

Señores

JUZGADO NOVENO (9°) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN (C).

jadmin09ppn@cendoj.ramajudicial.gov.co

REFERENCIA: CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA
RADICADO: 19001-3333-009-**2023-00043-00**
DEMANDANTE: HAROLD HERNAN GOMEZ PALACIOS Y OTROS
DEMANDADOS: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE Y OTROS.
LLAMADO EN GTÍA.: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.**, sociedad de economía mixta del orden nacional, sometida al régimen de las empresas comerciales e industriales del Estado, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente, vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, sometida a control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la calle 57 número 9 - 07, de la ciudad de Bogotá D.C., identificada con el NIT. 860.002.400-2, representada legalmente por la Doctora Liliana Cepeda Piragauta, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.076.367 conforme se acredita con el poder y certificado de existencia y representación legal adjunto. En ejercicio de tal facultad y encontrándome dentro del término legal, comedidamente procedo, en primer lugar, a **CONTESTAR LA DEMANDA** propuesta por el señor Harold Hernán Gómez Palacios y otros en contra del Hospital Universitario San José y otro y en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por éste último contra mi representada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hace a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su despacho tanto en la demanda como en los llamamientos en garantía, en los siguientes términos:

CAPÍTULO I. OPORTUNIDAD

Teniendo en consideración que la notificación electrónica del Auto Interlocutorio No. 1355 del 8 de noviembre de 2024 se efectuó el día 26 de noviembre de la misma anualidad, el conteo del término de traslado para contestar la demanda y el llamamiento en garantía inició a partir del 27 y continuó los días 28, 29 de noviembre, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18 y **19 de diciembre** por lo anterior se concluye que este escrito es presentado dentro del tiempo previsto para tal efecto, toda vez que los días 30 de noviembre y 1, 7, 8, 14, y 15 de diciembre fueron días no hábiles.

CAPÍTULO II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca.
Centro Empresarial Chipchape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

Bogotá - Cra 11A # 94A - 23 de 201
+57 3173795688

GHA
ABOGADOS & ASOCIADOS

I. FRENTE A LOS “HECHOS Y OMISIONES” DE LA DEMANDA

Frente al hecho denominado “1.”: Es cierto. Conforme a los poderes que reposan en el plenario.

Frente al hecho denominado “2.”: Es cierto el grado de parentesco de los aquí demandantes con el fallecido **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** de conformidad con los registros civiles de nacimiento.

Sin embargo, es importante señalar que a la compañía no le consta de manera directa que la señora Edizabet Cabrera Solís sea la nuera del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.**, toda vez que se trata de circunstancias enteramente personales que la compañía desconoce al no existir un vínculo directo con los demandantes. Además, no se evidencia una prueba tan siquiera sumaria que así lo acredite, por lo que la parte actora deberá canalizar su esfuerzo en acreditar lo aquí señalado.

Frente al hecho denominado “3.”: A mi prohijada no le consta de manera directa que el señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** fuese pensionado de la Policía Nacional ni mucho menos que presentara problemas psiquiátricos que derivaran en comportamientos no acordes con las normas de conducta social y cultural, pues se trata de circunstancias enteramente personales de los aquí demandantes que la compañía desconoce por no tener un vínculo o canal cercano que le permita conocerlas. Por lo que será tarea de la parte actora acreditar lo aquí señalado.

Sin embargo, es menester indicar al despacho que una vez revisada la historia clínica -documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico- del paciente **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.**, se evidencia que fue diagnosticado con demencia no especificada, tal y como se observa en la imagen adjunta:

CODIGO	NOMBRE
F03X	DEMENCIA - NO ESPECIFICADA

Frente al hecho denominado “4.”: A mi prohijada no le consta de manera directa las patologías, atenciones, diagnósticos y demás condiciones de salud del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** toda vez que se trata de circunstancias enteramente personales de los aquí demandantes que la compañía desconoce por no tener un vínculo o canal cercano que le permita conocerlas. Por lo que será tarea de la parte actora acreditar lo aquí señalado.

Sin embargo, es menester indicar al despacho que una vez revisada la historia clínica -documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico- del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** se evidencia que no es cierto lo manifestado por la parte actora en esta oportunidad, por cuanto al paciente se le realizó una valoración integral, tal y como se observa a continuación:

MOTIVO DE CONSULTA
"ESTA IRRITABLE".

ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE QUE INGRESA A SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, QUIEN COMENTA CUADRO CLINICO DE 15 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR AGRESIVIDAD VERBAL, VERBORREA, HIPERACTIVIDAD, DESCUIDO EN EL ASEO PERSONAL, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTAN.

(...)

SIGNOS VITALES			
TA: 110/70.	FC: 75.	FR: 16.	T: 37.
		SPO2: 97.	GLUCOMETRIA: 0.
ESTADO ALICORAMIENTO: NO		PRUEBA ALCOHOLEMIA:NO	
ESCALA DE GLASGOW: 15 / 15		Talla: 1,0000	Peso: 1,0000
VALORACION DEL DOLOR 0 SIN DOLOR			
EXAMEN FISICO			
CABEZA: NORMAL.	CUELLO: NORMAL.		
TORAX: NORMAL.	ABDOMEN: NORMAL.		
GENITOURINARIO: NORMAL.	EXTREMIDADES: NORMAL.		
PIEL Y FANERAS: NORMAL.	NEUROLOGICO: NORMAL.		
ESTADO MENTAL: NORMAL.			
ASPECTO GENERAL			
ACEPTABLES CONDICIONES.			

(...)

RESPUESTA A INTERCONSULTA: **ESPECIALIDAD:PSIQUIATRIA**

Análisis Subjetivo:
 Paciente de 77 años, operado para manejar un Ca de vejiga con una cirugía derivativa. Refiere la esposa que hace pocos meses empezó a presentar cambios de comportamiento. Contrario a lo que afirma, en diciembre 2016 fue atendido ambulatoriamente por la consulta externa de psiquiatría en este hospital. En ese momento ya se describían cambios comportamentales severos y se plantea el diagnóstico de un síndrome demencial (ver folio 1). El paciente nunca volvió a controles. Ahora consultan, refiriendo como de aparición reciente unos cambios conductuales de al menos 5 años de evolución

Análisis Objetivo:
 Alerta. Inquieto. Taquipsíquico. Incoherente. Desorientado en tiempo y lugar. Con severo deterioro cognitivo

DETALLE RESPUESTA:
 Sd demencial cortical

Es decir que cuando el paciente ingresó al servicio de urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. por “estar irritable” se le tomaron los signos vitales, exámenes físicos, se le dio atención con psiquiatría donde se logra evidenciar que el paciente ya presentaba una evolución de su patología de al menos cinco (5) años y durante este lapso nunca asistió al hospital para los controles, lo que claramente deja en evidencia un descuido de su salud.

Frente al hecho denominado “5.”: A mi prohijada no le consta de manera directa que el señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** haya sido internado en la Clínica de Salud Mental Nueva Esperanza S.A.S. el día 10 de junio de 2021 ni mucho menos quienes tomaron dicha decisión, toda vez que se trata de circunstancias enteramente personales de los aquí demandantes que la compañía desconoce por no tener un vínculo o canal cercano que le permita conocerlas. Por lo que será tarea de la parte actora acreditar lo aquí señalado.

Sin embargo, es menester indicar al despacho que una vez revisada la historia clínica -documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico- del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** se evidencia que el 10 de junio de 2021 ingresó a la Clínica de Salud Mental Nueva Esperanza S.A.S. En la historia clínica referida reposan las siguientes anotaciones:

ANTECEDENTE FAMILIAR NEGATIVO PARA ENFERMEDAD MENTAL
 ANTECEDENTE DE DEMENCIA VASCULAR EN MANEJO CON QUETIAPINA, CANCER DE VEJIGA HACE 17 AÑOS QUE REQUIRIO DE CISTOCTOMIA COMO COMPLICACION INCONTINENCIA URINARIA ACTUALMENTE CON CATETERISMO VESICAL CADA 12 HORAS Y PANAL DESECHABLE EN LAS NOCHES, HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MG EN AYUNAS, INFECCION POR SARS COV 2 EN OCTUBRE DEL 2020 QUE REQUIRIO MANEJO EN UCI POR 2 MESES, COMO COMPLICACION PRESENTO UN INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO CON ELEVACION DEL ST KILLIP 1 NO TROMBOLISADO EN TRATAMIENTO CON CLOPIDOGREL 75 MG ALDIA Y UNA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
 ALERGIAS NO REFIERE
 QUIRURGICOS NEOVEJIGA TIPO HARTMAN

Del texto anterior, se evidencia que el paciente presentaba un problema urinario desde hace 17 años cuando padeció cáncer de vejiga, así mismo, presentaba hipertensión arterial y un antecedente de preinfarto agudo de miocardio.

Frente al hecho denominado “6.”: No le consta a mi prohijada de manera directa lo consignado en la historia clínica de la Clínica de Salud Mental Nueva Esperanza S.A.S. respecto de las atenciones brindadas al señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.**, toda vez que no fue el personal de la aseguradora quien registró ni recibió al paciente para conocer las condiciones medicas internas de este, por lo que deberá ser el actor quien acredite lo aquí señalado.

Sin embargo, es cierto la transcripción que realizó el apoderado de la parte actora sobre el motivo de consulta que se registra en la historia clínica. Tal y como se observa en la imagen adjunta extraída del texto original:

PACIENTE MASCULINO DE 77 AÑOS DE EDAD, PROCEDENTE DEL BARRIO PANDIGUANDO DEL MUNICIPIO DE POPAYAN, VIVE CON FAMILIA EXTENSA “ESPOSA, SOBRINA, NIETO, 2 HIJOS DE LA SOBRINA”, ESCOLARIDAD: PRIMARIA, OCUPACION: PENSIONADO DE LA POLICIA, CON CUADRO CLINICO DE AÑOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN INSOMNIO DE CONCILIACION, LOGORREICO “HABLA MUCHO, MUY LIGERO Y CAMBIA DE TEMA EN CADA MOMENTO”, VERBORREICO “SE LA PASA DE GROSERO”, DROMOMANIA “SALE Y SE VA AL TERMINAL A LA CASA DE SUS HIJOS QUE VIVEN RELATIVAMENTE LEJOS”, AGRESION VERBAL, CAMBIOS DEL COMPORTAMIENTO “TRATABA MUY HORRIBLE A LOS NIETOS, EN EL BALCON TRATA MAL A LAS PERSONAS QUE PASAN POR HAY E INCLUSO EN ALGUNAS OCASIONES SE BAJA EL PANTALON MOSTRANDO SU PENE E INCLUSO SE MASTURBA EN PRESENCIA DE LAS PERSONAS QUE PASAN POR AHY”, NIEGA IDEAS SUICIDAS O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, NIEGA QUE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS HAYA PRESENTADO SINTOMAS COMO FIEBRE, TOS, SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO EN NARIZ, ODINODISFAGIA, DIFICULTAD RESPIRATORIA, CEFALEA, NIEGA CONTACTO CON PACENTES SOSPECHOSOS O POSITIVOS PARA COVID 19.

Valga acotar que esta anotación fue realizada por otra institución médica diferente a la asegurada, Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., sobre la cual no tiene injerencia alguna.

Frente al hecho denominado “7.”: A mi prohijada no le consta de manera directa que en las fechas señaladas en este hecho se hayan realizado transcripciones de anotaciones médicas sin supuestamente realizarse exámenes de “rigor” toda vez que se trata de circunstancias por fuera del objeto comercial que desarrolla la compañía y será el actor quien a través de los medios probatorios pertinentes acredite lo aquí señalado.

Frente al hecho denominado “8.”: No le consta a mi prohijada de manera directa lo consignado en la historia clínica de la Clínica de Salud Mental Nueva Esperanza S.A.S. del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** toda vez que no fue el personal de la aseguradora quien registró ni recibió al paciente para conocer las condiciones medicas internas de este, por lo que deberá ser el actor quien acredite lo aquí señalado.

Sin embargo, es cierta la transcripción que realizó el apoderado de la parte actora sobre el motivo de consulta que se registra en la historia clínica. Tal y como se observa en la imagen adjunta extraída del texto original:

Motivo de Consulta: DIFICULTAD PARA RESPIRAR

Enfermedad Actual: SE REALIZA ATENCION DEL PACIENTE Y FAMILIAR A 2 METROS DE DISTANCIA, PREVIAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS CON ALCOHOL GLICERINADO, USO DE CARETA, GORRO, GUANTES, BATA DE SEGURIDAD ANTIFLUIDOS Y MASCARILLA N95 SEGUN PROTOCOLO DE LA OMS. PACIENTE MASCULINO DE 77 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE 2 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ORINAS CONCENTRADAS Y TURBIAS, ASTENIA, ADINAMIA, HIPOREXIA, MALESTAR GENERAL, EN HORAS DE LA MADRUGADA PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA CON RETRACCIONES INTERCOSTALES Y DESATURACION, NO HA PRESENTADO TOS, FIEBRE NI OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA, NIEGA QUE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS (EXCEPTO EL DIA DE HOY) HAYA PRESENTADO SINTOMAS COMO FIEBRE, TOS, SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO EN NARIZ, ODINODISFAGIA, DIFICULTAD RESPIRATORIA, CEFALEA, NIEGA CONTACTO CON PACENTES SOSPECHOSOS O POSITIVOS PARA COVID 19.

Esta anotación fue realizada por otra institución médica diferente a la asegurada, Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. sobre la cual no tiene injerencia alguna y donde el paciente presentó complicaciones médicas importantes como dificultad para respirar, orina turbia y concentrada.

Frente al hecho denominado “9.”: No le consta a mi prohijada de manera directa las supuestas inconsistencias registradas en la historia clínica del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** frente al diagnóstico presentado, toda vez que estas anotaciones fueron realizadas por un tercero diferente a la compañía aseguradora frente a la cual no tiene injerencia alguna en el registro de notas médicas. Por lo que deberá la parte actora acreditar lo aquí señalado.

Frente al hecho denominado “10.”: A mi prohijada no le consta de manera directa que el señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** haya sido ingresado el 28 de junio de 2021 al Hospital Universitario San José de Popayán, toda vez que no ingresó a las instalaciones de la aseguradora ni tampoco fue atendido por personal adscrito a esta. Por lo tanto, se desconoce el diagnóstico, síntomas y demás situaciones médicas presentadas.

Sin embargo, es menester indicar al despacho que una vez revisada la historia clínica -documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico- del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.**, se evidencia que el paciente ingresó por dificultad para respirar y con tres (3) días de evolución de dificultades corporales, tales como:

MOTIVO DE CONSULTA

DIFICULTAD PARA RESPIRAR

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO CON ANTECEDENTES DE: DEMENCIA VASCULAR, TAB, HTA, INCONTINENCIA URINARIA, CA VEJIGA CON REALIZACION DE NEOVEJIGA EN 2003, MANEJADO CON CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE, INFECCION POR SARS COV 2 EN OCTUBRE 202, IAM CON ELEVACION ST KILLIP 1 NO TROMBOLIZADO, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

PACIENTE ES TRASLADADO POR AUXILIAR DE HOGAR GERIATRICO, PORQUE DESDE HACE 3 DIAS PACIENTE PRESENTA ORINA TURBIA Y FETIDA, DETERIORO NEUROLOGICO, DADO POR QUE CAMINA Y COME CON AYUDA Y DISFAGIA PARA SOLIDOS. EL DIA DE AYER EMPEORAMIENTO DEL CUADRO, NO COME, NO SE LEVANTA Y DESDE HOY DIFICULTAD PARA RESPIRAR. NIEGA TOS, DIARREA, FIEBRE U OTROS SINTOMAS.

Es decir, que el paciente fue remitido al Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., tres (3) días después de presentar deterioro neurológico, orina turbia y demás patologías importantes en otra institución médica.

Frente al hecho denominado “11.”: A mi prohijada no le consta de manera directa las afirmaciones que realiza el apoderado de la parte actora en este hecho, frente a la supuesta inconsistencia de los días de evolución de los síntomas presentados por el señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.**, toda vez que se trata de circunstancias por fuera de la órbita comercial que desarrolla la compañía, máxime cuando esta no fue la encargada de prestarle la atención médica al paciente.

Frente al hecho denominado “12.”: No le consta a mi prohijada de manera directa lo consignado en la historia clínica del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** toda vez que no fue el personal de la aseguradora quien registró ni recibió al paciente para conocer las condiciones medicas internas de este, por lo que deberá ser el actor quien acredite lo aquí señalado.

Sin embargo, es cierto lo señalado por el apoderado de la parte actora sobre los hallazgos en las extremidades inferiores del paciente. Tal y como se observa en la imagen adjunta extraída del texto original:

SUBJETIVO

PACIENTE CON ANTECEDENTES DESCRITOS, QUIEN INGRESA CON DIFICULTAD RESPIRATORIA Y ALTERACION NEUROLOGICA, CON GASES QUE MUESTRAN ACIDOSIS METABOLICA, SE COMENTA CON INTERNISTA DE TURNO QUIEN INDICA QUE PACIENTE CON ANTECEDENTE DE VACUNACION PARA SARS COV 2, SI BIEN TIENE MENOR PROBABILIDAD DE CONTAGIO ESTA NO SE ELIMINA COMPLETAMENTE LO QUE EXPLICA LA TOMA DE ANTIGENO. INFORMA ESPERAR A FAMILIARES PARA TOMAR DECISIONES. POR AHORA NO SE INDICA INTUBACION, SE INDICA MANEJO MEDICO, SE INDICA GASES ARTERIALES + LACTATO EN 4 HORAS.

OBJETIVO

AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA EQUIMOSIS EN RODILLA Y TERCIO SUPERIOR DE PIERNA IZQUEIRDA, SIN DEFORMIDAD.

Es decir que el paciente presentaba una equimosis en rodilla después de una aparente lesión o traumatismo.

Frente al hecho denominado “13.”: No le consta a mi prohijada sí el hallazgo de equimosis fue o no registrado en la historia clínica de la Clínica de Salud Mental Nueva Esperanza S.A. toda vez que no es la compañía aseguradora la encargada de realizar este tipo de anotaciones médicas ya que se escapa de su objeto social. Por lo que la parte actora deberá acreditar lo aquí señalado.

Frente al hecho denominado “14.”: No le consta a mi prohijada de manera directa lo consignado en la historia clínica del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** toda vez que no fue el personal de la aseguradora quien registro ni recibió al paciente para conocer las condiciones medicas internas de este, por lo que deberá ser el actor quien acredite lo aquí señalado.

Sin embargo, se evidencia en la historia clínica del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** que este ingresó en graves condiciones de salud:

PACIENTE MASCULINO CON ANTECEDENTES DE: DEMENCIA VASCULAR, TAB, HTA, INCONTINENCIA URINARIA, CA VEJIGA CON REALIZACION DE NEOVEJIGA EN 2003, MANEJADO CON CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE, INFECCION POR SARS COV 2 EN OCTUBRE 202, IAM CON ELEVACION ST KILLIP 1 NO TROMBOLIZADO, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

PACIENTE ES TRASLADADO POR AUXILIAR DE HOGAR GERIATRICO, PORQUE DESDE HACE 3 DIAS PACIENTE PRESENTA ORINA TURBIA Y FETIDA, DETERIORO NEUROLOGICO, DADO POR QUE CAMINA Y COME CON AYUDA Y DISFAGIA PARA SOLIDOS. EL DIA DE AYER EMPEORAMIENTO DEL CUADRO, NO COME, NO SE LEVANTA Y DESDE HOY DIFICULTAD PARA RESPIRAR. NIEGA TOS, DIARREA, FIEBRE U OTROS SINTOMAS.

Así mismo, al examen físico se encontró:

EXAMEN FISICO	
CABEZA: NORMAL	CUELLO: NORMAL
TORAX: NORMAL	ABDOMEN: ANORMAL. BLANDO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOR A LA PALPACION NO MASAS NI MEGALIAS
GENITOURINARIO: NORMAL	EXTREMIDADES: NORMAL
PIEL Y FANERAS: NORMAL	NEUROLOGICO: ANORMAL. BABINSKY ESPONTANEO BILATERAL
ESTADO MENTAL: ANORMAL. ALERTA, GLASGOW 11/15, BABINSKY ESPONTANEO BILATERAL	
ASPECTO GENERAL	
REGULARES CONDICIONES GENERALES	

De lo anterior se evidencia que el paciente ingresó en regulares condiciones de salud, con varias afecciones y condiciones del cuerpo comprometidas, razón por la cual, los médicos desplegaron todas las ayudas médicas humanamente posibles para restablecerle su salud.

Frente al hecho denominado "15.": No se trata de un hecho sino de la transcripción de la historia clínica del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** frente a la cual no podemos manifestar si nos consta o no.

Sin embargo, se resalta que tal como lo afirma la parte actora, en la historia clínica se consignó que el señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** el mismo día que fue ingresó al servicio de urgencias, fue valorado por la especialidad de medicina interna en la que se evidenciaban signos de una falla renal crónica:

DATOS DEL INGRESO	
Responsable: NO TIENE	Teléfono Resp:
Dirección Resp:	N° Ingreso: 5133079 Fecha: 28/08/2021 9:19:19 a. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica	Causa Externa: Enfermedad_General
Acompañante:	Teléfono Acomp:
MOTIVO INTERCONSULTA	
<p>PACIENTE QUE INGRESA AL SERVICIO, TRASLADAO DE HOGAR GERIATRICO POR CUADO DE 3 DIAS DE DETERIORO NEUROLOGICO, ORINA SEDIMENTADA Y FETIDA Y POLIPNEICO. INGRESA DESATURADO, CON REQUERIMIENTO DE OXIGENO POR MASCARA A FLUJO ALTO PARA CONSEGUIR SATURACION MAYOR A 90%, SE TOMAN GASES ARTERIALES QUE EVIDENCIAN ACIDOS METABOLICA SEVERA Y DIFUNCION PULMONAR, SE PROCEDE A TOMA DE PARACLINICOS E HIDRATACION. SE TOMAN GASES DE CONTROL CON PERSISTENCIA DE PAFI POR DEBAJO DE 100 (0.67), UROANALISIS MUESTRA IVU, RX DE TORTAX SIN EVIDENCIA DE INFECCION A NIVEL PULMONAR Y HEMOGRAMA CON GRAN LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA, PCR POSITIVA, AZOADOS CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA. SE HABLA CON FAMILIARES. ESPERAN PODER DEFINIR SI ACEPTAN INTUBACION OROTRAQUEAL, SE EXPLICA A ESPOSA LAS CONDICIONES DEL PACIENTE LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES A CORTO PLAZO ENTIENDE Y ACEPTA.</p> <p>Observación: SS VAL POR MEDICINA INTERNA</p>	
RESPUESTA A INTERCONSULTA:	ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA
<p>Análisis Subjetivo:</p> <p>MEDICINA INTENRA: PACIENTE SEXO MACULINO DE 77 AÑOS DE EDAD, PROVENIENTE DE AREA URBANA DE POPAYNA EN QUIEN SE DESTACA: 1. ANTECEDENTE D ESAR SVOOV2 EN OCTUBRE DE 2020 2. ANTECEDENTE DE VACUNACION COMPLETA PRASRS CVO2 CON PFIZER 3. CA DE VEJIGA CON NEOVEJIGA EN 2005 CON CATETERISMO VESCAL DOS VECES AL DIA 4. EN 2018 DX DE DEMENCIA VASCULAR 5. FALLA ENAL CON DEPURAICON DE CREATININA DE 21 DESDE 2018 LA FAMILIA REFIERE QUE FUE INGRESADO A UN HOGAR GERIATRICO HACE MAS O MENOS DOS MESES POR ALTERAICONES CONDUCTUALES, REFIERE EL HIJO CONDUCTAS DE EXIBICIONISMO. DURANTE SU ESTANCIA SEGUN EL ENFERMERO QUE LO TRAJO ERA UN PACIENTE FUNCIONAL Y SOLO HASTA TRES DIAS PRESENTA ASTENIA ADINAMIA, MALESTAR GENRAL Y DESDE HOY LO ENCUENTRAN CON DIFICULTAD RPEISRAOTIR POR LOQUE DECIDEN TRAERLO A ESTA ISNTITUCION. INGRESÓ EN MUY MALA CONDICION GENERAL, OCN RESPIRAICON ACIDOTICA Y GLUCEMIAS NORMAELES, CON ACIDEMIA METBAOLICA SEVERA POR LO QUE SE DEJO CON BOLO DE BICARBONATO Y GOTEO DE BICARBONATADOS.</p>	
<p>Análisis Objetivo:</p> <p>MAÑA CONDICIIN GENERAL, TA: 100/60 FC: 100 FR: 24 SAO2: 86%, MUCOSA ORAL SECA, CUELLO SIMETRICO, TORAXNROMOEXPANSIVO, PULMOENS VENTILADOS, ABDOMEN BALDNO, PERISTALSIS PRESENTE, ORINAS TURBIAS, EXTREMDIADESC ON EQUIMOSIS ENAMBAS RODILLAS Y EN REGION PRETIBILAL PIERNA IZQUIERDA. SNC SOMNOLIENTO, NO RESPONDE AL INTERROGATORIO.--</p>	

PACIENTE ANCIANO CON DEMENCIA VASCULAR YA ESTIPULADA Y AHORA CON CUADRO DE MALESTAR GENERAL DE RECIENTE APARICION, LLAMA LA ATENCION LA PRESENCIA DE MARCADA HIPERNATREMIA Y COMPROMISO RENAL CON UREMIA SECUNDARIA QUE HACEN PENSAR EN FALLA RENAL CRONICA AGUDIZADA DE ORIGEN PRERRENAL. POR OTRO LADO MUESTRA CAMBIO EN EL ASPECTO DE LA ORINA CON MARCADA LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA, DADA LA PROCEDENCIA (HOGAR GERIATRICO) Y EL ANTECEDENTE DE ECATERISMO INTERMITENTE CONSIDERO DEBE INICIARSE MANEJO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO Y SE TITULARA SEGUN REPORTE DE UROCULTIVO. LA FAMILIA NO ACEPTA MANIOBRAS INVASIVAS.--

DX:

1. SEPSIS DE ORIGEN URINARIO
2. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AGUDIZADA PRERRENAL
3. HIPERNATREMIA
4. DESHIDRACION GRADO II
5. ANTECEDENTE DE DEMENCIA VASCULAR
6. ANTECEDENTE DE CA DE VEJIGA

TRATAMIENTO:

1. TRASLADO A EMERGENCIA LIMIPA
2. SONDA VESICAL A CISTOFLO
3. GLUCOSEMIA CADA 6 HORAS
4. CONTROL ESTRICTO DE LA LE
5. SS/ HEMOCULTIVOS #2
6. LEV AIS:
- HARTMAN 1000 CC EN BOLO, LEUGO DEJAR
- AGUA DESTILADA 490 CC MAS NATROL 10 CC PARA PASAR POR BIC A 70 C HORA
- AGUA DESTILADA 430 + HCO3 70 CC A 40 C HORA
7. OMEPRAZOL 40 MG IV CADA 24 HORAS
8. MEROPENEM 2 GRAMOS IV CADA 8 HORAS TRES DOSIS Y LUEGO DEJAR 500 MG IV CADA 24 HORAS
9. ECO RENAL Y DE VIAS URINARIAS
10. VALORACION POR NEFROLOGIA
11. ECO RENAL Y DE VIAS URINARIAS
12. MAÑANA CR BUN NAK CL CA MG TP TPT
13. EN 6 HORAS GASOMETRIA DE CONTROL
14. INFORMAR CAMBIOS

Diagnóstico: R32X INCONTINENCIA URINARIA- NO ESPECIFICADA

INDICACION MEDICA

Es decir que cuando el paciente **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** ingresó al servicio de urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. ya presentaba una falla renal crónica, su estado de salud era muy regular y presentaba varios compromisos importantes. Por lo que inmediatamente se le suministró el tratamiento médico correspondiente y adecuado para este tipo de patologías, con los antecedentes y la edad avanzada que presentaba. Lo que demuestra la diligente atención de los galenos y la institución médica.

Frente al hecho denominado "16.": No le consta a mi prohijada si los diagnósticos médicos de acidosis metabólica, hipernatremia y compromiso renal fueron o no registrados en la historia clínica de la Clínica de Salud Mental Nueva Esperanza S.A., toda vez que no es la compañía aseguradora la encargada de realizar este tipo de anotaciones médicas ya que se escapa de su objeto social. Por lo que la parte actora deberá acreditar lo aquí señalado

Frente al hecho denominado "17.": No es cierto como está planteado. Toda vez que de acuerdo con la información que reposa en la historia clínica del **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.**

-documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico- este cuando ingresó al servicio de urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. presentaba varios compromisos de salud importantes que incluso fueron considerados como crónicos por lo que su estado de salud era muy regular. Tal y como se observa a continuación:

PACIENTE MASCULINO CON ANTECEDENTES DE: DEMENCIA VASCULAR, TAB, HTA, INCONTINENCIA URINARIA, CA VEJIGA CON REALIZACION DE NEOVEJIGA EN 2003, MANEJADO CON CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE, INFECCION POR SARS COV 2 EN OCTUBRE 202, IAM CON ELEVACION ST KILLIP 1 NO TROMBOLIZADO, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

PACIENTE ES TRASLADADO POR AUXILIAR DE HOGAR GERIATRICO, PORQUE DESDE HACE 3 DIAS PACIENTE PRESENTA ORINA TURBIA Y FETIDA, DETERIORO NEUROLOGICO, DADO POR QUE CAMINA Y COME CON AYUDA Y DISFAGIA PARA SOLIDOS. EL DIA DE AYER EMPEORAMIENTO DEL CUADRO, NO COME, NO SE LEVANTA Y DESDE HOY DIFICULTAD PARA RESPIRAR. NIEGA TOS, DIARREA, FIEBRE U OTROS SINTOMAS.

Así mismo al examen físico se encontró:

EXAMEN FISICO	
CABEZA: NORMAL	QUELLO: NORMAL
TORAX: NORMAL	ABDOMEN: ANORMAL. BLANDO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOR A LA PALPACION NO MASAS NI MEGALIAS
GENITOURINARIO: NORMAL	EXTREMIDADES: NORMAL
PIEL Y FANERAS: NORMAL	NEUROLOGICO: ANORMAL. BABINSKY ESPONTANEO BILATERAL
ESTADO MENTAL: ANORMAL. ALERTA, GLASGOW 11/15, BABINSKY ESPONTANEO BILATERAL	
ASPECTO GENERAL	
REGULARES CONDICIONES GENERALES	

De lo anterior se evidencia que el paciente ingresó en regulares condiciones de salud, con varias afecciones y condiciones del cuerpo comprometidas, razón por la cual los médicos desplegaron todas las ayudas médicas humanamente posibles para restablecerle su salud.

Frente al hecho denominado “18.”: Es cierto, de conformidad con lo señalado en el certificado de defunción con indicativo serial No. 04173799.

Frente al hecho denominado “19.”: No se trata de la narración cronológica de los hechos que fundamentan la presente acción de reparación directa sino de lo consignado en un dictamen pericial, el cual no deberá ser valorado por el despacho hasta que no se surta la contradicción del mismo, pues a todas luces se evidencia que se presentan varias inconsistencias que deberán ser debatidas.

Frente al hecho denominado “20.”: A mi prohijada no le consta de manera directa lo relatado en este hecho toda vez que la compañía no hizo parte de la conciliación celebrada, no obstante, en el plenario obra constancia de no acuerdo del 16 de febrero de 2023 de la Procuraduría 188 Judicial I Para Asuntos Administrativos, en la cual se señala que la conciliación se declaró fracasada.

II. FRENTE A LAS “PRETENSIONES” DE LA DEMANDA

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, por carecer de fundamentos fácticos, jurídicos y probatorios que hagan viable su prosperidad. En las pretensiones de la demanda es notorio el deseo desproporcionado del extremo actor por lucrarse, debido a que no logra, siquiera de forma sumaria, demostrar los elementos esenciales para que se configure la eventual responsabilidad en cabeza de la parte pasiva, Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

Frente la pretensión denominada “1.”: Respetuosamente manifiesto al Despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se acceda a la solicitud de declaratoria de responsabilidad en contra de las entidades demandadas, en especial del **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** por los supuestos perjuicios ocasionados a los demandantes por el fallecimiento del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** Lo anterior, como quiera que no hay ningún tipo de evidencia en el plenario que establezca que por parte de la **E.S.E.** se hubiera desplegado alguna conducta negligente u omisiva que hubiese sido la desencadenante de los hechos reprochados. Pues se recuerda que el Hospital atendió al paciente de acuerdo con los protocolos establecidos en la *Lex-Artis*, pero lamentablemente por el estado deteriorado de su condición de salud con la que ingresó, falleció.

Frente la pretensión denominada “2.”: Respetuosamente manifiesto al Despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que

se condene a las entidades demandadas en especial al **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** a indemnizar a los aquí demandantes por los supuestos daños morales sufridos, toda vez que no hay responsabilidad en la prestación del servicio médico dispensado. Adicionalmente, en el remoto e hipotético evento en el que se declarara ésta, los perjuicios solicitados no se encuentran atemperados a los baremos fijados por la jurisprudencia del Consejo de Estado para los eventos de muerte, en atención a los grados o vínculos sanguíneos de los demandantes cuando se reclaman perjuicios inmateriales en la tipología del daño moral, es por ello que bajo ningún escenario se podrá reconocer para la nieta y hermano del fallecido la suma de 100SMLMV, cuando para estos lo máximo que procede son 50SMLMV. Así mismo, la señora **Edizabeth Cabrera Solís** refiere ser la nuera del fallecido, motivo por el cual, una eventual indemnización en cabeza de ésta no podrá ser superior a los 15 SMLMV, por pertenecer al nivel 5 (relaciones afectivas no familiares – terceros damnificados), según criterios jurisprudenciales emitidos por el Consejo de Estado, siempre y cuando se demuestre la afectación moral, pues respecto de este nivel de reconocimiento, esta tipología de perjuicio no se presume, siempre requerirá de probanza, misma que hasta esta oportunidad procesal brilla por su ausencia.

Frente la pretensión denominada “3.”: Respetuosamente manifiesto al Despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se condene a las entidades demandadas en especial al **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** a pedir disculpas públicas a través de un medio de comunicación, pues el mismo resulta a todas luces desproporcionado, antitécnico e improcedente por cuanto los hechos no versan sobre afectaciones al buen nombre o acciones u omisiones realizadas a nivel público donde se vea comprometida la honra de los aquí demandantes. Máxime cuando esta institución realizó todas las maniobras humanas y científicas posibles para restablecer la salud del paciente pese haber ingresado en condiciones críticas y con importantes problemas de salud. Motivo por el cual se concluye que su fallecimiento no ocurrió por actuaciones médicas, sino por el estado deteriorado de sus múltiples patologías.

Frente la pretensión denominada “4.”: Respetuosamente manifiesto al despacho que me opongo a la prosperidad de esta pretensión, teniendo en cuenta que la misma es consecencial de la pretensión primera, en ese sentido, como aquella no tiene vocación de prosperidad al no existir una negligencia u omisión por parte de las entidades demandadas, en especial del **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.**, ésta también deberá negarse.

Frente la pretensión denominada “a) POR PERJUICIOS MORALES”: Respetuosamente manifiesto al Despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se condene a las entidades demandadas en especial al **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** a indemnizar a los aquí demandantes por los supuestos daños morales sufridos toda vez que no hay responsabilidad en la prestación del servicio médico dispensado. Adicionalmente, en el remoto e hipotético evento en que se declarara ésta, los perjuicios solicitados no se encuentran atemperados a los baremos fijados por la jurisprudencia del Consejo de Estado para los eventos de muerte, en atención a los grados o vínculos sanguíneos de los demandantes cuando se reclaman perjuicios inmateriales en la tipología del daño moral, es por ello que bajo ningún escenario se podrá reconocer para la nieta y hermano del fallecido la suma de 100SMLMV, cuando para estos lo máximo que procede son 50SMLMV. Así mismo la señora **Edizabeth Cabrera Solís** refiere ser la nuera del fallecido, motivo por el cual, una eventual

indemnización en cabeza de ésta no podrá ser superior a los 15 SMLMV, por pertenecer al nivel 5 (relaciones afectivas no familiares – terceros damnificados), según criterios jurisprudenciales emitidos por el Consejo de Estado. Considerando, primero, que esta última deberá acreditar la causación del perjuicio, pues para esta no existe ningún tipo de presunción, por lo que será indispensable que pruebe la afectación, máxime cuando hasta esta oportunidad procesal no obra ningún medio de convicción que lo acredite.

III. EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA

En el presente acápite se presentarán los fundamentos de hecho y de derecho que en general, sustentan la oposición a las pretensiones de la demanda y que en particular dan cuenta de que el demandante no ha probado, como es su deber, la existencia de todos los supuestos normativos de la presunta responsabilidad patrimonial que pretende endilgarle a las demandadas en este litigio.

Sustento la oposición a las pretensiones invocadas por el extremo activo de este litigio, de conformidad con las siguientes excepciones:

A. AUSENCIA DEL NEXO CAUSAL ENTRE EL FALLECIMIENTO DEL SEÑOR CARLOS HERNÁN GÓMEZ BASTIDAS Q.E.P.D. Y LA SUPUESTA OMISIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.

De acuerdo con los hechos objeto del presente litigio, la parte actora señala que existió “una atención tardía, parcial y discontinua en la prestación del servicio desde el mes de mayo de 2021 por haberse dado de alta sin realizar un examen médico integral, sin medicación y control por consulta externa tanto de psiquiatría como de urología”. Sin embargo, tal afirmación no es cierta más aún cuando se cae por la ausencia de material probatorio que así lo acredite. Toda vez que el fallecimiento del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** obedeció a la evolución normal de las patologías tan críticas que presentaba, como lo era la falla renal crónica irreversible con poca reserva funcional que no permitía tratamientos específicos que mejoraran su condición de salud, sino por el contrario conforme a lo señalado en el comité bioética, podrían alargar su sufrimiento. Es decir que, cuando el paciente llegó al servicio de urgencias traído de otra institución de salud su estado era regular con complicaciones avanzadas de salud y con pocas alternativas médicas. Por lo tanto, nótese que no existe una relación de causalidad entre el fallecimiento del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** y el actuar del **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** que constituya una responsabilidad, máxime cuando esta institución médica realizó todas las actuaciones tendientes a mejorar la salud del paciente, pese haber ingresado en estado muy regular.

Al respecto de la necesidad de la acreditación cierta de una relación de causalidad entre la conducta de los demandados y el daño, no es suficiente con demostrar que el daño es antijurídico, en Sentencia del Consejo de Estado del 28 de octubre de 2024, radicación No. 76001-23-31-000-2011-00599-01 (67742) Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Palacio, así se estableció:

“(…) en los eventos de daños causados en la prestación del servicio médico asistencial y hospitalario, la Sección Tercera del Consejo de Estado, luego de abandonar la aplicación de criterios probatorios de presunción de falla médica y distribución de las cargas

dinámicas probatorias, estableció **la regla general de falla probada del servicio**. En ese marco, al demandante le corresponde probar el ejercicio de la actividad médica, la existencia de los errores, omisiones o negligencias en esa actuación **y, además, que haya sido la causa adecuada del daño** alegado (...)

Ninguna prueba hay en ese sentido, de que el lamentable fallecimiento del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** se deba por la supuesta atención tardía y por no emplear el **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** los protocolos estatuidos para este tipo de atenciones, máxime cuando la historia clínica -documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico-, acredita que el paciente fue atendido oportunamente en cada oportunidad que asistió a la ESE y que los galenos le practicaron los paraclínicos y suministraron los medicamentos correspondientes a cada patología que presentaba, sin embargo, por el estado avanzado de las enfermedades que padecía, el paciente lamentablemente fallece.

Para tal efecto, el Consejo de Estado en pronunciamiento reciente ha indicado que en los eventos donde la enfermedad no pudo ser interrumpida con la intervención médica no existirá daño imputable a la entidad, es decir, que no se podrá constituir responsabilidad contra las instituciones médicas cuando los pacientes ingresan en estado crítico y con pocas alternativas médicas

“La jurisprudencia también ha sostenido **que el daño no será imputable cuando** haya sido resultado de un efecto imprevisible e inevitable de la misma enfermedad que sufría el paciente o cuando es atribuible a causas naturales, **como sucede en los eventos en los que la enfermedad no pudo ser interrumpida con la intervención médica, porque el organismo del paciente no respondió**; porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esa enfermedad; o, porque esos recursos científicos no estaban al alcance de las instituciones médicas del Estado. Frente a la falla en los servicios hospitalarios y asistenciales, actividad que comprende el servicio médico en condiciones de tiempo, oportunidad y disponibilidad, aplican las premisas que sustentan la teoría de la falla del servicio”.¹

Lo anterior, se ve plenamente reflejado en el caso en concreto. Pues el paciente ingresó con múltiples fallas sistemáticas del cuerpo que sumado a sus antecedentes y la edad avanzada (77 años) impedían suministrarle un medicamento que pudiera aliviar de algún modo sus dolores ya que someterlo a tratamientos largos y complejos impactarían de manera negativa al paciente, como lo era alargar el sufrimiento, someterse a dolores extensos y demás. Es por ello, que el ente hospitalario asegurado en consonancia con los derechos de la dignidad humana evita someter al paciente a tratamientos dolorosos y de los cuales se desconocía su resultado final. Es decir, que no existe un nexo de causalidad entre el supuesto daño y la conducta alegada, pues todas las acciones desplegadas por la ESE se encuentran dentro de lo permitido en la *lex artis*.

Ahora bien, el nexo causal como elemento de la trifecta axiológica en asuntos donde se controvierte una supuesta responsabilidad extracontractual, en este caso médica, siempre tiene que probarse con base en medios suasorios cuya consecución e introducción al proceso resultan en una carga alternativa de la parte actora -que si deja de lado le genera consecuencias adversas- y ni siquiera en aquellos casos en los que se permite evaluar la falla (o culpa) desde un punto de vista de presunciones y objetivamente se releva al interesado de probar los otros elementos, esto es que

¹ Sentencia de Consejo de Estado, Sección tercera – Subsección C. 28 de octubre de 2024. Rad. 76001-23-31-000-2011-00599-01 (67742).

nunca, bajo ninguna circunstancia puede afirmar un juez ni en este caso la togada actora, que el nexo se puede construir con base en juicios deductivos sin pruebas de hechos fenoméricamente positivos y comprobables sensiblemente a través de la valoración de su prueba.

Lo anterior se acredita con la siguiente correlación probatoria que señala lo siguiente: De acuerdo a la información que reposa en la historia clínica -documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico- se evidencia que el señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** cuando ingresó al servicio de urgencias presentó múltiples patologías, tal y como se evidencia en la siguiente imagen:

(...)

PACIENTE MASCULINO CON ANTECEDENTES DE: DEMENCIA VASCULAR, TAB, HTA, INCONTINENCIA URINARIA, CA VEJIGA CON REALIZACION DE NEOVEJIGA EN 2003, MANEJADO CON CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE, INFECCION POR SARS COV 2 EN OCTUBRE 202, IAM CON ELEVACION ST KILLIP 1 NO TROMBOLIZADO, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

PACIENTE ES TRASLADADO POR AUXILIAR DE HOGAR GERIATRICO, PORQUE DESDE HACE 3 DIAS PACIENTE PRESENTA ORINA TURBIA Y FETIDA, DETERIORO NEUROLOGICO, DADO POR QUE CAMINA Y COME CON AYUDA Y DISFAGIA PARA SOLIDOS. EL DIA DE AYER EMPEORAMIENTO DEL CUADRO, NO COME, NO SE LEVANTA Y DESDE HOY DIFICULTAD PARA RESPIRAR. NIEGA TOS, DIARREA, FIEBRE U OTROS SINTOMAS.

(...)

OBJETIVO

AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA EQUIMOSIS EN RODILLA Y TERCIO SUPERIOR DE PIERNA IZQUEIRDA, SIN DEFORMIDAD.

Así mismo al examen físico se encontró:

EXAMEN FISICO	
CABEZA: NORMAL	CUERPO: NORMAL
TORAX: NORMAL	ABDOMEN: ANORMAL. BLANDO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOR A LA PALPACION NO MASAS NI MEGALIAS
GENITOURINARIO: NORMAL	EXTREMIDADES: NORMAL
PIEL Y FANERAS: NORMAL	NEUROLOGICO: ANORMAL. BABINSKY ESPONTANEO BILATERAL
ESTADO MENTAL: ANORMAL. ALERTA, GLASGOW 11/15, BABINSKY ESPONTANEO BILATERAL	
ASPECTO GENERAL	
REGULARES CONDICIONES GENERALES	

De lo anterior se evidencia que el paciente ingresó en regulares condiciones de salud, con varias afecciones y condiciones del cuerpo comprometidas, como por ejemplo una lesión en la rodilla de la cual hasta la fecha no se registra anotación médica, así mismo una falla renal crónica que afectaba en gran proporción por no decir que todo el sistema renal, lo que significaba que debía realizársele un tratamiento asistido para cumplir las funciones de este órgano vital en el cuerpo, para tal efecto el médico internista comentó que:

PACIENTE ANCIANO CON DEMENCIA VASCULAR YA ESTIPULADA Y AHORA CON CUADRO DE MALESTAR GENERAL DE RECIENTE APARICION, LLAMA LA ATENCION LA PRESENCIA DE MARCADA HIPERNATREMIA Y COMROMISO RENAL CON UREMIA SECUNDARIA QUE HACEN PENSAR EN FALLA RENAL CRONICA AGUDIZADA DE ORIGEN PRERRENAL. POR OTRO LADO MUESTRA CAMBIO EN EL ASPECTO DE LA ORINA CON MARCADA LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA, DADA LA PROCEDENCIA (HOGAR GERIATRICO) Y EL ANTECEDENTE DE ECATERISMO INTERMITENTE CONSIDERO DEBE INICIARSE MANEJO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO Y SE TITULARA SEGUN REPORTE DE UROCULTIVO. LA FAMILIA NO ACEPTA MANIOBRAS INVASIVAS.--

DX:

1. SEPSIS DE ORIGEN URIANRIO
2. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AGUDIZADA PRERRENAL
3. HIPERNATREMIA
4. DESHIDRATAION GRADO II
5. ANTECEDENTE DE DEMENCIA VASCULAR
6. ANTECEDENTE DE CA DE VEJIGA

TRATAMIENTO:

1. TRASLADO A EMERGENCIA LIMIPA
2. SONDA VSICAL A CISTOFLO
3. GLUCOEMTIRA CADA 6 HORAS
4. CONTORL ECTRICO DE LA LE
5. SS/ HEMOCULTIVOS #2
6. LEV AIS:
- HARTMAN 1000 CC EN BOLO, LEUGO DEJAR
- AGUA DESTILADA 490 CC MAS NATROL 10 CC PARA PASAR POR BIC A 70 C HORA
- AGUA DESTILADA 430 + HCO3 70 CC A 40 C HORA
7. OMEPRAZOL 40 MG IV CADA 24 HORAS
8. MEROPENEM 2 GRAMOS IV CADA 8 HORAS SOR TRES DOSIS Y LUEGO DEJAR 500 MG IV CADA 24 HORAS
9. ECO RENAL Y DE VIAS URINARIAS
10. VALORAICON POR NEFROLOGIA
11. EOC RENAL Y DE VIAS URINARIAS
12. MAÑANA CR BUN NAK CL CA MG TP TPT
13. EN 6 HORAS GASOMETRIA DE CONTROL
14. INFOMRAR CAMBIOS

Diagnóstico: R32X INCONTINENCIA URINARIA- NO ESPECIFICADA

INDICACION MEDICA

Sumado a lo anterior, presentaba seis (6) antecedentes importantísimos que, agregados a la edad de 77 años, complicaban su recuperación, pues es un hecho notorio que muchas proteínas y celular regenerativas del cuerpo a esa edad se encuentran deterioradas por el fenómeno de la vejez y por ello, deben ser suministradas de manera artificial al cuerpo para suplir la ausencia de su producción y evitar que el sistema colapse. Situación que para la fecha fue tenida en cuenta por los galenos, por ello, se realizó un comité bioético en el que se decidió:

DETALLE RESPUESTA:

DESDE EL PUNTO BIOETICO-LEGAL ESTAMOS ANTE UN PACIENTE EN LA OCTAVA DECADA DE LA VIDA CON COMPLICACIONES IRREVERSIBLES POBRE RESERVA FUNCIONAL QUE NO PERMITE TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS RAZONABLES QUE CAMBIEN LA SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE, AL CONTRARIO ALARGAN SU SUFRIMIENTO, VULNERANDO SU DIGNIDAD HUMANA A SU DERECHO DE VIVIR Y MORIR EN CONDICIONES DIGNAS, POR LO QUE ES NECESARIO LIMITAR ESFUERZOS TERAPÉUTICOS. NO LLEVAR A CABO PROCEDIMIENTOS INVASIVOS, QUE PROLONGUEN SU AGONIA, POR LO QUE DEBEMOS INICIAR MANEJO PALIATIVO CON UN PLAN DE FIN DE VIDA. Y EN CASO DE PARO CARDIO RESPIRATORIO NO REALIZAR MANIOBRAS HEROICAS DE REANIMACION., RECURRIENDO AL - PRINCIPIO DE NO MALEFICIENCIA, SIENDO ESTA LICITA CUANDO BRINDE BENEFICIOS Y NO DE EXPECTATIVAS A SU FAMILIA, O SU ENTORNO DONDE ESTA EL PACIENTE. AL TOMAR ESTA DECISION DEBEMOS SER SENSIBLES CON UNA INTERGRACION MORAL Y HUMANA PARA ENCARAR LAS DECISIONES DE FIN DE VIDA DEL PACIENTE. EL PRINCIPIO DE NO MALEFICIENCIA, DONDE EL TRATAMIENTO Y MANIOBRAS DE REANIMACION SERIA FUTIL E INUTILES YA QUE NO PERMITIRIAN EL CURSO NATURAL DE SU ENFERMEDAD S ENTENCIA T 401/94, SENTENCIA T 1001/03

TRATAMIENTO:

El señor señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** presentaba complicaciones médicas irreversibles que utilizando planes médicos serian inútiles por el estado avanzado de sus patologías que presentaba pobre reserva funcional. Por lo que se optó de acuerdo con el ordenamiento médico y jurídico darle un digno final de vida en condiciones menos dolorosas y agonizantes. Puesto que no se trataba de falta de ayuda médica, científicas, tratamientos o diagnósticos, sino simple y llanamente el cuerpo no presentaría respuesta positiva a los tratamientos porque su enfermedad había evolucionado de manera significativa a tal punto que era muy probable que falleciera.

Ahora, frente a la atención prestada en mayo de 2021 por parte del **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** al señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** debe decirse que no todas las urgencias que se consultan requieren hospitalización, pues deben tenerse en cuenta

varios criterios médicos como lo es, la complicación médica que presenta, los riesgos de hospitalización, traumas psicológicos por permanecer demasiado tiempo en un centro médico etc. Es decir, que esta situación no se encuentra al libre albedrío del paciente, sino que, por el contrario, es el profesional especialista en el área de la medicina quien decide dicha circunstancia. Más aún cuando en el presente asunto, el paciente no presentó signos importantes de salud que obligaran a la ESE a internarlo u hospitalizarlo.

Además, tratándose de pacientes psiquiátricos no todos deben ser hospitalizados, pues muchos son manejados de manera amigable y correcta en casa, generando un apoyo emocional más grande a diferencia de los pacientes que son internados y están bajo el cuidado de personas que estos consideran extrañas. La literatura médica al respecto ha indicado que:

(...) **¿Cuándo es necesaria la hospitalización psiquiátrica?**

La hospitalización psiquiátrica es necesaria cuando una persona enfrenta una crisis de salud mental que no puede manejarse de manera segura o efectiva en un entorno ambulatorio. Los trastornos que pueden requerir hospitalización incluyen la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión severa, los trastornos de la alimentación, la ideación suicida, los intentos de suicidio, la agresividad extrema y otros problemas graves de salud mental.

Se consideran casos de emergencia psiquiátrica cambios graves del estado de ánimo, los pensamientos y la conducta potencialmente fatales. Estas experiencias necesitan atención y evaluación inmediata. Para la hospitalización es necesario determinar si el paciente es una amenaza para sí mismo o para los demás.

Los comportamientos suicidas o de auto abandono, es decir, la incapacidad de cuidar de uno mismo, casi siempre deben tratarse de forma hospitalaria. Estos síntomas pueden aparecer debido al abuso de sustancias, trastornos psicóticos o demencia. Algunas señales que se consideran son:

- **Ideación suicida.**
- **Intentos de suicidio.**
- **Agresión hacia uno mismo u otros.**
- **Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas como bañarse, comer, dormir.**
- **Alucinaciones.**
- **Delirios intensos.**
- **Episodios de depresión o manía.** (...) ² (negrilla y subrayada por fuera del texto original)

De lo anterior, es fácil concluir que el diagnóstico de “demencia” no se encuentra dentro de las patologías que requieren hospitalización urgente, pues esta puede tratarse de manera ambulatoria tal y como lo hizo el galeno en esa oportunidad médica. Mas aun cuando el señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** fue diagnosticado con demencia cortical sin especificar que la misma era grave. Adicionalmente hasta este punto el paciente no presentó signos graves de alarma que advirtieran que la vida de él o de sus familiares o personas cercanas estuviera en peligro por su afectación mental.

Por lo que no entiende el suscrito como la perito en su dictamen indicó que era necesaria la hospitalización sin tan siquiera realizar un estudio de la literatura médica, los protocolos de atención

² Hospitalización psiquiátrica, ¿cuándo es necesaria? Por: Valentina Ochoa, Juan Pablo Salazar Arias - Pinares Mind & Health. Consulta en: <https://pinaresclinica.com.co/hospitalizacion-psiquiatrica-cuando-es-necesaria/#:~:text=Se%20consideran%20casos%20de%20emergencia,mismo%20o%20para%20los%20dem%C3%A1s.>

y el manejo de este tipo de afectaciones médicas. Pues únicamente se limitó a considerar bajo su juicio subjetivo sin soportes técnicos y científicos que el señor Gómez q.e.p.d. tenía que ser hospitalizado, cuando claramente la literatura médica dispone otra situación, además la perito no cuenta con experiencia profesional en el manejo de pacientes psiquiátricos ni mucho menos es especialista en psiquiatría por lo que no se entiende cómo llegó a dicha conclusión si no tiene experticia en el tema, pues su especialidad es medica cirujana. Además, no se evidencia ninguna prueba que confirme que de haberse hospitalizado en esta institución el resultado sería totalmente diferente. Pues se recuerda que el paciente por voluntad de sus familiares fue internado a escasos días en una clínica especializada en salud mental y, sin embargo, su salud se deterioró, a tal punto que falleció.

Por lo anterior, la conducta adoptada por los galenos del **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** se encuentra ajustada a los protocolos de la *Lex-Artis*, salvaguardando la vida e integridad del señor **Gómez q.e.p.d.** Por lo que no existe relación de conexidad entre su fallecimiento y la atención brindada en el HUSJ de Popayán, toda vez que la muerte se produjo por condiciones normales de su estado avanzado y deteriorado de salud.

Es por esto que, los argumentos subjetivos señalados por la parte actora carecen por completo de soporte en guías y protocolos que pudieran poner en entredicho el actuar de la ESE aquí demandada, pues nótese que al paciente se le dio un manejo médico con criterios de oportunidad, pertinencia y diligencia, en aras de tratar en debida forma los diferentes cuadros clínicos que presentaba y darle un tratamiento digno.

En conclusión, ante la falta de demostración de la acreditación del nexo de causalidad entre el fallecimiento del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** y el actuar del **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.**, no es factible avizorar algún tipo de responsabilidad a su cargo. Toda vez que el fallecimiento del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** obedeció a la evolución normal de las patologías que presentaba, como lo es falla renal crónica irreversible con poca reserva funcional que no permite tratamientos específicos que mejoren su condición de salud, sino por el contrario, conforme a lo señalado en el comité de bioética, podrían alargar su sufrimiento. Es decir que cuando el paciente, llegó al servicio de urgencias traído de otra institución de salud su estado era regular con complicaciones avanzadas de salud y con pocas alternativas médicas. Por lo tanto, nótese que no existe una relación de causalidad entre el fallecimiento del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** y el actuar del **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** que constituya una responsabilidad, máxime cuando esta institución médica realizó todas las actuaciones tendientes a mejorar la salud del paciente.

En ese contexto, solicito respetuosamente al despacho se sirva declarar probada esta excepción.

B. EN EL EXPEDIENTE NO SE HA ACREDITADO FALLA EN EL SERVICIO ENDILGADA AL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.

La parte actora, erróneamente endilga una falla en el servicio al **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.**, toda vez que el paciente en las oportunidades que cuando consultó a esta institución fue atendido oportunamente, se le practicaron paraclínicos necesarios y se le suministraron medicamentos para atender sus patologías y no presentó situaciones que advirtieran

una hospitalización preventiva en la consulta de mayo de 2021, máxime cuando tanto como el paciente como sus familiares que velaban por su cuidado no lo llevaban a control hace cinco (5) años, lo que pudo influir en el deterioro de su condición de salud. Es decir que frente a esta institución médica no se presentó alguna omisión u acción que pueda tan siquiera caer en una falla en el servicio.

Al respecto, frente a la falla en el servicio, el consejo de Estado ha señalado lo siguiente:

“(…) La falla del servicio o la falta en la prestación del mismo se configura por retardo, por irregularidad, por ineficiencia, por omisión o por ausencia del mismo. El retardo se da cuando la Administración actúa tardíamente ante la ciudadanía, en prestar el servicio; la irregularidad, por su parte, se configura cuando se presta el servicio en forma diferente a como es lo esperado o lo normal, contrariando las normas, reglamentos u órdenes que lo regulan; y la ineficiencia se configura cuando la Administración presta el servicio pero no con diligencia y eficacia, como es su deber legal. Y obviamente se da la omisión o ausencia del mismo cuando la Administración, teniendo el deber legal de prestar ese servicio, no actúa, no lo presta y queda desamparada la ciudadanía. (...)”³

En ese sentido y de acuerdo con lo señalado por el Consejo de Estado, el **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** no desentendió ninguna obligación legal ni reglamentaria. Máxime, cuando no fue la entidad a la cual se le realiza el reproche por los supuestos descuidos de las condiciones psicológicas del paciente psiquiátrico, pues este fue recluido en una IPS totalmente diferente al HUSJ y sobre la cual este no tiene injerencia alguna, por lo tanto, al no ser la entidad que lo internó es inocuo atribuirle algún tipo de responsabilidad. De este modo y entendiendo que las pretensiones de la parte actora no se encuentran soportadas, es factible concluir que no existió omisión y/o falla en el servicio por parte del **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.**

Corresponde a la parte activa determinar si en efecto existió la supuesta omisión y/o falla de los demandados, para que pudiera predicarse, consecuentemente, una falla en el servicio prestado por estos. Máxime, cuando la misma no es susceptible de presunción, por lo tanto, es indispensable que el actor lo acredite. En otras palabras, se trata de esclarecer si le asiste razón a la parte actora en determinar si las obligaciones a cargo de aquellas entidades fueron efectivamente quebrantadas. Al respecto, la jurisprudencia⁴ ha enseñado:

La Sala, de tiempo atrás, ha dicho que la falla del servicio ha sido en nuestro derecho y continúa siendo el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado; en efecto, si al juez administrativo le compete una labor de control de la acción administrativa del Estado y si la falla tiene el contenido final del incumplimiento de una obligación a su cargo, no hay duda que es ella el mecanismo más idóneo para asentar la responsabilidad patrimonial de naturaleza extracontractual.

De este modo, y entendiendo que no existen elementos materiales probatorios que acrediten la supuesta omisión y/o falla en el servicio de la entidad demandada, **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** las pretensiones señaladas en el escrito de la demanda no tienen vocación de prosperidad. En el caso particular del **HUSJ de Popayán** debe decirse que es claro que no hay pruebas que acrediten una falla en el servicio. Máxime cuando el paciente ingresó en

³ Sentencia del Consejo de Estado. Sección Tercera – Subsección A - Radicación número: 25000-23-26-000-1996-03282-01(20042). Fecha: 7 de marzo de 2012.

⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. Radicación 05001-23-31-000-1994-02077-01(19723), 10 de marzo de 2011. C.P. Stella Conto Diaz Del Castillo.

críticas condiciones de salud no existiendo alternativas médicas ni científicas para restablecer su salud.

En conclusión, la falla en el servicio dentro del asunto de la referencia no se encuentra probada, pues no existe la supuesta omisión y/o falla del **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** Máxime, cuando esta institución prestó los servicios de salud de manera diligente, oportuna y adecuada cuando el paciente consultaba los servicios de la ESE. En consecuencia, ante la ausencia de los elementos necesarios para la configuración de la falla en el servicio, los hechos deben ser tenidos como no probados y las pretensiones de la demanda necesariamente están llamadas al fracaso.

En ese contexto, solicito respetuosamente al Despacho se sirva declarar probada esta excepción.

C. LA OBLIGACIÓN DE LOS MÉDICOS ES DE MEDIOS Y NO DE RESULTADO.

La institución médica y los galenos que atendieron al señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** pese a haber tenido una obligación de **medio únicamente**, le brindaron la asistencia médica integral pues tomaron paraclínicos, realizaron examen físico y atención con médicos especialistas. Ahora, como se ha reiterado a lo largo de este escrito, el fallecimiento del señor Gómez q.e.p.d. ocurrió en circunstancias normales dentro de este tipo de patologías; falla renal crónica, sumado a todos los antecedentes médicos que presentó como hipertensión arterial, un preinfarto agudo de miocardio, tenía 77 años, entre otras circunstancias, es decir, dentro de este panorama era muy probable que los efectos hayan sido irreversibles, pues debía de practicarse diálisis con el fin de sustituir la función del riñón pero dadas sus condiciones de salud era imposible que soportara dichos procedimientos. Por lo tanto, a pesar de las condiciones de salud en las que llegó, los galenos realizaron y cumplieron con protocolos de la lex artis, pues se le brindó la asistencia médica que requería.

Al respecto, la Corte Constitucional, mediante Sentencia T-345 del 14 de junio de 2013, Magistrada Ponente, doctora María victoria Calle Correa, se pronunció indicando:

3.1. En múltiples ocasiones, diferentes Salas de Revisión de esta Corporación han señalado que los usuarios del Sistema de Salud tienen el derecho constitucional a que se les garantice el acceso efectivo a los servicios médicos necesarios e indispensables para tratar sus enfermedades, recuperar su salud y resguardar su dignidad humana. Esto fue recogido por la sentencia T-760 de 2008 en la regla: toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud, EPS, autorice el acceso a los servicios que requiere, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud', pues lo que realmente interesa es si de aquel depende la dignidad y la integridad del peticionario y si el servicio ha sido ordenado por el médico tratante.

En esta línea, la Corte ha resaltado que en el Sistema de Salud, quien tiene la competencia para determinar cuándo una persona requiere un procedimiento, tratamiento, o medicamento para promover, proteger o recuperar su salud es, prima facie, el médico tratante, por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce de primera mano y de manera detallada la condición de salud del paciente.

3.2. La importancia que le ha otorgado la jurisprudencia al concepto del médico tratante se debe a que éste (i) es un profesional científicamente calificado; (ii) es quien conoce de manera íntegra el caso de su paciente y las particularidades que pueden existir respecto de su condición de salud y (iii) es quién actúa en nombre de la entidad que presta el servicio.

En consecuencia, es la persona que cuenta con la información adecuada, precisa y suficiente para determinar la necesidad y la urgencia de un determinado servicio a partir de la valoración de los posibles riesgos y beneficios que este pueda generar y es quién se encuentra facultado para variar o cambiar la prescripción médica en un momento determinado de acuerdo con la evolución en la salud del paciente.

En este orden de ideas, siendo el médico tratante la persona facultada para prescribir y diagnosticar en uno u otro sentido, la actuación del Juez Constitucional debe ir encaminada a impedir la violación de los derechos fundamentales del paciente y a garantizar el cumplimiento efectivo de las garantías constitucionales mínimas, luego el juez no puede valorar un procedimiento médico. Por ello, al carecer del conocimiento científico adecuado para determinar qué tratamiento médico requiere, en una situación dada, un paciente en particular podría, de buena fe pero erróneamente, ordenar tratamientos que son ineficientes respecto de la patología del paciente, o incluso, podría ordenarse alguno que cause perjuicio a la salud de quien busca, por medio de la tutela, recibir atención médica en amparo de sus derechos, tal como podría ocurrir en el caso concreto.

3.3. Por lo tanto, la condición esencial para que el juez constitucional ordene que se suministre un determinado procedimiento médico o en general se reconozcan prestaciones en materia de salud, es que éste haya sido ordenado por el médico tratante, pues lo que se busca es resguardar el principio según el cual, el criterio médico no puede ser remplazado por el jurídico, y solo los profesionales de la medicina pueden decidir sobre la necesidad y la pertinencia de un tratamiento médico.

Por supuesto, hay casos en los que, con mayor evidencia técnica y científica puede controvertirse la posición del médico tratante. Esto fue recogido por la sentencia T-344 de 2002 al establecer que para que el dictamen del médico pueda ser legítimamente controvertido “la opinión de cualquier otro médico no es suficiente. La base de la decisión negativa contraria a lo prescrito por el médico que ha tratado al paciente debe ser más sólida, por lo que ha de fundarse, por lo menos en: (1) la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad, (2) la historia clínica del paciente, esto es, los efectos que concretamente tendría el tratamiento solicitado en el accionante”.

De lo anterior, da cuenta la historia clínica allegada con la demanda, la cual evidencia que desde el momento en que el paciente ingresó a la citada institución, se le brindaron todas las atenciones y servicios en salud por él requerido, desplegando innumerables esfuerzos encaminados a restablecer su salud.

En adición de lo anterior, debe resaltarse que el señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** fue atendido por profesionales médicos idóneos y calificados, quienes brindaron la atención médica asistencial que le correspondía en forma diligente y oportuna. La labor de los profesionales de la salud y del personal administrativo al servicio de la institución asegurada se desarrolló dentro de lineamientos esperados. En este punto debe destacarse que la medicina no es una ciencia exacta en ninguna de sus especialidades y aunque los procedimientos y diagnósticos difieren en complejidad y escala de dificultades técnicas, los resultados de los procedimientos médicos no podrán ser predecibles.

En todo caso, insisto en destacar que la atención recibida por el señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** en la institución médica convocada, fue siempre oportuna, de ello da cuenta el libelo genitor donde no se observa censura alguna de su conducta, pues siempre dio cumplimiento cabal de las obligaciones a su cargo que recaían en velar por la estabilización y atención oportuna del paciente.

En conclusión, en un caso como el que nos ocupa, se observa que el **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** dio cabal cumplimiento a las obligaciones legales contraídas, porque si

bien la obligación médica en general es de medio, ésta exige a los profesionales de la medicina, su ajuste a las normas y protocolos que rigen tal actividad, así pues, es como la citada institución se ha ceñido a lo dispuesto por la normatividad aludida de manera que en la atención brindada al paciente se le practicaron todos los paraclínicos, exámenes físicos y atención especializada que se traduce en el cumplimiento de lo citado en este acápite luego no puede atribuirse ningún tipo de responsabilidad, dado que el **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** actuó en cumplimiento de los deberes legales que como tal le asistían.

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

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

Coadyuvo las excepciones propuestas por el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.** sólo en cuanto las mismas no perjudiquen los intereses de mi representada, ni comprometan su responsabilidad.

E. EXCESIVA TASACIÓN DE PERJUICIOS MORALES.

En los hechos ocurridos en julio de 2021 no hubo responsabilidad por parte del **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** toda vez que los galenos actuaron conforme a los protocolos establecidos en la *lex artis* y practicaron los paraclínicos, exámenes físicos requeridos y atención con medicina especializada. Adicionalmente, lo solicitado por la parte actora resulta a todas luces desproporcionada pues se pretende el reconocimiento de 100SMLMV para cada uno de los demandantes sin importar el vínculo de este con el fallecido. Cuando los mismos **no se encuentran atemperados a los baremos** fijados por la jurisprudencia del Consejo de Estado para los eventos de muerte, en atención a los grados o vínculos sanguíneos de los demandantes cuando se reclaman perjuicios inmateriales en la tipología del daño moral, es por ello que bajo ningún escenario se podrá reconocer para la nieta y hermano del fallecido la suma de 100SMLMV, cuando para estos lo máximo que procede son 50SMLMV. Así mismo la señora **Edizabeth Cabrera Solís** refiere ser la nuera del fallecido, pero no aporta una prueba tan siquiera sumaria que así lo acredite, sin embargo, una eventual indemnización en cabeza de ésta no podrá ser superior a los 15 SMLMV, por pertenecer al nivel 5 (relaciones afectivas no familiares – terceros damnificados), según criterios jurisprudenciales emitidos por el Consejo de Estado, previa acreditación de la condición y calidad en la que reclama.

Ahora bien, debe aclararse que la indemnización no puede ser fuente de enriquecimiento para la presunta víctima. En otras palabras, es imperativo que el juez tenga en cuenta que los principios generales del derecho, la legislación y los criterios jurisprudenciales, establecen que la víctima de un hecho dañoso no puede enriquecerse como consecuencia de una indemnización. Por el contrario, la reparación únicamente debe propender por llevar a la persona al estado previo al acontecimiento del hecho. Por lo anterior y sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna en cabeza de mi representada, en el evento que el honorable juez considere que sí se reúnen los elementos de la responsabilidad, comedidamente le solicito desestime la tasación exorbitante de perjuicios propuesta por el demandante. En su lugar, se deberán atender fielmente los criterios jurisprudenciales establecidos por el Consejo de Estado que corresponden a lo siguiente:

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE					
REGLA GENERAL					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Relaciones afectivas conyugales y paterno filiales	Relación afectiva del 2° de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3° de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4° de consanguinidad o civil	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

Por lo tanto, al no existir pruebas que acrediten la responsabilidad del **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** en los hechos objeto del presente litigio no habrá lugar al reconocimiento de semejante tasación por daño moral. Sin embargo, deberá el juzgador en todo caso, tener en cuenta los lineamientos señalados por el Consejo de Estado.

Así pues, frente a los perjuicios morales solicitados en el líbello de la demanda, es preciso señalar que el Consejo de Estado, mediante Sentencia de Unificación del 28 de agosto de 2014, en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales, sostuvo lo siguiente:

(...) Para la reparación del daño moral, en caso de muerte, se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas.

Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno-filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes o estables). A este nivel corresponde el tope indemnizatorio (100 smlmv).

Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 50% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 35% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 25% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 15% del tope indemnizatorio.

Según la jurisprudencia citada, es inviable el reconocimiento de los perjuicios morales en las sumas pretendidas por la parte demandante. Solicitar (100) SMLMV, para aquellos que se encuentran en 2° y 5° como terceros afectados, resulta a todas luces exorbitante. Máxime, cuando no existe una prueba tan siquiera sumaria que indique que la señora **Edizabeth Cabrera Solís** quien refiere ser la nuera del fallecido sufrió perjuicios morales.

Es importante, señalar en este punto, que los del **nivel 5 – relaciones afectivas** deben si o si demostrar la supuesta afectación moral que padecieron, por lo tanto, para ellos el Consejo de Estado ha señalado que no existe ningún grado de presunción y por el contrario deberá acreditarse mediante los medios materiales probatorios la afectación moral y la cercanía con la víctima. Situación que hasta la fecha brilla por su ausencia, pues no se ha acreditado la supuesta afectación de la nuera con ocasión a la muerte de **Carlos Hernán Gómez Bastidas**

En conclusión, es inviable el reconocimiento por daño moral en las sumas pretendidas por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es a todas luces excesiva y equivocada. En tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto que supere los montos fijados a partir de la unificación jurisprudencial del Consejo de Estado. De ese modo, en tanto las sumas solicitadas en las pretensiones de la demanda desconocen los lineamientos establecidos por esa corporación y no se encuentran probadas, deberán ser completamente desestimadas.

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

F. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito señor Juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se encuentre originada en la Ley o en el contrato por el cual se convocó a mi representada, incluida la de la prescripción del contrato de seguro. Lo anterior, conforme a lo estipulado en el Art. 282 del Código General del Proceso que establece: *“En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda”*.

En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá reconocerse de manera oficiosa en la sentencia que defina el mérito.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO III. FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “1.”: Es cierto, solo en cuanto a que, entre el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.** y **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** celebraron varios contratos de seguro de Responsabilidad Civil documentados en las **Póliza Responsabilidad Civil No. 1001598** cuya vigencia corrió desde el 26 de junio de 2014 al 10 de enero de 2015; la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1003070** cuya vigencia corrió desde el 10 de enero de 2015 al 20 de enero de 2016 y se prorrogó hasta desde el 19 de mayo de 2015 al 11 de enero de 2017; la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1003576** cuya vigencia corrió desde el 11 de enero del 2017 al 11 de enero de 2018 y se prorrogó hasta el 17 de

enero de 2019 y la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1004103** cuya vigencia corrió desde el 17 de enero del 2019 al 17 de enero de 2020 y se prorrogó hasta el 16 de febrero de 2023, con el objeto de amparar entre otros, la responsabilidad civil de la **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.**

Sin embargo, debe aclararse que tres (3) contratos de seguros, estos son las **Pólizas Responsabilidad Civil No. 1001598, No. 1003070 y No. 1003576** anteriormente citadas, **no ofrecen cobertura temporal**, toda vez que, no se cumplieron los requisitos de la modalidad bajo la cual fueron pactadas, esto es “*Claims Made*”. Si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia de retroactividad pactado en las pólizas, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de conciliación realizada el día **22 de noviembre de 2022** según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 188 Judicial I para Asuntos Administrativos, es decir que **la reclamación al asegurado, se realizó por fuera de la vigencia de las pólizas, dejando por fuera la cobertura y el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de pólizas**. En consecuencia, el único contrato que eventualmente podría afectarse es la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1004103** siempre y cuando se configure el riesgo asegurado que hasta la fecha no ha sido acreditado.

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “2.”: No es cierto como está planteado. Los contratos de seguros materializados en las **Pólizas de Responsabilidad Civil No. 1001598, No. 1003070 y No. 1003576** **no ofrecen cobertura temporal** toda vez que, no se cumplieron los requisitos de la modalidad bajo la cual fue pactada, esto es “*Claims Made*”. Si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de retroactividad pactado en las pólizas, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de conciliación realizada el día **22 de noviembre de 2022** según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 188 Judicial I para Asuntos Administrativo, es decir que **la reclamación al asegurado, se realizó por fuera de la vigencia de las pólizas, dejando por fuera la cobertura y el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de pólizas**. Por lo que no podrá ordenarse que se desembolsen sumas de dinero por conceptos de indemnización en favor del Hospital Universitario de San José en tanto, no se cumplieron los requisitos bajo los cuales se pactó el contrato de seguro.

Por otro lado, sin que tal situación constituya aceptación de responsabilidad, debe decirse que la mera existencia de la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1004103** y que los hechos eventualmente ocurran dentro de la vigencia de la misma, no genera un derecho legal y contractual de exigir el pago de indemnización alguna, toda vez que deben existir unas condiciones particulares y generales pactadas por las partes para solicitar la afectación de la póliza. Debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida. Y, hasta la fecha, no existen elementos fácticos ni jurídicos que determinen la responsabilidad del asegurado.

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “3.”: En este hecho se realizan varias aseveraciones, frente a las cuales procedo a pronunciarme de la siguiente manera:

- Es cierto que cursa en el despacho medio de control de reparación directa contra el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.** en el que se pretende sea declarado administrativamente responsable, por la presunta falla en el servicio médico-asistencial dispensada al señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** Sin embargo, lo aquí manifestado no tiene injerencia alguna con el fundamento del llamamiento en garantía que se vinculó a mi prohijada.
- Por otro lado, no es cierto que los contratos de seguro prestan cobertura para los hechos del presente litigio. Toda vez que, las **Pólizas de Responsabilidad Civil No. 1001598, No. 1003070 y No. 1003576 no ofrece cobertura temporal** toda vez que no se cumplieron los requisitos de la modalidad bajo la cual fue pactada, esto es "*Claims Made*". Si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia pactado en las pólizas, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de conciliación realizada el día **22 de noviembre de 2022** según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 188 Judicial I para Asuntos Administrativos, es decir que **la reclamación al asegurado, se realizó por fuera de la vigencia de las pólizas, dejando por fuera la cobertura y el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de pólizas.** Por lo que no podrá ordenarse que se desembolsen sumas de dinero por conceptos de indemnización en favor del Hospital Universitario de San José en tanto, no se cumplieron los requisitos bajo los cuales se pactó el contrato de seguro.

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado "4.": En este hecho se realizan varias aseveraciones, frente a las cuales procedo a pronunciarme de la siguiente manera:

- La facultad contractual para llamar en garantía a mi prohijada versa sobre los contratos de seguros documentados en las **Pólizas de Responsabilidad Civil No. 1001598** cuya vigencia corrió desde el 26 de junio de 2014 al 10 de enero de 2015; la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1003070** cuya vigencia corrió desde el 10 de enero de 2015 al 20 de enero de 2016 y se prorrogó hasta desde el 19 de mayo de 2015 al 11 de enero de 2017; la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1003576** cuya vigencia corrió desde el 11 de enero del 2017 al 11 de enero de 2018 y se prorrogó hasta el 17 de enero de 2019 y la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1004103** cuya vigencia corrió desde el 17 de enero del 2019 al 17 de enero de 2020 y se prorrogó hasta el 16 de febrero de 2023. Frente a lo cual se manifiesta que es cierto. Sin embargo, tres de ellos, no prestan cobertura temporal, como ya se acotó.
- Por otro lado, no es cierto que exista una obligación indemnizatoria en virtud de los contratos anteriormente señalados, por cuanto tal y como se ha insistido, tres (3) contratos de seguros, estos son las **Pólizas de Responsabilidad Civil No. 1001598, No. 1003070 y No. 1003576** expuestas anteriormente **no ofrecen cobertura temporal**, toda vez que, no se cumplieron los requisitos de la modalidad bajo la cual fueron pactadas, esto es "*Claims Made*". Si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia de retroactividad pactado en las pólizas, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de conciliación realizada el día **22 de noviembre de 2022** según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 188 Judicial I para Asuntos Administrativo, es decir que **la reclamación al asegurado, se realizó por fuera de la vigencia de las pólizas, dejando por fuera la cobertura y el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de pólizas.** En consecuencia, el único

contrato que eventualmente podría afectarse es la **Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004103**, siempre y cuando se configure el riesgo asegurado que hasta la fecha no ha sido acreditado.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

En menester iniciar señalando al despacho que se dé aplicación a lo consignado en el principio de congruencia, toda vez que el escrito del llamamiento en garantía debe cumplir con los mismos requisitos de una demanda. Sin embargo, verificado el escrito del llamamiento en garantía se evidencia que, en el mismo, no se encuentra consignada una sola pretensión declaratoria o condenatoria en contra de la aseguradora que aquí represento, por lo que no hay lugar al reconocimiento de pretensiones que claramente no fueron solicitadas en la oportunidad procesal correspondiente.

Por otra parte, respetuosamente manifiesto al Despacho que, en primer lugar, me opongo a que se le condene a pagar a mi prohijada cualquier suma de dinero a título de indemnización que no se encuentre dentro de las condiciones particulares y generales pactadas en las **Póliza Responsabilidad Civil No. 1001598, No. 1003070 y No. 1003576**, máxime cuando estas **no ofrecen cobertura temporal**, toda vez que, no se cumplieron los requisitos de la modalidad bajo la cual fueron pactadas, esto es "*Claims Made*". Si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia pactado en la póliza, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de conciliación realizada el día **22 de noviembre de 2022** según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 188 Judicial I para Asuntos Administrativo, es decir que **la reclamación al asegurado, se realizó por fuera de la vigencia de la póliza, dejando por fuera la cobertura y el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de póliza.**

En segundo lugar, me opongo a que se le condene a pagar a mi prohijada cualquier suma de dinero a título de indemnización que no se encuentre dentro de las condiciones particulares y generales pactadas en la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1004103** cuya vigencia corrió desde el 17 de enero del 2019 al 17 de enero de 2020 y se prorrogó hasta el 16 de febrero de 2023. Lo anterior, teniendo en cuenta que el hecho de concertar un contrato de seguro no quiere decir que opere automáticamente alguna cobertura, por cuanto el mismo se rige esencialmente por las cláusulas particulares y generales pactadas entre las partes y por supuesto por el Código de Comercio Colombiano.

III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

A. AUSENCIA DE COBERTURA TEMPORAL DE LAS PÓLIZAS RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1001598, No. 1003070 Y No. 1003576.

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que la **Póliza de Responsabilidad Civil No. 1001598** cuya vigencia corrió desde el 26 de junio de 2014 al 10 de enero de 2015; la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1003070** cuya vigencia corrió desde el 10 de enero de 2015 al 20 de enero de 2016 y se prorrogó hasta desde el 19 de mayo de 2015 al 11 de enero de 2017 y la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1003576** cuya vigencia corrió desde el 11 de enero del 2017 al 11 de enero de 2018 y se prorrogó hasta el 17 de enero de 2019 no ofrecen

cobertura temporal, toda vez que, no se cumplieron los requisitos de la modalidad bajo los cuales fueron pactada, esto es “*Claims Made*”. Si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia pactado en la póliza, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de conciliación realizada el día **22 de noviembre de 2022** según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 188 Judicial I para Asuntos Administrativo, es decir que **la reclamación al asegurado, se realizó por fuera de la vigencia de la póliza, dejando por fuera la cobertura y el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de póliza.** Por lo que no podrá ordenarse que se desembolsen sumas de dinero por conceptos de indemnización en favor del Hospital Universitario San José en tanto, no se cumplieron los requisitos bajo los cuales se pactó el contrato de seguro.

Ahora bien, si bien es cierto que entre mi representada y el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.** se celebraron los negocios aseguraticios documentados en las **Pólizas de Responsabilidad Civil No. 1001598, No. 1003070 y No. 1003576**, se debe recordar que en dicho contrato de seguro también se concertó una delimitación temporal de la cobertura, con fundamento en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997; esta norma determina que en el seguro de responsabilidad, la cobertura podrá circunscribirse a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

Las **Pólizas de Responsabilidad Civil No. 1001598, No. 1003070 y No. 1003576** operan bajo la modalidad de cobertura denominada “*Claims Made*”, en virtud de la cual se deben cumplir de manera simultánea los siguientes requisitos: (i) Que los hechos ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado, (ii) Que los eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza, tal y como se pactó en el respectivo condicionado particular así:

MODALIDAD DE SEGURO: **Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE**

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-4

RETROACTIVIDAD: 1 de Agosto de 2005.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que, en el caso particular, si bien los hechos ocurrieron dentro del período de retroactividad pactado en las pólizas, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de conciliación realizada el día **22 de noviembre de 2022** según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 188 Judicial I para Asuntos Administrativos, tal y como se aprecia en la imagen adjunta:

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL
PROCURADURÍA 188 JUDICIAL I PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS
Radicación N°. E-2022-677399 de 22 de noviembre de 2022

Convocante (s): HAROLD HERNAN GOMEZ PALACIOS Y OTROS

Convocado (s): HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE ESE - CLÍNICA DE SALUD MENTAL NUEVA ESPERANZA

Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

Es decir que la reclamación se realizó por fuera de la vigencia del referido contrato de seguro, razón por la cual no existe a cargo de mi representada obligación de indemnizar, por cuenta de las **Pólizas de Responsabilidad Civil No. 1001598, No. 1003070 y No. 1003576**, pues si bien estuvieron vigentes para el momento en que se supone ocurrieron los hechos, no lo estuvieron **para la fecha en que se hizo la reclamación al asegurado, dejando por fuera de la cobertura, el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de pólizas.**

Se concluye, que al no reunirse los presupuestos para que operen las **Pólizas de Responsabilidad Civil No. 1001598, No. 1003070 y No. 1003576** pactadas bajo la modalidad "Claims Made", las cuales sirvieron como sustento para llamar en garantía a mi representada, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de estas.

Solicito señor Juez declarar probada esta excepción.

B. INEXIGIBILIDAD DE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1004103.

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado en la **Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004103**. En el expediente ciertamente no está demostrada la responsabilidad que pretende el extremo activo endilgar, luego que para justificar sus pretensiones el actor no cuenta con pruebas fehacientes para determinar la causación de los supuestos daños materiales e inmateriales sufridos. Máxime cuando el fallecimiento del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.** obedeció a la evolución normal de las patologías que presentaba, como lo es la falla renal crónica irreversible con poca reserva funcional que no permite tratamientos específicos que mejoraran su condición de salud, sino por el contrario conforme a lo señalado en el comité de bioética, podrían alargar su sufrimiento. Es decir que cuando el paciente, llegó al servicio de urgencias traído de otra institución de salud su estado era regular con complicaciones avanzadas de salud y con pocas alternativas médicas. Por lo tanto, no se configuró el riesgo asegurado en tanto no existe responsabilidad del asegurado.

En este orden de ideas, en concordancia con todo lo referenciado a lo largo del presente escrito, se propone esta excepción toda vez que **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** no está obligada a responder, de conformidad con las obligaciones expresamente estipuladas y aceptadas por las partes en el contrato de seguro. Así entonces, es necesario señalar que, al tenor de las

condiciones generales documentadas la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1004103** el amparo que se pretende afectar con la presente acción, se pactó así:

OBJETO

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza.

De conformidad con lo anterior, se evidencia que el riesgo asegurado en el contrato de seguro en comento no es otro que la "responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/o establecimientos o instituciones médicas" en que incurra el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.**, asegurado de acuerdo con la legislación colombiana. Dicho de otro modo, el contrato de seguro documentado en la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1004103** cuya vigencia corrió desde el 17 de enero del 2019 al 17 de enero de 2020 y se prorrogó hasta el 16 de febrero de 2023 entrará a responder, si y solo sí, el asegurado, en este caso de la **HUSJ POPAYAN** es declarado patrimonialmente responsable por los daños irrogados a "terceros" y siempre y cuando no se presente una causal de exclusión u otra circunstancia que enerve los efectos jurídicos del contrato de seguro. Así las cosas, esa declaratoria de responsabilidad civil extracontractual constituirá el "siniestro", esto es, la realización del riesgo asegurado (Art. 1072 del C.Co.).

De acuerdo con la exposición anterior y teniendo en cuenta lo descrito en el libelo de demanda, así como los medios probatorios aportados al plenario, se tiene que en primer lugar, la póliza vinculada no ofrece cobertura material toda vez que el reproche central por el supuesto deterioro del paciente en un centro de atención mental indicado en la demanda, no ocurrió en las instalaciones del hospital asegurado sino en una institución médica diferente, y, en segundo lugar, el demandante no acreditó que efectivamente el riesgo asegurado se haya materializado por el concurso de los elementos propios de la responsabilidad y, por consiguiente, las pretensiones de la demanda no están llamadas a prosperar. En consecuencia, no se logra estructurar una responsabilidad civil en cabeza del asegurado, esto es, no se realiza el riesgo asegurado como condición *sine qua non* para activar la responsabilidad que, eventual e hipotéticamente, pudiera corresponder a la aseguradora.

Se concluye, que al no reunirse los supuestos para que se configure la responsabilidad civil, claramente no se ha realizado el riesgo asegurado por la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1004103** cuya vigencia corrió desde el 17 de enero del 2019 al 17 de enero de 2020 y se prorrogó hasta el 16 de febrero de 2023, la cual, sirvió como sustento para llamar en garantía a mi representada. En tal sentido, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de la aseguradora.

Solicito señor Juez declarar probada esta excepción.

C. LAS EXCLUSIONES DE AMPARO CONCERTADAS EN LAS PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1001598; No. 1003070; No. 1003576 Y No. 1004103.

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”⁵

Así las cosas, se evidencia cómo por parte del órgano de cierre de la jurisdicción de lo contencioso administrativo, se exhorta a los jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los contratos de seguro. Razón por la cual, es menester señalar que las **Pólizas de Responsabilidad Civil No. 1001598; No. 1003070; No. 1003576 y No. 1004103**, en su página 3 y siguientes señalan una serie de exclusiones, las cuales solicito aplicar expresamente al caso concreto.

Por otro lado, si bien la Circular Básica Jurídica establece que las exclusiones deben constar en la primera página de la póliza y en caracteres destacados, la Corte Suprema de Justicia en sentencia de unificación No. SC328 del 21 de septiembre de 2023 ha aclarado que lo necesario es que deban empezar en la primera página de la póliza, más no de su carátula, y en caracteres destacados para que tengan eficacia. Criterios que se cumplen dentro del proceso, pues las exclusiones se encuentran desde la primera página del condicionado en caracteres destacados de forma ininterrumpida.

Lo anterior, en estricto cumplimiento del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero:

Artículo 184. Régimen de pólizas y tarifas.

(...)

2. Requisitos de las pólizas. Las pólizas deberán ajustarse a las siguientes exigencias:

- a. Su contenido debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, al presente estatuto y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva;
- b. Deben redactarse en tal forma que sean de fácil comprensión para el asegurado. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles, y
- c. **Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza. (negrilla y subrayado por fuera del texto original).**

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia-Sala de Casación Civil mediante la sentencia de unificación No. **SC328 del 21 de septiembre de 2023**, señaló que:

Ahora bien, con el propósito de aquilatar la hermenéutica de la norma en cuestión, debe recordarse que, conforme lo establece el artículo 1046 del Código de Comercio, se denomina póliza al documento que recoge el contrato de seguro. Esta póliza en sentido amplio contiene, como se ha visto, (i) la carátula, en la que se consignan las Por lo que tal, condiciones particulares del artículo 1047 ibídem y las advertencias de mora establecidas

⁵ 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.

en los cánones 1068 y 1152 del mismo Código; (ii) el clausulado del contrato, que corresponde a las condiciones negociales generales o clausulado general; y (iii) los anexos, en los términos del artículo 1048 ejusdem.

En ese sentido, se insiste en que el ordenamiento mercantil diferencia con claridad la carátula de la póliza de la póliza misma, y que, dada esa distinción, no cabe sostener que la regla del precepto 184 del ESOF debe cumplirse incluyendo los amparos básicos y las exclusiones, «en caracteres destacados» en la referida carátula.

Cuando la norma en cita alude a «la primera página de la póliza» debe entenderse que se refiere a lo que esa expresión significa textualmente, es decir, al folio inicial del clausulado general de cada seguro contratado, pues es **a partir de allí** donde debe quedar registrado, con la claridad, transparencia y visibilidad del caso, uno de los insumos más relevantes para que el tomador se adhiera, de manera informada y reflexiva, a las condiciones negociales predispuestas por su contraparte: la delimitación del riesgo asegurado.

Conforme a lo anterior, las exclusiones son eficaces siempre que consten en caracteres destacados y comiencen a partir de la primera página de las condiciones generales de la póliza, tal y como lo reconoció la Corte Suprema de Justicia; exigencia que se cumple en el caso de marras, toda vez que las exclusiones fueron estipuladas a partir de la primera página de las condiciones generales de la póliza.

Sobre la ubicación de las exclusiones pactadas en el instrumento asegurativo, en la Circular Básica Jurídica 029 de 2014, de la referida entidad, se reafirmó la postura realizando una regulación de la emisión de las pólizas y del contenido que estas debían tener, así:

“1.2.1. Requisitos generales de las pólizas de seguros:

Para el adecuado cumplimiento de lo señalado en el [numeral 2 del art. 184](#) del [EOSF](#) las entidades aseguradoras deben redactar las condiciones del contrato de forma que sean claramente legibles y que los tomadores y asegurados puedan comprender e identificar las definiciones de los riesgos amparados y las obligaciones emanadas del negocio celebrado. Para ello, las pólizas deben incluir, cuando menos, la siguiente información:

1.2.1.1. En la carátula:

1.2.1.1.1. Las condiciones particulares previstas en el art. 1047 del C.Co.

1.2.1.1.2. En caracteres destacados o resaltados, es decir, que se distinguen del resto del texto de la impresión, el contenido del inciso 1º del art. 1068 del C.Co. Para el caso de los seguros de vida, el contenido del art. 1152 del mismo ordenamiento legal.

1.2.1.2. A partir de la primera página de la póliza (amparos y exclusiones)

Los amparos básicos y todas las exclusiones que se estipulen deben consignarse en forma continua a partir de la primera página de la póliza. Estas deben figurar en caracteres destacados o resaltados, según los mismos lineamientos atrás señalados y, en términos claros y concisos que proporcionen al tomador la información precisa sobre el verdadero alcance de la cobertura contratada. No se pueden consignar en las páginas interiores o en cláusulas posteriores exclusiones adicionales en forma distinta a la prevista en este numeral”. (Negrilla fuera de texto).

En ese sentido, la regulación de la Superintendencia Financiera de Colombia, es completamente clara, pues indica que los amparos y exclusiones deben consignarse a partir de la primera página de la póliza, esto es, no de forma restrictiva en la carátula de la misma, puesto que, por razones prácticas, por imposibilidad física, y por las indicaciones legales referidas, no es viable que confluyan en esta misma página del contrato de seguro. De hecho, la misma Superintendencia a través de su Dirección Legal dio respuesta a consulta formulada por el Representante Legal de Liberty Seguros el pasado 04 de febrero de 2020 (Superintendencia Financiera de Colombia, Radicación No. 2019153273-007-000, trámite: Consultas específicas, remitente: 334000 – DIRECCIÓN LEGAL DE SEGUROS, firmado por Luz Elvira Moreno Dueñas, Director Legal de Seguros), conceptuando lo siguiente:

“Bajo esta línea de interpretación, debe entenderse que en aquellos casos en que en consideración al número de amparos y sus respectivas exclusiones, así como la necesidad de ofrecer una descripción legible, clara y comprensible de los mismos, no sea susceptible incorporar todos estos conceptos en una sola página, pueden quedar, tanto los primeros como las segundas, consignados en forma continua a partir de la primera página de la póliza, como lo precisa la instrucción de este Supervisor”.

Es preciso enfatizar que la Superintendencia Financiera de Colombia, es un organismo técnico adscrito al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, que tiene por objeto supervisar el sistema financiero colombiano con el fin de preservar su estabilidad, seguridad y confianza, así como, promover, organizar y desarrollar el mercado de valores colombiano y la protección de los inversionistas, ahorradores y asegurados.

Conforme a lo anterior, y a su clara condición de organismo estatal regulador de la actividad financiera y aseguradora, que por tanto ejerce la supervisión de manera idónea, es que el Decreto 2739 de 1991, en su artículo 3.3, estableció como una de sus funciones, la siguiente:

“Emitir las órdenes necesarias para que las entidades sujetas a la inspección, Vigilancia y control de la Superintendencia suspendan de inmediato las prácticas ilegales, no autorizadas o inseguras, y para que se adopten las correspondientes medidas correctivas y de saneamiento”.

De acuerdo entonces a la función pública que realiza esta entidad es claro que sus conceptos y las circulares que expide tienen un fin orientador, claramente de carácter vinculante, no siendo coherente que expida una circular que vaya en desmedro de los intereses de los asegurados, tomadores o beneficiarios en el contrato de seguro.

En conclusión, bajo la anterior premisa, en caso de configurarse alguna de las exclusiones arriba señaladas o las que constan en las condiciones generales y particulares de las **Pólizas de Responsabilidad Civil No. 1001598; No. 1003070; No. 1003576 y No. 1004103**, éstas deberán ser aplicadas y deberán dársele los efectos señalados por la jurisprudencia. En consecuencia, no podrá existir responsabilidad en cabeza del asegurador como quiera que se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

Solicito señor juez declarar probada esta excepción.

D. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGURO.

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

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

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

En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio establece 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 de texto).

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por conceptos de perjuicios morales no son de recibo por cuanto su reconocimiento por parte del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.**, implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte demandante recibiendo una indemnización por parte del hospital que nada tuvo que ver con el lamentable fallecimiento del señor **Carlos Hernán Gómez Bastidas q.e.p.d.**

Conforme a ello, dado que los perjuicios solicitados en el petitum de la demanda presentan serias inconsistencias y que las **Pólizas de Responsabilidad Civil No. 1001598; No. 1003070 y No. 1003576**, no ofrecen cobertura por los argumentos antes esbozados, reconocer el pago de suma alguna con cargo a la misma, implicaría correlativamente transgredir el carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad patrimonial del Estado y eventualmente enriqueciéndola.

En conclusión, no puede perderse de vista que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiende a un carácter meramente indemnizatorio. Por todo lo anterior y teniendo en cuenta la indebida solicitud y tasación de perjuicios, se deberá declarar probada la presente excepción, y así evitar la contravención del carácter indemnizatorio del contrato de seguro y un correlativo enriquecimiento sin justa causa en cabeza de la actora.

Solicito señor Juez declarar probada esta excepción.

E. COASEGURO E INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD CONTENIDA EN LA PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1003576

La póliza utilizada como fundamento para vincular a mi representada como tercero patrimonialmente responsable, revela que la misma fue tomada por el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.** bajo la figura de coaseguro, distribuyendo el riesgo entre **ALLIANZ SEGUROS S.A. y LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

En ese sentido, existiendo un coaseguro, es decir, estando distribuido el riesgo entre mi representada y las compañías de seguros mencionadas, la responsabilidad de cada una de las coaseguradoras está limitada al porcentaje antes señalado, pues de ninguna manera puede predicarse una solidaria entre ellas. Por lo anterior, en la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1003576** en el certificado 0 y 1 se pactó el siguiente coaseguro:

DISTRIBUCIÓN			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA
5	Allianz Seguros S.A.	35.00	122,500,000.00

En la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1003576** en el certificado 2 se pactó el siguiente coaseguro:

DISTRIBUCIÓN			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA
5	Allianz Seguros S.A.	40.00	148,800,000.00

Sin embargo, el despacho deberá tener en cuenta que dicho contrato de seguros no presta cobertura temporal toda vez que, no se cumplieron los requisitos de la modalidad bajo la cual fue pactada, esto es “*Claims Made*”. Si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia de retroactividad pactado en las pólizas, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de conciliación realizada el día **22 de noviembre de 2022** según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 188 Judicial I para Asuntos Administrativo, es decir que **la reclamación al asegurado, se realizó por fuera de la vigencia de las pólizas, dejando por fuera la cobertura y el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de pólizas** y la vigencia de esta corrió desde el 11 de enero del 2017 al 11 de enero de 2018 y se prorrogó hasta el 17 de enero de 2019. Razón por la cual este contrato de seguro no deberá ser tenido en cuenta en el presente litigio.

El artículo 1092 del Código de Comercio, que estipula lo siguiente:

En el caso de pluralidad o de coexistencia de seguros, **los aseguradores deberán soportar la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos**, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de éstos produce nulidad. (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Lo consignado en la norma en cita se aplica al coaseguro, por estipulación expresa del artículo 1095 del estatuto mercantil, el cual que establece:

Las normas que anteceden se aplicarán igualmente **al coaseguro, en virtud del cual dos o más aseguradores, a petición del asegurado o con su aquiescencia previa, acuerdan distribuirse entre ellos determinado seguro**. (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Dada la figura del coaseguro y de conformidad con lo anterior, la responsabilidad de cada una de las coaseguradoras está limitada al porcentaje antes indicado, ya que no existe solidaridad entre ellas. En concordancia con lo señalado en Sentencia del Consejo de Estado del 30 de marzo de 2022 que reza:

“(…) los distintos aseguradores deben responder con sujeción a la participación que asumieron al momento de la celebración del contrato sin que exista solidaridad de conformidad con el artículo 1092 del Código de Comercio (…)”

En conclusión, existiendo coaseguro, de acuerdo con el cual cada aseguradora asumió el porcentaje arriba señalado, se destaca que ni siquiera en el improbable caso de que fueran viables las pretensiones de la parte actora, podría condenarse a mi representada por lo que les corresponde a las otras coaseguradoras. Lo anterior, como quiera que en el coaseguro las compañías aseguradoras no son solidarias, como se desprende del artículo 1092 del Código de Comercio, debido a que cada asegurador deberá soportar la indemnización debida, en proporción a la cuantía de su participación porcentual.

F. LÍMITES Y SUBLÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR Y CONDICIONES PACTADOS EN LAS PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1001598; No. 1003070; No. 1003576 Y No. 1004103.

En gracia de discusión, sin que implique reconocimiento de que pueda llegar a surgir obligación de indemnizar a cargo de la aseguradora, únicamente con ánimo ilustrativo debe destacarse que la eventual obligación de mi procurada se circunscribe en proporción al límite de la cobertura para los eventos asegurables y amparados por el contrato. La ocurrencia de varios siniestros durante la vigencia de la póliza va agotando la suma asegurada, por lo que es indispensable que se tenga en cuenta la misma en el remoto evento de proferir sentencia condenatoria en contra de nuestro asegurado.

De acuerdo a lo preceptuado en el artículo 1079 del Código de Comercio, el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta la concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas, consagrado en el artículo 1088 ibídem, que establece que los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituirse en fuente de enriquecimiento.

Ahora bien, exclusivamente en gracia de discusión, sin ánimo de que implique el reconocimiento de responsabilidad en contra de mi representada, se debe manifestar que en los contratos de seguro se indicaron los siguientes amparos:

1. En la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1001598** cuya vigencia corrió desde el 26 de junio de 2014 al 10 de enero de 2015 en el último certificado No. 26, se pactó el siguiente amparo (**Se reitera que esta no presta cobertura temporal**):

AMPAROS CONTRATADOS				
No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	1,500,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	1,500,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	1,500,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	1,500,000,000.00	SI	157,726,027.40
	Deducible: 15.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 20,000,000.00 \$		SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	1,500,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	150,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	30,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	100,000,000.00	NO	0.00
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	100,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	20,000,000.00		
	Deducible: 5.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 \$		NINGUNO	

Así mismo es importante señalar que se pactó un sublímite para el amparo de perjuicios extrapatrimoniales de **10% por evento y el 20% en el agregado anual**, tal y como se evidencia en la siguiente imagen:

SUBLÍMITES

- Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a \$20.000.000 por evento y \$100.000.000 en el agregado anual. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
- Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 2% por evento y 10% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado.
- Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 10% por evento y 20% en el agregado anual. Incluye perjuicio moral, perjuicios fisiológicos y daños a la vida de relación, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

- En la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1003070** cuya vigencia corrió desde el 10 de enero de 2015 al 20 de enero de 2016 y se prorrogó hasta desde el 19 de mayo de 2015 al 11 de enero de 2017 se pactó el siguiente amparo en el último certificado No.4. (**Se reitera que esta no presta cobertura temporal**):

AMPAROS CONTRATADOS				
No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,000,000,000.00	SI	8,713,278.99
	Deducible: 15.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 20,000,000.00 \$		NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	400,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	100,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	800,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 15.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 20,000,000.00 \$		NINGUNO	
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	400,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	50,000,000.00		
	Deducible: 5.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 \$		NINGUNO	

Así mismo es importante señalar que se pactó un sublímite para el amparo de perjuicios extrapatrimoniales de **10% por evento y el 20% en el agregado anual**, tal y como se evidencia en la siguiente imagen:

SUBLÍMITES

- GASTOS JUDICIALES, DE DEFENSA O DE ABOGADOS: SUBLIMITADO A \$20.000.000 POR EVENTO Y \$100.000.000 EN EL AGREGADO ANUAL. SOLO SE RECONOCERÁ COMO HONORARIOS PROFESIONALES AQUELLOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DE LOS COLEGIOS DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD, PREVIA APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE PACTADO.
- GASTOS MÉDICOS DE EMERGENCIA, SUBLIMITADO A 2% POR EVENTO Y 10% POR VIGENCIA. SE ENTIENDE AQUELLOS GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, DE AMBULANCIA, HOSPITALARIOS, DE ENFERMERAS Y DE MEDICAMENTOS PRESTADOS A TERCEROS EN QUE SE INCURRAN HASTA TRES (3) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES AL ACCIDENTE Y SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE; SE EXCLUYEN RECLAMACIONES DE EMPLEADOS Y CONTRATISTAS DEL ASEGURADO, EXCEPTO EN LOS CASOS QUE RECIBAN SERVICIO O ATENCIÓN MÉDICA COMO "PACIENTES" DEL ASEGURADO.
- PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, SUBLIMITADO A 10% POR EVENTO Y 20% EN EL AGREGADO ANUAL. INCLUYE PERJUICIO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS Y DAÑOS A LA VIDA DE RELACIÓN, SIEMPRE QUE SE DERIVEN DE UN DAÑO MATERIAL, LESIÓN CORPORAL CUBIERTO POR LA PÓLIZA.

3. En **Póliza Responsabilidad Civil No. 1003576** cuya vigencia corrió desde el 11 de enero del 2017 al 11 de enero de 2018 y se prorrogó hasta el 17 de enero de 2019 en su último certificado No. 2, se pactó el siguiente amparo (**Se reitera que esta no presta cobertura temporal**):

AMPAROS CONTRATADOS				
No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,000,000,000.00	SI	372,000,000.00
	Deducible: 15.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 20,000,000.00	\$ NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	200,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	40,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	400,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 15.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 20,000,000.00	\$ NINGUNO	
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	100,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	20,000,000.00		
	Deducible: 5.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES	Mínimo 0.00	\$ NINGUNO	

Así mismo es importante señalar que se pactó un sublímite para el amparo de perjuicios extrapatrimoniales de **10% por evento y el 20% por vigencia**, tal y como se evidencia en la siguiente imagen:

SUBLÍMITES

- Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a \$20.000.000 por evento y \$100.000.000 por vigencia. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
- Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 2% por evento y 10% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado
- Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 10% por evento y 20% por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

4. Y en la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1004103** cuya vigencia corrió desde el 17 de enero del 2019 al 17 de enero de 2020 y se prorrogó hasta el 16 de febrero de 2023 en su último certificado 26, se pactó el siguiente amparo:

AMPAROS CONTRATADOS				
No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,000,000,000.00	SI	500,000,000.00
	Deducible: 15.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 25,000,000.00	\$ NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	400,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	100,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	600,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 15.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 25,000,000.00	\$ NINGUNO	
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	200,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	100,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES	Mínimo 0.00	\$ NINGUNO	

Así mismo es importante señalar que se pactó un sublímite para el amparo de perjuicios extrapatrimoniales de **20% por evento y el 40% por vigencia** tal y como se evidencia en la siguiente imagen:

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: Sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
2. Gastos médicos de emergencia, Sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado.
3. Perjuicios extrapatrimoniales, Sublimitado a 20% por evento y 40% por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

Conforme a lo señalado anteriormente, cualquiera de los límites y sublímites señalados anteriormente podría eventualmente ser afectado una vez verificadas las condiciones particulares y generales de las cuales pende el contrato de seguro. En todo caso, se reitera, que las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a estas condiciones claramente definidas en la póliza, con sujeción a los límites asegurados, **disponibilidad de la suma asegurada** y a la fehaciente demostración, por parte del asegurado en este caso, del real y efectivo acaecimiento del evento asegurado.

De conformidad con estos argumentos, respetuosamente solicito declarar probada la excepción denominada "*Límites y sublímites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones de las Póliza Responsabilidad Civil No. 1001598; No. 1003070; No. 1003576 y No. 1004103*", los cuales enmarcan las obligaciones de las partes, planteada en favor de los derechos e intereses de mi procurada. Recordando siempre que las tres primeras pólizas no ofrecen cobertura temporal.

G. EN LAS PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1001598; No. 1003070; No. 1003576 Y No. 1004103 SE PACTÓ UN DEDUCIBLE.

En gracia de discusión y sin que implique reconocimiento de que pueda llegar a surgir obligación de indemnizar a cargo de la aseguradora, debe destacarse que de la eventual obligación de mi procurada se debe descontar el deducible pactado. Debe tenerse en cuenta que el deducible corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado, **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.**

El deducible, el cual está legalmente permitido, está consagrado en el artículo 1103 del Código de Comercio, el cual reza que: "*(...) Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original (...)*"

En síntesis, el deducible comporta la participación que asume el asegurado cuando se presenta el siniestro, el cual se manifiesta en un valor o porcentaje pactado en la póliza de seguro. Así entonces, de acuerdo con el contenido de la póliza, se pactó un deducible de la siguiente manera:

1. En la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1001598** cuya vigencia corrió desde el 26 de junio de 2014 al 10 de enero de 2015 en el último certificado No. 26, se pactó el siguiente deducible (**Se reitera que esta no presta cobertura temporal**):

DEDUCIBLES:

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 5% de los gastos incurridos
3. Demás amparos:
15% del valor de la pérdida, mínimo \$20.000.000

2. En la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1003070** cuya vigencia corrió desde el 10 de enero de 2015 al 20 de enero de 2016 y se prorrogó hasta desde el 19 de mayo de 2015 al 11 de enero de 2017 se pactó el siguiente deducible en el último certificado No.4. (**Se reitera que esta no presta cobertura temporal**):

DEDUCIBLES:

1. GASTOS MÉDICOS: SIN DEDUCIBLE
2. GASTOS DE DEFENSA: 5% DE LOS GASTOS INCURRIDOS
3. DEMÁS AMPAROS:
15% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO \$20.000.000

3. En **Póliza Responsabilidad Civil No. 1003576** cuya vigencia corrió desde el 11 de enero del 2017 al 11 de enero de 2018 y se prorrogó hasta el 17 de enero de 2019 en su último certificado No. 2, se pactó el siguiente deducible (**Se reitera que esta no presta cobertura temporal**):

DEDUCIBLES:

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 5% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 15% del valor de la pérdida, mínimo \$20.000.000

4. Y en la **Póliza Responsabilidad Civil No. 1004103** cuya vigencia corrió desde el 17 de enero del 2019 al 17 de enero de 2020 y se prorrogó hasta el 16 de febrero de 2023 en su último certificado 26, se pactó el siguiente deducible:

DEDUCIBLES APLICABLES

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 15% del valor de la pérdida, mínimo \$25.000.000

Por consiguiente, debe tenerse presente que, una vez se encuentre fehacientemente probado el evento asegurado, el Juez deberá, al momento de atribuir responsabilidades sobre la indemnización del presunto daño antijurídico causado, aplicar el monto que, al asegurado **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.** le correspondería cubrir en virtud del deducible pactado. Se aclara además que en vista de que se pactó un porcentaje y una suma específica, deberá aplicarse, de acuerdo con lo estipulado en la póliza, el que una vez calculado sea mayor.

En conclusión, si en la causa bajo su conocimiento ocurre el improbable caso de endilgarse responsabilidad a la demandada y asegurada y a mi mandante se le hiciera exigible la afectación del aseguramiento, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.** tendría que cubrir el monto anteriormente indicado como deducible. Empero, tampoco puede olvidarse que esto es sólo posible en el hipotético de que el Hospital sea hallado patrimonialmente responsable de

conformidad con las pruebas allegadas al proceso. Lo cual, analizado el expediente, considera el suscrito es altamente improbable, como quiera que, en el asunto de marras, no existe responsabilidad frente a **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.**

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

H. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

Sin que con el planteamiento de esta excepción se esté aceptando responsabilidad alguna por parte de mi representada, es pertinente manifestar que, conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado de una póliza 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, si para la fecha de la sentencia y ante una condena, se ha agotado totalmente el valor asegurado, no habrá lugar a obligación indemnizatoria por parte de mi prohijada.

Solicito respetuosamente al señor Juez, declarar probada esta excepción.

I. AUSENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE MI MANDANTE Y EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.

Esta excepción se propone con fundamento en que la solidaridad surge exclusivamente cuando la Ley o la convención la establecen. En el caso que nos ocupa, la fuente de las obligaciones de mi procurada está contenida en el contrato de seguro y en él no está convenida la solidaridad entre las partes del contrato.

Debe aclararse que las obligaciones de la aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligación indemnizatoria está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado, con sujeción a las condiciones de cada póliza; en virtud de ello, es válido afirmar desde ya que, de conformidad con la exposición previa, no le asiste a mi representada en todo caso la obligación de hacer efectiva la póliza de responsabilidad civil extracontractual vinculada en esta contienda, toda vez que el acaecimiento del riesgo asegurado y otorgado en la misma, no se ha demostrado y se tiene que esta no se afectaría como resultado de la configuración de una causal de exclusión de responsabilidad indemnizatoria taxativamente determinada en la caratula de las mismas.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

J. PAGO POR REEMBOLSO

Sin que el planteamiento de esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, se solicita al honorable juez que, en el remotísimo caso de encontrar responsable al asegurado y de llegarse a establecer que ha surgido alguna obligación resarcitoria en cabeza de la aseguradora, respetuosamente se manifiesta que la obligación de mi representada

deberá imponerse por reembolso y no por pago directo a los demandantes, ya que es el asegurado quien debe decidir si afecta o no el seguro, quedándole la opción de realizar el pago directo de la hipotética condena.

Así las cosas, se solicita que en el remoto caso de condena la misma no sea a través de pago directo, **sino por reembolso o reintegro**.

K. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito señor Juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el decurso del proceso, que se encuentre originada en la Ley o en el contrato por el cual se convocó a mi representada, incluida la de prescripción del contrato de seguro. Lo anterior, conforme a lo estipulado en el art 282 del Código General del Proceso que establece: *“En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda”*.

En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá reconocerse y declararse de manera oficiosa en la respectiva sentencia que defina el mérito del asunto.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO IV. OPOSICIÓN Y PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS PARTE ACTORA

A. INTERVENCIÓN EN LAS PRUEBAS DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS:

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

B. CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN RENDIDO POR LA DOCTORA OTILIA JANICA VANEGAS.

Respetuosamente solicito se conceda la **CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL**, a efectos de citar a la Dra. **Otilia Janica Vanegas**, Medica Cirujana quien rinde peritaje a través del documento denominado “análisis del caso”, con el fin de practicar el correspondiente contrainterrogatorio. La anterior solicitud se eleva atendiendo a lo dispuesto en el artículo 228 del Código General del Proceso y en concordancia a lo señalado en el artículo 219 del CPACA. Por lo anterior, respetuosamente solicito se cite a la perito para que asista a la audiencia de contradicción

del dictamen, que a bien programe el despacho. La mencionada perito puede ser citada por conducto de la apoderada judicial de la parte demandante.

CAPÍTULO V. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

- **DOCUMENTALES**

1. Poder especial que me faculta para actuar como apoderado especial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.**
2. Certificado de existencia y representación legal de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.**
3. Copia de la carátula, el condicionado particular y general de las **Pólizas de Responsabilidad Civil No. 1001598; No. 1003070; No. 1003576 y No. 1004103.**

- **INTERROGATORIO DE PARTE**

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a **TODOS** quienes conforman la parte demandante para que en audiencia pública absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito le formularé sobre los hechos de la demanda.

CAPÍTULO VI. NOTIFICACIONES

A mi procurada y el suscrito en la Avenida 6 A Bis No. 35N-100 Oficina 212 (Centro Empresarial Chipichape) de la ciudad de Cali (V); correo electrónico: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

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