LA CARÁTULA. ESTOS LÍMITES FORMAN PARTE INTEGRANTE, Y NO APLICAN EN EXCESO, DEL *LÍMITE AGREGADO DE INDEMNIZACIÓN*.

EL *ASEGURADOR* NO ABONARÁ EN NINGÚN CASO MÁS DE UN *LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN* POR TODAS LAS *PÉRDIDAS* QUE SE DERIVEN DE UN *EVENTO ÚNICO*.

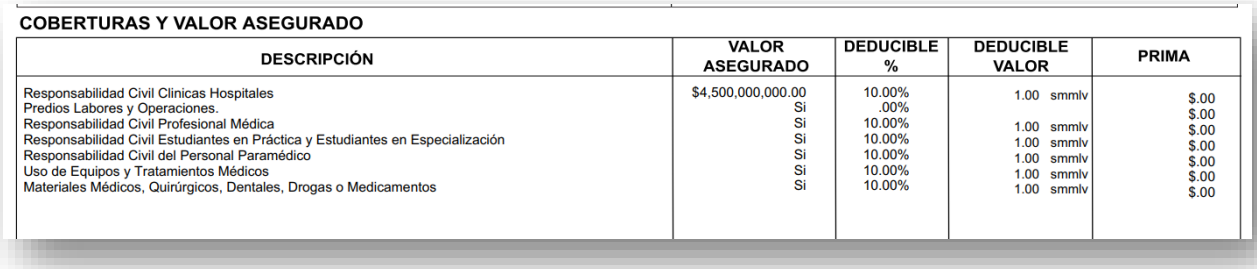
EL PAGO DE CUALQUIER *PÉRDIDA* POR EL *ASEGURADOR* REDUCIRÁ EL *LÍMITE AGREGADO DE INDEMNIZACIÓN* O EL SUBLÍMITE APLICABLE.

EL *LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN* PARA CADA COBERTURA INCLUYE CUALQUIER SUBLÍMITE QUE SE HUBIERA ACORDADO, DE MODO QUE LOS SUBLÍMITES NUNCA SERÁN EN ADICIÓN AL *LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN*. EL SUBLÍMITE DE INDEMNIZACIÓN ES LA

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado y que el Contrato de Seguro no presta cobertura por las razones previamente anotadas. En todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Juzgado en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

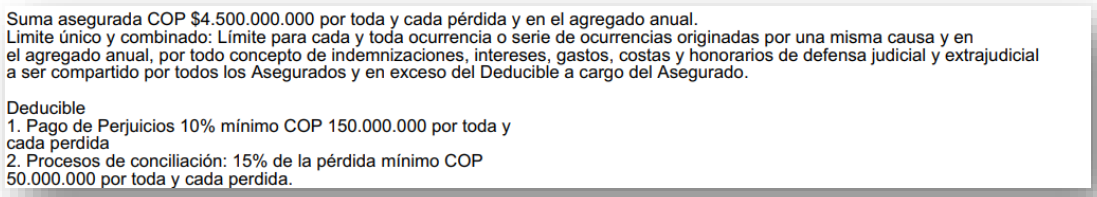
6. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR EN LO ATINENTE AL DEDUCIBLE PACTADO 10%, MÍNIMO COP $150.000.000

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



COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$4,500,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00



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

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

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

"Una de tales modalidades, la denominada deducible, se traduce en la suma que

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

En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a "Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes" [36]. (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable en virtud de la aplicación de los contratos de seguro. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, corresponde al 10% de la pérdida, mínimo $150.000.000

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

7. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

Conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la Aseguradora, por tanto, a

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

medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismo hechos dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que para la fecha de la sentencia se ha agotado totalmente el valor asegurado no habrá lugar a cobertura alguna.

8. SUJECIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO, EN LA QUE SE IDENTIFICA LA PÓLIZA No. AA195705, EL CLAUSULADO Y LOS AMPAROS

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

Por lo tanto, en caso de que prosperen las pretensiones de responsabilidad civil de la demandante contra mi representada, La Equidad Seguros Generales O. C., en ejercicio de la acción de reclamación directa de la víctima contra la aseguradora, tal relación deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro denominado la Póliza de Seguro RC Profesional Clínicas No. AA195705 certificado AA938495.

9. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

Es claro que en este caso operó la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro en la medida en que de conformidad con la legislación comercial el término es de dos años y empieza a correr desde que el tercero le reclama por primera vez, de manera judicial o extrajudicial, al asegurado, en ese sentido se encuentra que quienes componen el extremo activo de la litis le formularon reclamación extrajudicial a la EPS SANITAS S.A.S., el día 30 de septiembre de 2021. Conforme con lo anterior, desde aquella fecha la EPS SANITAS S.A.S., contaba con 2 años para

formular el llamamiento en garantía, pero no lo hizo en término sino hasta el 7 de octubre de 2024 cuando el término bienal de prescripción había fenecido con creces.

Es claro que en materia de seguros existe un régimen de prescripción especial consagrado en el articulo1081 del Código de Comercio, tal disposición prevé el termino de dos años para el ejercicio de las acciones derivadas del contrato de seguro, a su vez el citado artículo debe ser interpretado en concordancia con el artículo 1131 del C.Co que indica, que la prescripción frente al asegurado empezará a correr desde el momento en que la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.

De acuerdo con lo anterior, la reclamación extrajudicial en los términos del artículo 1131 del Código de comercio se efectuó a la EPS SANITAS S.A.S., con la solicitud de conciliación del 16 de septiembre de 2021, y la audiencia de conciliación que se llevó a cabo el 30 de septiembre de 2021, misma fecha en que se expidió la constancia de no acuerdo. Es decir que, la EPS SANITAS S.A.S., contaba con dos años a partir de ahí (30 de septiembre de 2021) para iniciar la acción en contra de la aseguradora, es decir hasta el 30 de septiembre de 2023. Pese a lo anterior, la vinculación de mi representada al presente litigio se efectuó con la presentación del llamamiento en garantía el día **7 de octubre de 2024** cuando ya había fenecido con creces el termino de prescripción bienal.

Conforme con lo anterior, debe resaltarse que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros, y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

> *"**ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>.** La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*
> *La prescripción ordinaria **será de dos años y empezará a correr desde el***

> ***momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción***.
> *La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Por otro lado, en lo atinente a los seguros de responsabilidad, para evaluar la prescripción derivada del contrato de seguro es necesario analizar el artículo 1131 del Código de Comercio que establece:

> ***"ARTÍCULO 1131. OCURRENCIA DEL SINIESTRO. En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro*** *en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima.* ***Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial***." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así, deberá en los seguros de responsabilidad entenderse que empezará a contarse el término prescriptivo frente al asegurado, desde el momento en que la víctima realiza la primera reclamación judicial o extrajudicial. Pues es desde esta fecha en que empezarán a correr los dos años para que prescriba la acción derivada del contrato de seguro frente al asegurado. Lo anterior ha sido reiterado por la Corte Suprema de Justicia, en el entendido de precisar que el término prescriptivo del llamado en garantía deberá empezar a contarse a partir de la fecha en que se realiza la reclamación judicial o extrajudicial al asegurado, como se lee:

> *"Del contenido de ese mandato refulge, sin duda, que, en los seguros de responsabilidad civil, especie a la que atañe el concertado entre Flota Occidental S.A. y Axa Colpatria Seguros S.A., subsisten dos sub-reglas cuyo miramiento*

resulta cardinal para arbitrar cualquier trifulca de esa naturaleza. La primera, consistente en que el término de prescripción de las acciones que puede ejercer el agredido contra el ofensor corre desde la ocurrencia del "riesgo asegurado" (siniestro). ***Y la segunda, que indica que para la aseguradora dicho término inicia su conteo a partir de que se le plantea la petición judicial o extrajudicial de indemnización por la situación o circunstancia lesiva al tercero,*** *no antes ni después de uno de tales acontecimientos, lo que revela el error del censurado que percibió cosa diversa.*

Ello es así, sobre todo porque si la aseguradora no fue perseguida mediante acción directa, sino que acudió a la lid en virtud del llamamiento en garantía que le hizo Flota Occidental S.A. (demandada) para que le reintegrara lo que tuviera que sufragar de llegar a ser vencida, era infalible
aplicar el precepto 1081 ib., en armonía con lo consagrado en el artículo 1131 ib. a efectos de constatar si la intimación se le hizo o no de forma tempestiva.

De lo antelado se infiere, con certeza, que en este evento, ***al estar de por medio un seguro de responsabilidad civil, pues fue en virtud de ese pacto que Flota Occidental requirió a Axa Colpatria Seguros S.A. (llamada en garantía), era, pues, impostergable establecer, con base***
en la citada disposición (art. 1131 ib.), desde cuándo empezó a correr el término de prescripción bienal o quinquenal de las acciones contractuales que podía ejercer la transportadora frente a la aseguradora, valga decir, si desde que los causahabientes de los
fallecidos le reclamaron por vía extrajudicial ora judicialmente; ello con el fin de conocer la suerte de la excepción de prescripción *que Axa Colpatria Seguros S.A., enarboló con miras a fraguar el llamado que le hizo Flota Occidental S.A., (asegurada), por ser esa, y no otra la directiva indicada para sortear tal*

incógnita.

Para reforzar lo dicho, es preciso señalar que en el ramo de los seguros de responsabilidad civil la ley no exige que el productor del menoscabo primero sea declarado responsable para que pueda repetir contra el asegurador, pues basta con que al menos se la haya formulado una reclamación (judicial o extrajudicial), ya que a partir de ese hito podrá dirigirse contra la aseguradora en virtud del contrato de seguro; luego, siendo ello así, como en efecto lo es, mal se haría al computarle la

prescripción de las acciones que puede promover contra su garante desde época anterior al instante en que el perjudicado le reclama a él como presunto infractor."1

(Subrayado y negrilla fuera del texto)

En esa misma determinación y siguiendo la misma línea respecto del momento en que debe empezar a contarse el término prescriptivo, hizo ver que:

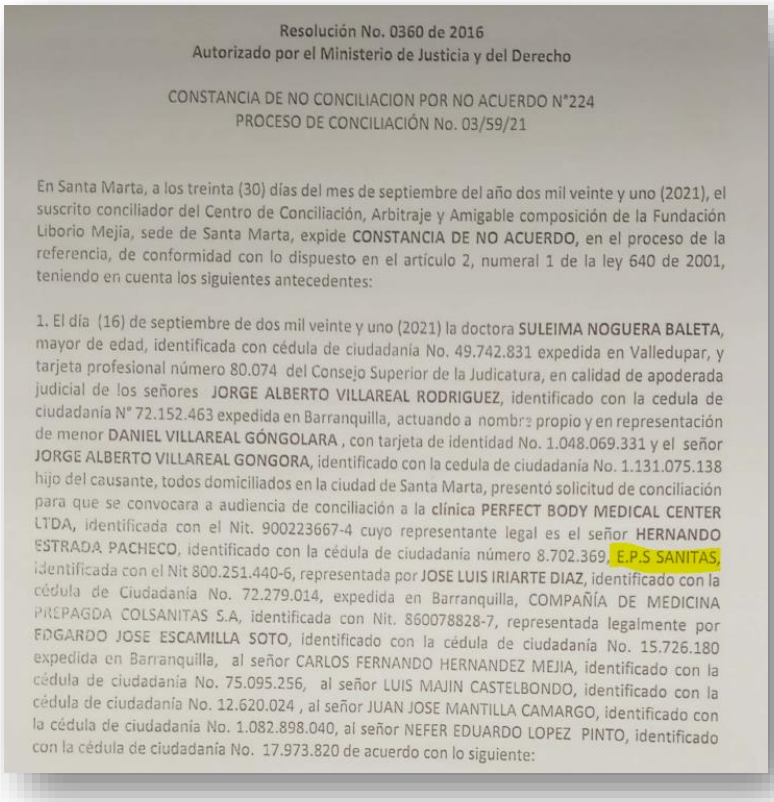
"(…) ***La demanda judicial o extrajudicial de la indemnización de la víctima al asegurado, la toma el citado precepto como hecho mínimo para la exigibilidad de la responsabilidad que pueda reclamar el asegurado frente al asegurador*** *[…]* ***Luego si solo desde ese instante***

puede reclamarse la responsabilidad al asegurador por parte del asegurado, mal puede hacerse el cómputo de la prescripción desde época anterior *(CSJ SC de 18 de may. de 1994, Rad. 4106)." 2(Subrayado y negrilla fuera del texto)*

De modo que resulta claro que, el término bienal para que opere la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro deberá empezar a contarse desde el momento en que la víctima hace la reclamación al asegurado, pues es allí cuando nace la obligación condicional de esta, así lo ha expuesto la Corte y lo ha confirmado en diversos planteamientos jurisprudenciales que dan cuenta de que es la fecha de la reclamación extrajudicial la que marca el hito temporal a partir del

cual deberá empezar a contarse el término bienal de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro.

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que por los hechos que hoy ocupa la atención del despacho, el hoy demandante efectuó la reclamación extrajudicial a la EPS SANITAS S.A.S., con la solicitud de audiencia de conciliación que tuvo lugar el 30 de septiembre de 2021, tal como se muestra en la documentación allegada al despacho, veamos:



Resolución No. 0360 de 2016
Autorizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho

CONSTANCIA DE NO CONCILIACION POR NO ACUERDO N°224
PROCESO DE CONCILIACIÓN No. 03/59/21

En Santa Marta, a los treinta (30) días del mes de septiembre del año dos mil veinte y uno (2021), el suscrito conciliador del Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable composición de la Fundación Liborio Mejía, sede de Santa Marta, expide **CONSTANCIA DE NO ACUERDO,** en el proceso de la referencia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2, numeral 1 de la ley 640 de 2001, teniendo en cuenta los siguientes antecedentes:

1. El día (16) de septiembre de dos mil veinte y uno (2021) la doctora **SULEIMA NOGUERA BALETA**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 49.742.831 expedida en Valledupar, y tarjeta profesional número 80.074 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderada judicial de los señores **JORGE ALBERTO VILLAREAL RODRIGUEZ**, identificado con la cedula de ciudadanía N° 72.152.463 expedida en Barranquilla, actuando a nombre propio y en representación de menor **DANIEL VILLAREAL GÓNGOLARA** , con tarjeta de identidad No. 1.048.069.331 y el señor **JORGE ALBERTO VILLAREAL GONGORA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.131.075.138 hijo del causante, todos domiciliados en la ciudad de Santa Marta, presentó solicitud de conciliación para que se convocara a audiencia de conciliación a la **clínica PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA**, identificada con el Nit. 900223667-4 cuyo representante legal es el señor **HERNANDO ESTRADA PACHECO**, identificado con la cédula de ciudadanía número 8.702.369, E.P.S SANITAS, identificada con el Nit 800.251.440-6, representada por **JOSE LUIS IRIARTE DIAZ**, identificado con la cédula de Ciudadanía No. 72.279.014, expedida en Barranquilla, COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGDA COLSANITAS S.A, identificada con Nit. 860078828-7, representada legalmente por **EDGARDO JOSE ESCAMILLA SOTO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 15.726.180 expedida en Barranquilla, al señor CARLOS FERNANDO HERNANDEZ MEJIA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 75.095.256, al señor LUIS MAJIN CASTELBONDO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 12.620.024 , al señor JUAN JOSE MANTILLA CAMARGO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.082.898.040, al señor NEFER EDUARDO LOPEZ PINTO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 17.973.820 de acuerdo con lo siguiente:

Lo anterior señor Juez, demuestra que los demandantes Jorge Alberto Villarreal Rodríguez, Jorge

Alberto Villarreal Góngora y el menor Daniel Villarreal Góngora radicaron solicitud de conciliación ante el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable composición de Santa Marta el día 16 de septiembre de 2021 y el día 30 de septiembre de 2021 tuvo lugar la audiencia de conciliación, diligencia de la que la EPS SANITAS S.A.S., fue notificada y estaba debidamente enterada, como se evidencia en la constancia de no acuerdo antes referida.

De acuerdo con lo anterior, es evidente que la reclamación extrajudicial en los términos del artículo 1131 del Código de comercio se efectuó a la EPS SANITAS S.A.S., con la citación a la audiencia de conciliación que se llevó a cabo el 30 de septiembre de 2021, misma fecha en que se expidió la constancia de no acuerdo que reposa en el expediente. Es decir que la EPS SANITAS S.A.S., contaba con dos años a partir de la audiencia de conciliación del 30 de septiembre de 2021 para iniciar la acción en contra de la aseguradora, fecha que contando los términos se extendían hasta el 30 de septiembre de 2023. Pese a lo anterior, la vinculación de mi representada al presente litigio se efectuó con la presentación del llamamiento en garantía el día **7 de octubre de 2024** tal como se aprecia a continuación:

Outlook

LLAMAMIENTO EN GARANTÍA RAD 47001315300220240002800

Desde Edgardo Jose Escamilla Soto <ejescamilla@epssanitas.com>
Fecha Lun 7/10/2024 2:07 PM
Para Juzgado 02 Civil Circuito - Magdalena - Santa Marta <j02ccsmta@cendoj.ramajudicial.gov.co>

4 archivos adjuntos (4 MB)
PÓLIZAS.zip; ESCRITO ART. 94 C.G.P.pdf; Correo de Colsanitas - AVISO SINIESTRO 640 __ JORGE ALBERTO VILLAREAL __ COLSANITAS S.A_.pdf; LLAMAMIENTO EN GARANTÍA JORGE ALBERTO VILLARREAL RODRÍGUEZ Y OTROS.pdf;

No suele recibir correos electrónicos de ejescamilla@epssanitas.com. Por qué esto es importante

Señor
JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA
E. S. D.

Referencia
Radicación No. 47001315300220240002800
Demandantes: JORGE ALBERTO VILLARREAL RODRÍGUEZ Y OTROS.
Demandados: EPS SANITAS S.A.S. Y OTRO.
Asunto: Llamamiento en garantía.

--
Edgardo José Escamilla Soto.
Abogado.
EPS SANITAS S.A.S
Vicepresidencia Jurídica
Bogotá - Colombia.

Todo lo anterior señor Juez puede recapitularse así:

• Los señores Jorge Alberto Villarreal Rodríguez, Jorge Alberto Villarreal Góngora y el menor Daniel Villarreal Góngora le efectuaron reclamación extrajudicial a la EPS SANITAS S.A.S., el 16 de septiembre de 2021, la audiencia de conciliación extrajudicial se realizó el 30 de septiembre de 2021

• La EPS SANITAS S.A.S., tenía dos años a partir del 30 de septiembre de 2021 para ejercer cualquier acción en contra de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO – LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES

• El llamamiento en garantía formulado por la EPS SANITAS S.A.S., se radicó hasta el 7 de octubre de 2024, cuando había transcurrido más de dos años desde que los señores Jorge Alberto Villarreal Rodríguez, Jorge Alberto Villarreal Góngora y el menor Daniel Villarreal Góngora le realizaron la reclamación extrajudicial a la EPS SANITAS S.A.S.

Por lo cual, la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita porque el llamamiento en garantía formulado por la EPS SANITAS S.A.S. fue instaurado hasta el día **7 de octubre de 2024**. Es decir, más de dos años después de la reclamación extrajudicial (30 de septiembre de 2021), por lo cual es evidente que, en el presente caso, operó el fenómeno jurídico de la prescripción. Además no se evidencia ninguna interrupción del término prescriptivo, pues no ha existido requerimiento por medio del cual la asegurada exija puntualmente el pago de alguna prestación a la aseguradora, presupuesto indispensable a la luz del artículo 94 del CGP.

En ese orden de ideas probados los presupuestos de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro y considerando que la vinculación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO – LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES únicamente responde al llamamiento en garantía que le formulan los señores Jorge Alberto Villarreal Rodríguez, Jorge

Alberto Villarreal Góngora y el menor Daniel Villarreal Góngora, es innegable que el Juez deberá proferir sentencia anticipada parcial para eximir de toda obligación a la aseguradora.

En conclusión, está claro que la asegurada la EPS SANITAS S.A.S., no ejerció las acciones derivadas del contrato de seguro en término, toda vez que a partir del 30 de septiembre de 2021 (fecha de la audiencia de conciliación por solicitud de los demandantes) la entidad contaba con el termino de 2 años para formular acción en contra de la aseguradora, sin embargo, tal situación solo ocurrió hasta el 4 de octubre de 2024 cuando se radicó el llamamiento en garantía en contra de mi prohijada, de tal suerte que para dicha calenda ya había transcurrido más de dos años desde la reclamación extrajudicial y por lo tanto el término bienal de prescripción había fenecido. Situación que implica que mi representada no está llamada a afectar la póliza de seguro.

Por todo lo anterior solicito declarar probada esta excepción.

10. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, ya sea frente a la demanda o ante el llamamiento en garantía, según lo preceptuado en el artículo 282 del Código General del proceso, el cual indica que, el juez deberá reconocer oficiosamente en la sentencia las excepciones que se prueben dentro del marco del proceso atendiendo a lo que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro contemplada en el artículo 1081 del C.Co.

CAPITULO III
PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS DEL DEMANDANTE

- **Contradicción del dictamen médico aportado en el libelo de demanda**

Por medio del presente comedidamente solicito al Despacho citar al Doctor FRANKLIN NOGUERA BALETA, identificado con cédula de ciudadanía No. 77.018.294 de Valledupar (Cesar), con dirección electrónica noguerabaleta@hotmail.com a fin de ejercer la contradicción del dictamen allegado, de conformidad con el artículo 228 del Código General del Proceso que faculta a las partes a solicitar la comparecencia del perito a la audiencia para formular el respectivo interrogatorio:

> ***"(…) Artículo 228. Contradicción del dictamen. 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. Estas deberán realizarse dentro del término de traslado del escrito con el cual haya sido aportado o, en su defecto, dentro de los tres (3) días siguientes a la notificación de la providencia que lo ponga en conocimiento. En virtud de la anterior solicitud, o si el juez lo considera necesario, citará al perito a la respectiva audiencia, en la cual el juez y las partes podrán interrogarlo bajo juramento acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen. La contraparte de quien haya aportado el dictamen podrá formular preguntas asertivas e insinuantes (…)"* (Subraya y negrilla fuera de texto)

Así las cosas, es procedente la solicitud de comparecencia del Doctor FRANKLIN NOGUERA BALETA, con el fin de que sustente y declare sobre la pericia allegada al plenario y, en ese sentido, ruego al Despacho ordenar la respectiva citación.

- **OPOSICIÓN A LA SOLICITUD DE DECRETO OFICIOSO DE LOS PROTOCOLOS Y MANUAL DE CONTRATACIÓN**

Sea lo primero poner de presente, la improcedencia del decreto de pruebas solicitado por el extremo actor en el acápite "*1. Documentales:*" en el que se solicita (i) copia de los protocolos o parámetros médicos utilizados y exigidos para la prestación del servicio del personal mèdico e idóneo en las UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, (ii) copia de los protocolos o parámetros médicos

utilizados en urgencias ante un dolor abdominal, (iii) copia del protocolo que tiene el personal médico para atender servicio de cuidados intensivos UCI con las IPS con quien tiene acuerdo y (iv) copia del Manual De Contratación Del Personal Médico e idóneo que se debe encargar de la sala del servicio de cuidados intensivos UCI como quiera que dichas pruebas pudieron haber sido obtenidas por los demandantes y no lo hizo.

Lo anterior, sin reunir los presupuestos procesales establecido en el artículo 173 del Código General del Proceso.

> ***ARTÍCULO 173. OPORTUNIDADES PROBATORIAS.*** *Para que sean apreciadas por el juez las pruebas deberán solicitarse, practicarse e incorporarse al proceso dentro de los términos y oportunidades señalados para ello en este código.*
>
> *En la providencia que resuelva sobre las solicitudes de pruebas formuladas por las partes, el juez deberá pronunciarse expresamente sobre la admisión de los documentos y demás pruebas que estas hayan aportado.* ***El juez se abstendrá de ordenar la práctica de las pruebas que, directamente o por medio de derecho de petición, hubiera podido conseguir la parte que las solicite, salvo cuando la petición no hubiese sido atendida, lo que deberá acreditarse sumariamente.***
>
> *Las pruebas practicadas por comisionado o de común acuerdo por las partes y los informes o documentos solicitados a otras entidades públicas o privadas, que lleguen antes de dictar sentencia, serán tenidas en cuenta para la decisión, previo el cumplimiento de los requisitos legales para su práctica y contradicción.* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En consonancia con la disposición antes referida, el Juzgado deberá abstenerse de decretar pruebas que la parte demandante hubiera podido obtener directamente o por medio de derecho de petición. En otras palabras, si bien, la parte no aportaría la documental sino por el contrario solicitaría la práctica, la Ley Procesal aplicable a la materia establece unos requisitos que deben cumplirse estrictamente durante la petición de una prueba, so pena que el Juzgador se vea en la obligación de negar el decreto y por ende práctica de la misma.

CAPÍTULO IV
MEDIOS DE PRUEBA

10. DOCUMENTALES:

1.1. Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales certificado AA811422 con todas sus vigencias y con su respectivo condicionado particular y general.

11. INTERROGATORIO DE PARTE

1.2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a JORGE ALBERTO VILLARREAL RODRIGUEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 72.152.463 en su calidad de accionante, a fin de que conteste 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 señor JORGE ALBERTO VILLARREAL RODRIGUEZ puede ser citado en la dirección relacionada en la demanda.

1.3. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a JORGE ALBERTO VILLARREAL GÓNGORA, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.131.075.138 en su calidad de accionante, a fin de que conteste 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 señor JORGE ALBERTO VILLARREAL GÓNGORA puede ser citada en la dirección relacionada en la demanda.

1.4. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S (E.P.S. SANITAS S.A.S), en su calidad de Demandado, a fin de que conteste 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 representante legal de ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S (E.P.S. SANITAS S.A.S) podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

1.5. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., en su calidad de Demandado, a fin de que conteste 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 representante legal de COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

1.6. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de CLINICA PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA, en su calidad de Demandado, a fin de que conteste 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 representante legal de CLINICA PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

1.7. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor CARLOS FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ MEJÍA, en su calidad de Demandado, a fin de que conteste 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 señor CARLOS FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ MEJÍA podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

1.8. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor LUIS MAJIN GASTELBONDO, en su calidad de Demandado, a fin de que conteste 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 señor LUIS MAJIN GASTELBONDO podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

1.9. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor JUAN JOSÉ MANTILLA CAMARGO, en su calidad de Demandado, a fin de que conteste 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 señor JUAN JOSÉ MANTILLA CAMARGO podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

1.10. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor NEFER EDUARDO LÓPEZ PINTO, en su calidad de Demandado, a fin de que conteste 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 señor NEFER EDUARDO LÓPEZ PINTO podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

12. DECLARACIÓN DE PARTE:

1.11. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **LA EQUIDAD SEGUROS OC** 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 Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales objeto del litigio.

13. TESTIMONIALES

1.12. Respetuosamente solicito decretar el testimonio del Doctor **JAISSAN JESUE GRANADOS GLENN**, quien puede ser citado a través de la Calle 100 No. 11B-67, Piso 3º, de Bogotá y/o al correo contabilidad@perfecbody.com.co y info@perfectbody.com.co. La citación del testigo se realiza para que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, y en especial sobre todas las intervenciones y atenciones prodigadas al paciente.

Este testimonio solicitado es útil y pertinente, por cuanto es testigo presencial y técnico de los hechos, toda vez que aquel fue quien conforme a las historias clínicas atendió a la paciente.

1.13. Respetuosamente solicito decretar el testimonio de **HORTENSIA ISIS ARIZA**, quien puede ser citada a través de la Calle 100 No. 11B-67, Piso 3º, de Bogotá y/o al correo contabilidad@perfecbody.com.co y info@perfectbody.com.co. La citación del testigo se realiza para que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, y en especial sobre todas las intervenciones y atenciones prodigadas al paciente.

Este testimonio solicitado es útil y pertinente, por cuanto es testigo presencial y técnico de los hechos, toda vez que aquel fue quien conforme a las historias clínicas atendió a la paciente.

1.14. Respetuosamente solicito decretar el testimonio de **AIDA LUZ PARRA CABEZAS**, quien puede ser citado a través de la Calle 100 No. 11B-67, Piso 3º, de Bogotá y/o al correo contabilidad@perfecbody.com.co y info@perfectbody.com.co. La citación del testigo se realiza para que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, y en especial sobre todas las intervenciones y atenciones prodigadas al paciente.

Este testimonio solicitado es útil y pertinente, por cuanto es testigo presencial y técnico de los hechos, toda vez que aquel fue quien conforme a las historias clínicas atendió a la paciente.

1.15. Solicito se sirva citar a la Doctora **MARÍA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, asesor externo 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, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio, además que también podrá deponer acerca de las tratativas preliminares al perfeccionamiento de la póliza. La Doctora podrá ser citado en la Calle 22D No. 72-38 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico camilaortiz27@gmail.com.

14. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL C.G.P.

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en la correcta atención medica que recibió la señora MIRIAM LUZ GONGORA BUENDÍA (Q.E.P.D) en todos los

procedimientos médicos y quirúrgicos por parte de la clínica y los médicos que la atendieron.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará el correcto manejo realizado por el personal de la salud que atendió a la señora MIRIAM LUZ GONGORA BUENDÍA (Q.E.P.D).

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: "*Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días".* Comedidamente se le solicita al despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Toda vez que, no es posible aportarla en este momento porque es muy corto el término de traslado para elaborar un dictamen de esa categoría.

CAPÍTULO V
ANEXOS

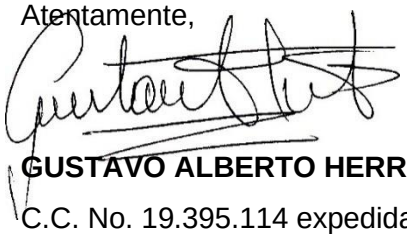
1. Pruebas relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de Existencia y Representación legal de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo O.C. expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo O.C. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
4. Certificado de Existencia y Representación Legal de G Herrera & Abogados Asociados expedido por la Cámara de Comercio de Cali.

CAPÍTULO VI
NOTIFICACIONES

- La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

- La demandada y llamante en el lugar indicado en el llamamiento en garantía.
- Mi representada LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C recibirá notificaciones en la Carrera 9ª No. 99 – 07 Piso 12-13-14-15 en Bogotá D.C. Correo electrónico: notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop
- El suscrito en la Carrera 11A # 94A - 23 Oficina 201, Bogotá D.C., **Correo electrónico:** notificaciones@gha.com.co

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

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

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