

Señores

**JUZGADO DIECINUEVE (19) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**

[ccto19bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:ccto19bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

**PROCESO:** VERBAL -RESPONSABILIDAD CIVIL  
**RADICADO:** 11001310301920240063800  
**DEMANDANTE:** SONIA JOHANNA LEAL Y OTROS  
**DEMANDADOS:** CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR Y OTROS  
**LLAMADO EN G.:** LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de representante legal de la sociedad G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S., identificada con NIT. 900.701.533-7, apoderada general de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, cooperativa legalmente constituida, dedicada a la comercialización de seguros, sometida al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con NIT. 860.028.415-5, domiciliada en Bogotá D.C. Todo lo anterior de conformidad con los certificados de existencia y representación legal que se anexan, en el de la sociedad apoderada figura inscrito el poder general conferido a través de la Escritura Pública No. 2779 del 02 de diciembre de 2021 ante la Notaría Decima (10º) del Círculo de Bogotá. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, comedidamente procedo en primer lugar, a **CONTESTAR LA DEMANDA** formulada por SONIA JOHANNA LEAL Y OTROS; y en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por la demandada CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrime a continuación:

**CAPITULO I**

**CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**

YVJD

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201  
Edificio 94ª  
+57 3173795688  
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212  
Centro Empresarial Chipichape  
+57 315 577 6200 - 602-6594075

## I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

**FRENTE A LOS HECHOS PRIMERO, SEGUNDO Y TERCERO:** No me consta lo afirmado en estos hechos por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., se desconoce las circunstancias familiares o el núcleo familiar que compone a los allegados de la paciente fallecida KAREN JULIANA CARDOZO LEAL, así como se desconoce la fecha de su nacimiento y tipo de vínculos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**FRENTE AL HECHO CUARTO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., se desconoce la afiliación a la EPS COMPENSAR. En todo caso, el relato de que KAREN JULIANA CARDOZO LEAL era beneficiaria y no cotizante del sistema general de seguridad social en salud, por lo que se entiende no ejercía ninguna actividad laboral. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**FRENTE A LOS HECHOS QUINTO Y SEXTO:** No me consta lo afirmado en estos hechos por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**FRENTE AL HECHO SÉPTIMO al HECHO DÉCIMO SÉPTIMO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., en las cuales relatan la atención recibida por KAREN JULIANA CARDOZO LEAL del 27 de agosto de 2023 al 3 de septiembre de 2023, por lo que al ser situaciones que no le constan a mi mandante, nada puede negar o aceptar de ellos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del

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

Sin perjuicio de lo anterior, este hecho cuenta situaciones que es posible verificar a través de la historia clínica. En este documento se evidencia que a KAREN JULIANA CARDOZO LEAL le fue suministrado un plan de manejo desde diferentes enfoques y de manera interdisciplinaria tendiente a atenuar síntomas, a aliviar el sufrimiento, a determinar los factores desencadenantes o precipitantes de las emociones, entre otros, en los cuales se otorgó tratamiento farmacológico adecuado y se ajustaba de acuerdo con los signos y síntomas de la paciente, por ello se retiró la risperidona por cuando presentó efecto adverso con el mismo (galactorrea y meteoismo) y se reemplazó por otro con el mismo efecto. También se evidencia el retiro de materiales peligrosos, la obligación de acompañamiento y las consultas a especialistas, así como la vigilancia estricta constante en la hospitalización por salud mental con vigilancia personal y vigilancia a través videocámaras. Lo que denota la diligencia y el cuidado empleado por la demandada en la asistencia médica de la paciente, y por ello, es menester indicar que la entidad actuó con el cuidado y diligencia que se exige en la *lex artis*.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO OCTAVO:** Es cierto conforme se evidencia del registro civil de defunción.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO NOVENO:** Es cierto conforme se evidencia de la fotocopia de la necropsia.

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

**FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO PRIMERO:** No me consta lo afirmado en estos hechos por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme

a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

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

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

**FRENTE A LOS HECHOS VIGÉSIMO CUARTO Y VIGÉSIMO QUINTO:** No me consta lo afirmado en estos hechos por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

En todo caso, de conformidad con las contestaciones a la demanda presentadas por IPS CENTRO DE INVESTIGACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO S.A.S., en adelante GRUPO CISNE S.A.S, y por EPS COMPENSAR, no es cierto que para agosto y septiembre de 2023 dicha IPS no contaba con habilitación para prestar el servicio de salud mental, internación, hospitalización en salud mental o consulta por psiquiatría, pues se puede advertir con la respuesta de los demandados y de los soportes de habilitación de la secretaria de salud.

De cualquier forma, en el evento de llegarse a acreditar la supuesta falta de habilitación reprochada por el demandante el despacho debe tener en consideración que, la Póliza de Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas No. AA198548, que fundamenta el llamamiento en garantía realizado a mi representada, excluyó de cobertura hechos que se materialicen en el marco de *la prestación de servicios por personas que no estén legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuenten con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente*, por tal razón, de demostrarse en el proceso dicha circunstancia no podrá imponerse a mi representada deber indemnizatorio alguno.

**FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO SEXTO:** No me consta lo afirmado en estos hechos por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. En todo caso, NO existe prueba siquiera sumaria de los esgrimido en este hecho y, sin perjuicio de no constarle a mi representada tal situación, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO SÉPTIMO:** No me consta lo afirmado en estos hechos por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. En todo caso, NO existe prueba siquiera sumaria de los esgrimido en este hecho y, sin perjuicio de no constarle a mi representada tal situación, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**FRENTE A LOS HECHOS VIGÉSIMO OCTAVO AL TRIGÉSIMO:** No son hechos, pues no describen circunstancias de tiempo, modo y lugar, pues simplemente plantean unas apreciaciones subjetivas frente a su parecer respecto de la atención médica y los supuestos perjuicios sufridos por ellos. Sin embargo, de la Historia Clínica, lo que en efecto se corrobora es que, la EPS COMPENSAR Y GRUPO CISNE SAS actuaron de conformidad con la normatividad, y especialmente la IPS conforme a los resultados obtenidos en los exámenes practicados y síntomas que padecía la paciente, prestando así el servicio de forma adecuada ajustándose a los protocolos de la *lex artis*, y destinándose todos los medios para para procurar el bienestar de la paciente.

**FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO PRIMERO:** Es cierto conforme se evidencia del soporte documental del SICAAC.

## II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a la prosperidad de **TODAS** las pretensiones de la demanda, por cuanto las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. Comoquiera que al hacer la narración de los hechos se pretende imputar una supuesta responsabilidad la cual como se establecerá en el proceso no se estructuró. Lo anterior, habida cuenta que en estos casos impera el principio de la carga de la prueba. En ese orden de ideas en el entendido que, la institución prestadora del servicio de salud fue diligente, oportuna y perita, deberán negarse todas las pretensiones de la demanda.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO** a su prosperidad, por cuanto, los elementos de convicción que obran en el plenario acreditan que la **EPS COMPENSAR Y GRUPO CISNE SAS** siempre fueron diligentes y peritas en relación con la atención médica suministrada a la señora KAREN JULIANA CARDOZO LEAL, dirigiendo sus actuaciones en consonancia a los hallazgos específicos obtenidos en las evaluaciones y valoraciones médicas.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO** teniendo en cuenta que esta pretensión es consecencial a la anterior y teniendo en cuenta que, no hay elemento de prueba que acredite alguna irregularidad o negligencia, pues, la **EPS COMPENSAR Y GRUPO CISNE SAS** siempre fueron diligentes y peritas en relación con la atención médica suministrada a la señora KAREN JULIANA CARDOZO LEAL, dirigiendo sus actuaciones en consonancia a los hallazgos específicos obtenidos en las evaluaciones y valoraciones médicas.

**FRENTE A LA PRETENSION TERCERA: ME OPONGO** a todos los perjuicios solicitados por la parte Demandante, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la anterior pretensión y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente extremo pasivo. Concretamente me opongo así:

- **FRENTE AL “DAÑO EMERGENTE”.** Me opongo pues no está debidamente acreditado este perjuicio, en el expediente no obra prueba alguna que acredite las erogaciones estimadas en \$23.645.556 por concepto de crédito para gastos utilizados para servicios fúnebres, porque no está probado que esta sea la suma tomada para efectivamente asumir los gastos fúnebres de

su hija, por lo que no existe soporte de él que efectivamente ostente una relación causal y, la Corte Suprema de Justicia ha sido enfática en indicar que este tipo de daño debe ser suficientemente probado, por lo que no puede prosperar.

- **FRENTE AL “LUCRO CESANTE”.** Me opongo pues en primer lugar, no está demostrado el ingreso de KAREN JULIANA CARDOZO LEAL pero además, resulta completamente antitécnica la forma en la cual se estimó este perjuicio, pues en primer lugar, para determinar el periodo a indemnizar no podía tomarse la expectativa de vida o vida probable de la víctima de los hechos, sino que debía estimarse teniendo en cuenta la edad de emancipación, que por los usos y costumbres de nuestro ordenamiento jurídico es de los 25 años de los hijos frente a sus padres. Igualmente, si la premisa de la parte demandante es que la víctima percibía un salario mínimo para la fecha de su fallecimiento, pues entonces el IBL se debió tasar en un salario mínimo para la fecha de presentación de la demanda, más no en un valor que excede esta cifra, aunado a todo esto, la parte demandante no realizó el respectivo descuento en lo que tiene que ver con el porcentaje de ingresos que por presunción jurisprudencial la víctima de los hechos destinataria para su manutención personal. Finalmente, no es procedente el reconocimiento de este perjuicio, pues más allá de no estar demostrada la actividad económica de la víctima de los hechos y sus ingresos, tampoco se ha demostrado que la parte demandante dependiera económicamente de la paciente fallecida. Entonces, no resulta procedente lo solicitado respecto del reconocimiento y pago en favor de la parte demandante de sumas de dinero por concepto de daño por lucro cesante, en el entendido que este concepto de acuerdo con lo que se ha establecido jurisprudencialmente no puede ser reconocido a partir de puras conjeturas o especulaciones, sino que debe tener el carácter de cierto y comprobable. Además, tal y como fue pedido resulta discordante con cualquier fórmula matemática reconocida en sede judicial.

**FRENTE A LA PRETENSION CUARTA: ME OPONGO.** No hay lugar a reconocimiento alguno por concepto de daños extrapatrimoniales en favor de la parte demandante, dado que no existe responsabilidad en cabeza de la parte pasiva dentro del presente asunto.

- **FRENTE AL “DAÑO MORAL”:** Me opongo por ser inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es exorbitante, y en tal sentido, en el improbable e hipotético caso que dicho concepto sea reconocido, no hay

lugar al pago de suma alguna que supere los montos fijados a partir del desarrollo jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia.

- **FRENTE AL “DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN”**: Me opongo a lo pretendido por concepto de daño a la vida en relación toda vez que, frente a este tipo de pretensiones, como requisito necesario para su procedencia, se requiere que, previamente, se haya demostrado la producción y/o generación del daño dentro de los límites de esta esfera. Adicionalmente, i) este tipo de perjuicios se reconoce a la víctima directa, aún así su demostración no está acreditada para el cónyuge. ii) No existe prueba de la gravedad de la lesión percibida y iii) Solicita más allá de los límites recientes para este tipo de casos. iii) Conforme a la estructuración de esta pretensión, resulta carente en todo sentido, pues, del acervo probatorio y la situación fáctica presentada en este caso, no es posible advertir si quiera la concreción de la responsabilidad médica que pretende imputar la demandante a la parte pasiva dentro del presente proceso.

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

### III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO.

Objeto el juramento estimatorio presentado por la Demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso.

En cuanto a la categoría de daños patrimoniales o materiales, representado por el daño emergente y el lucro cesante que fuera solicitado en la demanda. Objeto su cuantía en atención a que la parte Demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, puesto que no aportó prueba detallada del perjuicio cuya indemnización deprecia. No resulta procedente lo solicitado respecto del reconocimiento y pago en favor de la activa por sumas de dinero por concepto de daño emergente y lucro cesante; lo anterior, en tanto que en el valor pedido no está estimado de manera razonada, ni soportada en el proceso. El lucro cesante pedido, y tratándose del periodo a indemnizar, existe también un yerro técnico de la parte demandante pues, tomó en consideración el total de la expectativa de vida de la víctima de los hechos, cuando, la tradición jurisprudencial en nuestro ordenamiento jurídico enseña que el lucro cesante de los padres respecto

de sus hijos fallecidos se estima solo hasta cuando estos últimos habrían cumplido los 25 años, la cual se presume es la edad de emancipación. Ello sin contar que no existe en el plenario prueba de la dependencia económica de la demandante frente a la víctima de los hechos.

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

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

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

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

Además, la fórmula utilizada para tasar el perjuicio de lucro cesante futuro es ambigua en tanto se debió especificar el valor que se pide a favor de cada demandante acreditando su dependencia con la fallecida y, considerando la edad de los reclamantes a quienes en gracia de discusión solo les correspondería ese lucro hasta que cumplan 25 años para el hermano menor de edad y si continúa estudiando, de lo contrario hasta los 18 años, edad en la que se extingue la obligación alimentaria. Sin

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

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. Mp. Luis Armando Flores Villalón. EXP: 2011-0736.

embargo, la parte actora no especifica ni tiene en cuenta estas precisiones.

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

#### IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

##### 1. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE COMPENSAR EPS, COMO CONSECUENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES QUE LE CORRESPONDEN COMO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD.

Lo primero que debe tener en consideración su Despacho, es que COMPENSAR EPS S.A. cumplió con su obligación contractual como entidad promotora de salud (EPS), toda vez que garantizó el acceso a los servicios de salud requeridos por KAREN JULIANA CARDOZO LEAL. Esto se evidencia con la historia clínica que obra en el plenario. La EPS le garantizó el acceso oportuno, adecuado y perito, donde contó con las autorizaciones en los exámenes médicos prescritos por los galenos, los tratamientos y las atenciones específicas para su diagnóstico. Así mismo, al garantizar el acceso al servicio de salud, se observa que GRUPO CISNE SAS prestó un adecuado y diligente servicio médico. Con la aclaración de que COMPENSAR E.P.S., en su calidad de entidad promotora de salud no tiene la obligación de prestar directamente el servicio médico, tratamientos o asistencia, sino que únicamente se limita a garantizar el acceso a los mismos.

Esta excepción se funda, entre otros, en el hecho de que la COMPENSAR E.P.S. está siendo vinculada a este proceso con base en el aseguramiento en salud que presta como EPS a través del cual, en virtud de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se traslada el riesgo de salud a la EPS escogida por el usuario con el ánimo que ésta última lo administre y gestione en el marco del Plan de Beneficios en Salud. El cual constituye las prestaciones asistenciales a las que se tiene derecho en virtud de la referida afiliación, que son brindadas, a su turno, por los prestadores de servicios de salud contratados por el aseguramiento<sup>3</sup>.

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201

Edificio 94<sup>a</sup>

+57 3173795688

Celular: +57 315 577 6200

Fax: +57 602-6594075

<sup>3</sup> Ley 1122 de 2007. Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley, entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios de salud que garantice el acceso efectivo, la garantía

De manera fundante en la Ley 100 de 1993, se definió el alcance de las responsabilidades asignadas a las Empresas Promotoras de Salud, indicando con total claridad que aquellas corresponden a organizar y garantizar la prestación del Plan de Salud Obligatorio hoy denominado Plan de Beneficios y girar los recursos para la atención médica de manera oportuna de sus afiliados. Así las cosas, el aseguramiento constituye todas aquellas labores administrativas que realiza la EPS para garantizar que los servicios de salud requeridos por el afiliado sean dispensados por la red de IPS contratadas. Siendo para ello, una de las labores más importantes, la autorización de los servicios de salud por parte de la EPS.

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

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

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

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

**“En lo que respecta al componente subjetivo de la responsabilidad (exigible en**

---

de la calidad de la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

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

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

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

Como complemento de lo anterior se tiene el contrato de prestación de servicios de salud No CSS 113-2021 en el que se estableció que la responsabilidad derivada de la atención de salud brindada por GRUPO CISNE SAS correría a su cargo, así:

*“CLÁUSULA 15. AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL. Para los efectos del presente contrato EL CONTRATISTA desarrollará con plena autonomía científica, técnica y administrativa la relación con el usuario, teniendo en cuenta los parámetros de eficiencia y calidad correspondientes al nivel de complejidad; por tanto, cualquier responsabilidad derivada de dicha relación será exclusivamente a cargo del CONTRATISTA que presta los servicios. COMPENSAR no se hace responsable por los perjuicios que puedan derivarse de la atención prestada por EL CONTRATISTA, con respecto de los resultados adversos, inmediatos o tardíos producidos por efecto de la atención profesional o tratamiento prescrito. En ningún caso podrá invocarse ni judicial ni extrajudicialmente la existencia de solidaridad con COMPENSAR, pues EL CONTRATISTA renuncia expresamente a invocar cualquier norma legal que la establezca o la permita, actualmente vigente o en el futuro. En el evento en que COMPENSAR sea requerido judicial o extrajudicialmente por el usuario atendido o sus representantes legales o familiares responsables o allegados con el fin de exigir indemnización por los perjuicios causados en razón o con ocasión del servicio prestado por EL CONTRATISTA, este se constituye desde ya en garante para el pago de la*

*misma. Para los efectos EL CONTRATISTA concurrirá al proceso correspondiente en calidad de llamado en garantía. En últimas, EL CONTRATISTA se compromete a responder ante COMPENSAR por el total de los perjuicios que la entidad sea obligada a pagar judicial o extrajudicialmente, para lo cual COMPENSAR repetirá o compensará posteriormente, las sumas de dinero que haya cancelado directamente por daños imputables al CONTRATISTA, incluidos los pagos y costos ocasionados”*

Por lo tanto, en el caso concreto la responsabilidad de COMPENSAR E.P.S. únicamente podrá comprometerse si esta no hubiera asumido, administrado y gestionado los riesgos de KAREN JULIANA CARDOZO LEAL en su estado mental y no hubiese realizado todas aquellas labores administrativas que realizan las entidades promotoras de salud para garantizar que los servicios de salud requeridos por el afiliado hubieran sido proporcionados. Todo esto sin perjuicio del hecho que tampoco se observa se reúnan los elementos necesarios para que pueda estructurarse una responsabilidad civil profesional por parte de la IPS demandada.

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

Entonces, se puede dilucidar que incluso en el líbello de demanda, se echa de menos que los accionantes hayan alegado falencias o reproches respecto a la asignación de citas, autorizaciones y acceso de procedimientos o medicamentos. Nótese como el memorialista no señala ninguna existencia o dilación en la autorización de servicios de salud. Lo anterior, por cuanto es claro que COMPENSAR E.P.S. en su calidad de entidad promotora de salud prestó todos los servicios relativos a su cargo para que KAREN JULIANA CARDOZO LEAL pudiera acceder a los servicios de salud que requirió en el avance de su estado de salud mental.

En conclusión, no es dable endilgar responsabilidad a COMPENSAR E.P.S., en tanto desplegó todas las actuaciones tendientes a facilitar el acceso de la señora KAREN JULIANA CARDOZO LEAL a todos los servicios de salud que requirió en atención a la evolución de su embarazo. Lo anterior por cuanto dio trámite a cada una de las órdenes médicas proferidas por los especialistas tratantes, profirió las respectivas autorizaciones para procedimientos y medicamentos que requería la paciente. Tan es así, que dentro de la demanda no se evidencia ninguna irregularidad o reproche por parte del apoderado de la parte demandante en lo atinente a la asignación de citas, acceso a procedimientos o medicamentos requeridos, así como tampoco ninguna dilación respecto de alguna autorización de servicios de salud. Razón por la cual, es improcedente proferir condena alguna en contra de Compensar en su programa de entidad promotora de salud, por cuanto ha dado cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales y normativas que estaban a su cargo desde el primer momento en que se afilió a KAREN JULIANA CARDOZO LEAL. Lo anterior por cuanto la demandada ha sido la entidad que emitió todas las autorizaciones requeridas por la paciente, garantizó la continuidad, calidad, seguridad e idoneidad técnico-científica en la prestación de los servicios médicos y realizó el acompañamiento requerido para el caso de marras. Máxime, cuando en el ámbito de su actividad de aseguramiento autorizó el suministro y cobertura de los servicios de salud requeridos por la paciente de forma adecuada y ajustada a su condición clínica sin imponer barreras administrativas. Por lo anterior, solicito señor Juez tenga como probada esta excepción.

## **2. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA Y DE RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN Y TRATAMIENTO ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO CARENTE DE CULPA GARANTIZADO POR COMPENSAR A TRAVÉS DE GRUPO CISNE SAS**

En el caso que nos atañe, no existe falla médica y por ende no se le puede endilgar cualquier tipo de responsabilidad a la parte demandada, en razón a que obró en atención a los principios de la Lex Artis, donde cada uno de los galenos intervinientes en la atención de KAREN JULIANA CARDOZO LEAL actuaron conforme a los más altos estándares de diligencia y pericia, procurando en su obligación de medios salvaguardar la salud de la paciente. Tal es así, que la historia clínica que obra en el plenario es prueba de todas las actuaciones diligentes del personal médico de GRUPO CISNE SAS, resaltándose que desde el ingreso de la paciente el 27 de agosto de 2023 se le practicaron exámenes paraclínicos y toma e signos se identifica su diagnóstico, se le administra medicación y se deja en hospitalización, así como también se deja con vigilancia, por cuanto para esta oportunidad contaba con otros síntomas de autolesión, por lo tanto, es claro que siempre se prestó una atención de calidad,

oportuna y acorde con la lex artis.

Ahora bien, es necesario ahondar en la responsabilidad médica previo al análisis específico del caso. Al respecto, se puede afirmar que la responsabilidad médica es una institución jurídica que le permite al paciente y a los familiares reclamar el resarcimiento de perjuicios causados como consecuencia de un acto médico culposo, producido por parte de una entidad prestadora de servicios de salud. Por tanto, para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, es necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico. No obstante, se debe tener en cuenta que el régimen de responsabilidad médica, se le permite al presunto causante del daño enervar dicha pretensión que busca la declaratoria de responsabilidad, mediante la acreditación de un actuar diligente y cuidadoso durante los procedimientos suministrados a los pacientes. Es decir, si la entidad prestadora de servicios de salud logra probar en el curso de un proceso judicial que su actuar fue diligente, enervará la responsabilidad que el demandante busca declarar en contra suya.

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

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

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

*“**Si bien las intervenciones médicas son de medio y no de resultado**, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio implica que se*

---

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

*apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida”.*<sup>6</sup>(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

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

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

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

(…)

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201  
Edificio 94<sup>a</sup>

<sup>6</sup> Corte Constitucional, sentencia T-373 de 2001. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

<sup>7</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016.

+57 3173795688  
Calle 14 No. 68-21 #212-212  
Centro Empresarial Chibichape  
+57 315 577 6200 - 602-6594075

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

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

*“Suficientemente es conocido, en el campo contractual, la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las “estipulaciones especiales de las partes” artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.*

*La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. **Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume**”.<sup>8</sup>*

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

<sup>8</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC7110-2017. M.P. Luis Armande Torres Villabona.

siguientes términos:

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

De acuerdo con los mandatos legales y jurisprudenciales citados resulta claro que las obligaciones médicas adquiridas por COMPENSAR Y GRUPO CISNE SAS a través de su cuerpo médico profesional, son obligaciones de medio y no de resultado. Es por ello que, en ninguna de sus actuaciones puede garantizarse un resultado determinado, pero sí pueden probar en debida forma que las mismas se sujetaron a los más altos estándares médicos, mostrando un alto grado de diligencia y cuidado en sus actividades, como en efecto sucedió. En efecto, los médicos adscritos a GRUPO CISNE SAS mostraron una debida diligencia en su actuar, cada vez que se le atendía a KAREN JULIANA CARDOZO LEAL, pues se realizaba monitoreo. Todos los procedimientos practicados se sujetaron a los criterios de racionalidad y gradualidad que son requeridos y dictaminados, en los casos relacionados para este tipo de trastorno mental que cursaba la paciente.

En el presente caso la conducta del cuerpo médico en el tratamiento de la paciente fue diligente y ajustada a la lex artis, por lo cual no procede la declaración de responsabilidad de los demandados por la muerte de KAREN JULIANA CARDOZO LEAL. Sobre el particular, es necesario tener en consideración que como se aprecia en la historia clínica la joven KAREN JULIANA CARDOZO LEAL fue atendida con todos los medios requeridos y posibles para superar/tratar su estado de salud mental, pues, desde el 27 de agosto de 2023 de acuerdo a los resultados de los exámenes, signos y síntomas de ese día se ajustó plan de tratamiento, tal como se evidencia:

**D. HALLAZGOS FISICOS**

**Signos Vitales**

Servicio: HOSPITAL TOTAL (CAMPO NUEVO)

Fecha	Hora	TA	FC	FR	T(°C)	Talla (Mtr)	Peso (Kg)	IMC	SC (Mtr <sup>2</sup> )	SatO2	LienC	PAM	FIO2	PIC	PVC	PAP	FCFet	AltUt	Tomados por
27/08/2023	22:16	110/70	68	18	36.8			14.88	96	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1052408953
28/08/2023	14:00	100/59	61	18				14.88	94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1077857823
28/08/2023	20:00	112/68	80	17				14.88	96	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1027965646
29/08/2023	08:30	98/63	69	18				14.88	94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	52164883
29/08/2023	14:00	104/61	65	18				14.88	95	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1077857823
29/08/2023	20:00	102/60	63	17				14.88	94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1082471277

Página 1 de 22

**HISTORIA CLÍNICA GENERAL.**

**A. IDENTIFICACIÓN**

No Historia Clínica: 1014857497  
 Apellidos: CARDOZO LEAL Nombres: KAREN JULIANA Sexo: F  
 Identificación: CC 1014857497 Fecha Nacimiento: 02/11/2004 Edad: 18 Años, 10 Meses, 10 Días Est. Civil: Soltero  
 Dirección: 0 Teléfono: 3025731880 Residencia: BOGOTA D.C.  
 Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION  
 Fecha Atención: 27/08/2023 Hora Atención: 22:15 Fecha Salida: 12/09/2023 Hora Salida: 08:24  
 Entidad: Compensar E.P.S. GRUPO CISNE SEDE CAMPO NUEVO Tipo Usuario: Contributivo  
 Acudiente: SONIA JOHANNA LEAL Dirección: CARRERA 69 P # 63 A-65 BOS AcudienteTel: 3202865756  
 Responsable: LEAL SONIA JOHANNA Telefono: 3202865756 Parentesco: MADRE

30/08/2023	14:30	91/56	70	17				14.88	95	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1024581001
30/08/2023	20:00	100/59	62	16				14.88	95	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1027965646
31/08/2023	08:30	95/56	67	18				14.88	92	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1024581001
31/08/2023	14:00	101/58	81	19				14.88	95	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1077857823
31/08/2023	20:00	99/60	55	17				14.88	94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1082471277
01/09/2023	08:30	105/65	74	16				14.88	97	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1027965646
01/09/2023	20:00	116/ 67	67	18				14.88	94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	52164883
02/09/2023	08:30	109/61	77	18				14.88	95	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1024581001
02/09/2023	14:00	119/65	81	19				14.88	96	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1024581001
02/09/2023	20:00	101/58	76	18				14.88	94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1077857823
03/09/2023	08:30	108/68	73	16			60		94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1027965646
03/09/2023	14:00	102/66	68	17				14.88	94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1027965646

**IMPRESIONES**

Tipo de Diagnóstico: Impresión Fecha: 27/08/2023 Hora: 22:15  
 Causa Externa: Enfermedad General Servicio: HOSPITAL TOTAL (CAMPO NUEVO)  
 Diagnóstico: F603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE  
 Observaciones: No

**F. ORDENES MEDICAS**

Fecha: 27/08/2023 Hora: 22:17 Servicio: HOSPITAL TOTAL (CAMPO NUEVO)  
 Descripción: Hospitalización  
 -Dieta normal  
 Fluoxetina 40 mg día  
 Quetiapina 50 mg noche  
 Ácido valproico 250 cada 8 horas  
 Clonazepam solución oral 0-0-8.  
 Vigilar por riesgo de autoagresión, impulsividad, suicidio, autolesión.  
 Firma: SEBASTIAN CAMILO GALINDO PITA  
 Registro Médico: 1052408953 de BOGOTA  
 Identificación: 1052408953  
 Especialidad: MEDICINA GENERAL

Fecha: 28/08/2023 Hora: 10:14 Servicio: HOSPITAL TOTAL (CAMPO NUEVO)  
 Descripción: Hospitalización  
 -Dieta normal  
 Fluoxetina 40 mg día  
 Quetiapina 50 mg noche  
 Ácido valproico 250 cada 8 horas  
 Clonazepam solución oral 0-0-8.  
 Vigilar por riesgo de autoagresión, impulsividad, suicidio, autolesión.  
 Firma: RICARDO YAMIN LACOUTURE  
 Registro Médico: 79149446 de BOGOTÁ  
 Identificación: 79149446  
 Especialidad: PSIQUIATRIA

Fecha: 29/08/2023 Hora: 10:49 Servicio: HOSPITAL TOTAL (CAMPO NUEVO)  
 Descripción: Hospitalización  
 -Dieta normal  
 Fluoxetina 40 mg día  
 Quetiapina tableta 50 mg XR - se inicia 29/08/2023 \*\*  
 quetiapina 25mg dar una tableta en la noche \*se ajusta 29/08/23\*  
 Ácido valproico 250 cada 8 horas  
 Clonazepam solución oral 0-0-8.  
 Vigilar por riesgo de autoagresión, impulsividad, suicidio, autolesión.  
 Firma: RICARDO YAMIN LACOUTURE  
 Registro Médico: 79149446 de BOGOTÁ  
 Identificación: 79149446

Página 2 de 22

**HISTORIA CLÍNICA GENERAL.**

**A. IDENTIFICACIÓN**

No Historia Clínica: 1014857497  
 Apellidos: CARDOZO LEAL Nombres: KAREN JULIANA Sexo: F  
 No Interno: 16101

**Documento: Historia clínica GRUPO CISNE SAS**

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201  
 Edificio 94<sup>a</sup>  
 +57 3173795688  
 Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212  
 Centro Empresarial Chipchape  
 +57 315 577 6200 - 602-6594075

Ahora, en dicha atención, se solicitaron y se le formuló medicamento de alto espectro para la sintomatología presentada tal como Fluoxetina 40 mg día, Quetiapina 50 mg noche, Ácido valproico 250 cada 8 horas, Clonazepam solución oral 0-0-8. Lo que denota la diligencia y el cuidado empleado por la demandada en la asistencia médica de KAREN JULIANA CARDOZO LEAL.

En cada atención, dados sus nuevos síntomas o manejos, le fue cambiando su plan, en tal situación, siendo la medicina un acto de medios, presentando mejoría gradualmente. Como se ve, es claro que los profesionales médicos tomaron todas las medidas requeridas para realizar un adecuado diagnóstico, así como le fueron practicados en oportunidad los exámenes médicos, así como le fue suministrada la medicación requerida de conformidad con los signos y síntomas que presentaba la paciente, sumada a la vigilancia sostenida por el personal. Luego, la atención brindada a la paciente estuvo conforme a la *lex artis* médica, siguiendo los protocolos y estándares.

La IPS siempre prestó de manera diligente los servicios requeridos por la paciente, encontrando que para el caso concreto no hubo actuación dolosa ni culposa a título de imprevisión, impericia, imprudencia ni negligencia que supusiese una violación a los deberes objetivos de cuidado que impone la LEX ARTIS y los protocolos aplicables para el caso en concreto por parte de la IPS GRUPO CISNE SAS, siendo el deceso de la paciente una consecuencia de una situación súbita no previsible o determinable, contrario a lo que pretende la parte demandante.

En conclusión, se tiene que los profesionales médicos de GRUPO CISNE SAS que atendieron a KAREN JULIANA CARDOZO LEAL cumplieron con todos los parámetros médicos y *lex artis* para todas las patologías y estados clínicos que presentó. Se atendió a la paciente según los signos manifestados, por ello la atención brindada no fue descuidada, ni al azar, por el contrario, fue diligente y con apoyo en los medios diagnósticos empleados. En síntesis, la prueba de diligencia en este caso recae en la historia clínica de la paciente, motivo por el cual, no existe alternativa distinta a exonerar de toda responsabilidad al extremo pasivo.

En virtud de todo lo anterior, de manera respetuosa solicito que se declare probada esta excepción.

### 3. INEXISTENCIA DE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DEL EXTREMO PASIVO

Téngase en cuenta que muerte de la paciente se debe a una patología multifactorial, incluyendo posibles factores empero, KAREN JULIANA CARDOZO LEAL recibió la mejor atención médica posible en las instalaciones de GRUPO CISNE SAS de cara a sus signos y síntomas presentados, por ello el desafortunado suceso incluye circunstancias que no pudieron prevenirse por parte de los galenos pese a que se le practicaron todos los tratamientos, exámenes y de más servicios médicos requeridos por la paciente e incluso luego de evidenciar recuperación. Por todo lo dicho, es evidente la diligencia con que se le prestaron los servicios de salud a la señora KAREN JULIANA CARDOZO LEAL.

La teoría de la causalidad aplicada en Colombia es la causalidad adecuada. A diferencia de la teoría de la equivalencia de condiciones en la que simplemente basta aplicar el método de la supresión mental hipotética y determinar si el hecho final se hubiere o no presentado o no con determinada actuación. La teoría de la causa adecuada exige un filtro adicional, en el que de esa multiplicidad de causas que se pueden presentar en el mundo fenomenológico que pueden ser condiciones *sine qua non*, serán relevantes solo aquellas de las que fuera previsible el resultado. La teoría de la causa adecuada ha sido la elegida por la Corte Suprema de Justicia como la teoría aplicable en Colombia y ha sido definida así:

*“Es sabido que para que exista la responsabilidad se requieren tres elementos absolutamente indispensables y necesarios: el daño, el hecho generador del mismo y un nexo de causalidad que permita imputar el daño a la conducta (acción u omisión) del agente generador. **El nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquel aparece ligado a esta por una relación de causa-efecto. Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad.**”<sup>9</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

<sup>9</sup> Patiño, Néstor. “Responsabilidad extracontractual y causales de exoneración. Aproximación a la jurisprudencia del Consejo de Estado colombiano”. Revista Derecho Privado N14. Universidad Externado de Colombia. 2008

Teniendo en cuenta la definición jurisprudencial del nexo de causalidad, resulta claro que no se configura este elemento de la responsabilidad, como quiera que no existe prueba alguna en el plenario que acredite una relación de causalidad entre el supuesto perjuicio alegado y la actuación de la COMPENSAR Y GRUPO CISNE SAS.

Por ende, es evidente que no existe una relación de causalidad y la falencia de ese requisito indispensable destruye cualquier posibilidad de erigir válidamente un cargo de responsabilidad civil contra el extremo pasivo. Siguiendo esa misma línea argumentativa, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha sido clara al determinar que cuando existen diferentes causas de un daño, el compromiso de responsabilidad sólo se podrá predicar respecto de quien genera la condición o causa que efectivamente lo produce. Por eso, la responsabilidad profesional médica no puede deducirse sino cuando proviene y se demuestra que fue generada por el extremo demandado.

Así las cosas, en el caso que nos ocupa COMPENSAR Y GRUPO CISNE SAS cumplieron con sus obligaciones legales de prestar a cabalidad los servicios médicos para los cuales fueron encomendados.

En efecto, tal como consta en la historia clínica, frente a cualquier señal de alerta, a la señora KAREN JULIANA CARDOZO LEAL se le realizaron todos los tratamientos médicos, ayudas diagnósticas y revisión por parte de los profesionales idóneos para salvaguardar su salud. De modo que, la EPS COMPENSAR Y GRUPO CISNE SAS prestaron todos los servicios requeridos por la paciente. Es importante precisar, que los médicos tratantes desempeñaron su función con plena diligencia, oportunidad y profesionalismo. Así las cosas, es evidente la inexistencia del nexo causal y, en consecuencia, ante la falta de una conducta que pueda ser atribuible a los comportamientos desplegados por COMPENSAR Y GRUPO CISNE SAS no puede haber lugar a declaratoria de responsabilidad en perjuicio de ésta.

En conclusión, no existe relación de causalidad entre la muerte y el actuar del extremo pasivo, toda vez que la muerte fue súbita dada por una insuficiencia renal y respiratoria. Finalmente, de acuerdo con las pruebas que obran en el plenario la COMPENSAR Y GRUPO CISNE SAS realizaron todas las gestiones médicas necesarias para salvaguardar a toda la vida de la paciente. Por tanto, como lo acredita la historia clínica de la paciente, el resultado no obedece a la falta de prestación de un servicio

médico ni por la negligencia en la prestación de éste.

En virtud de todo lo anterior, de manera respetuosa solicito que se declare probada esta excepción.

#### **4. LAS OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES EN SALUD SON DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.**

El actuar de los médicos de la **IPS GRUPO CISNE SAS.**, correspondió en todo momento a lo que las normas y los protocolos reglamentan, atendiendo las circunstancias del caso en particular. Debe así mismo, tenerse en cuenta que las obligaciones de quienes prestan servicios médicos corresponden a obligaciones de medio mas no de resultado, lo que determina que debe hacerse un examen respecto de las actuaciones médicas en su conjunto conforme a la *lex artis ad hoc* y no de cara a un resultado en específico, pues es innegable que el resultado resultó para el caso en concreto ser lamentable.

La ley 1164 de 2007, la ley 1438 de 2011, entre otras, ratifican que «la asistencia en salud genera una obligación de medios, basada en la competencia profesional»

Ahora bien, la prestación del servicio de salud se desarrolla como una obligación de medios en la que el prestador se compromete a poner a disposición su capacidad y habilidades para lograr un desenlace, el cual no se encuentra bajo su dirección exclusiva por existir variables fuera de su mando; a esta obligación, le es aplicable la culpa probada, es decir, los médicos únicamente responden cuando se demuestre en el proceso su impericia, imprudencia, negligencia o dolo.

En varias oportunidades la Corte Suprema de Justicia ha hecho referencia a la obligación de los médicos y a la culpa probada, para el efecto cito:

“El médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación» (SC, 26 nov. 1986, GJ n.º 2423)

...cuando se persiga la reparación de los daños derivados de un yerro médico, es connatural que el interesado acredite, además del daño y nexo causal, que el

galeno carecería de la capacitación requerida, omitió las verificaciones necesarias según la sintomatología, actuó de forma descuidada o temeraria al realizar el procedimiento o, en general, que desatendió las reglas propias de la *lex artis ad hoc*.

En otras palabras, será insuficiente la demostración del demérito a la salud o vida para pretender su reparación, en tanto se requiere la prueba de la falta de diligencia de los galenos, la cual es una carga probatoria del demandante, sin perjuicio de la aplicación del dinamismo probatorio. (SC4786 del 07 dic 2020 rad. No. 2001 00942 01)

La Corte ha asegurado que las situaciones originadas en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, pueden calificarse como aleas de la medicina y, son inculpables y no comprometen su responsabilidad. (CSJ magistrado Pedro Munar Cadena, exp. 199908667-01 de 26 noviembre de 2010)

Así las cosas, nada puede atribuirse a las demandadas, hay que recordar que lo que se espera de los médicos es que estén atentos a los signos que muestren los pacientes: síntomas, resultados de exámenes, entre otros, con el fin de encaminar un tratamiento para buscar su mejoría, sin que pueda exigírsele que evalúen todas las posibilidades absolutas de la medicina de diagnóstico o implementen la totalidad de los tratamientos existentes, pues sería una carga de imposible realización y privaría a otras personas con necesidades reales de que accedan a los servicios en condiciones de oportunidad. (SC4786, 07 dic. 2020 rad. No. 2001-00942-01).

En conclusión, La IPS GRUPO CISNE S.A.S. prestó todos los medios disponibles dentro de sus funciones y capacidades y es evidente que el actuar de ella se hizo conforme a los procedimientos y literatura médica establecida, por lo que no le puede resultar endilgada ninguna responsabilidad por el lamentable resultado, como quiera que, como ya se advirtió, la agravación de su condición psiquiátrica es completamente ajena a la actividad profesional que adelantó la Institución. Hay que recordar que la medicina no es una ciencia exacta, se tratan las enfermedades conforme se presentan los síntomas y de acuerdo con la evolución de cada paciente, la cual es diferente para cada uno, pues, todas las personas no responden de la misma manera ante un mismo tratamiento; cada atención, diagnóstico,

tratamiento, riesgos y pronóstico es específica para cada individuo, tal como fue prestado para esta paciente.

Por lo expuesto, solicito al señor Juez respetuosamente, se sirva declarar probada la presente excepción, y se desestimen las pretensiones enervadas por la actora.

## **5. IMPROCEDENCIA Y ESTIMACIÓN EXHOBITANTE DE LOS PERJUICIOS MORALES SOLICITADOS**

En el proceso de la referencia no es procedente el reconocimiento de perjuicios a título de daño moral, por cuanto el COMPENSAR Y GRUPO CISNE SAS ni los galenos por medio de los cuales fue atendido la paciente, negaron la prestación del servicio de salud a la señora KAREN JULIANA CARDOZO LEAL, ni mucho menos incurrieron en algún tipo de error o negligencia de la que pudiese desprenderse su responsabilidad. Sin embargo, sin que ello constituya reconocimiento alguno de responsabilidad por parte de la demandada, debe decirse que, en todo caso, la tasación del daño moral efectuada por el extremo actor en las pretensiones de la demanda es a todas luces exorbitante y carece de cualquier sustento normativo y/o jurisprudencial, en tanto las sentencias de la Corte Suprema de Justicia, han tasado dicho perjuicio en 60 millones, y no más allá de eso.

Ahora bien, pese a la evidente falta técnica en la solicitud de este perjuicio, debe ponerse de presente que cualquier reconocimiento por este concepto resulta improcedente. En principio, los perjuicios extrapatrimoniales por concepto de daño moral que pretende el Demandante resultan a todas luces improcedentes. Lo anterior, bajo el entendido de que la indemnización del daño moral solo procede cuando existe responsabilidad de los Demandados y como quiera que en este caso no existe tal responsabilidad, claramente no hay lugar a su reconocimiento. Adicionalmente, no puede pasarse por alto que de todas maneras la tasación propuesta para los perjuicios morales es exorbitante y en tal virtud, no puede ser tenida en cuenta por el Despacho.

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

por el reconocimiento de dicha indemnización.

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

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

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

En consecuencia, el dolor experimentado y los afectos perdidos deben ser compensados de acuerdo a criterios de razonabilidad jurídica y de conformidad con las circunstancias reales en que tuvo lugar el resultado lamentable que dio origen al sufrimiento. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia SC 13925 del 24 de agosto de 2016, MP: Ariel Salazar Ramírez, afirmó lo siguiente:

*“Dentro de esta clase de daños se encuentra el perjuicio moral, respecto del cual esta Corte tiene dicho que hace parte de la esfera íntima o fuero psicológico del sujeto damnificado, toda vez que sólo quien padece el dolor interior conoce la intensidad de su sufrimiento, por lo que éste no puede ser comunicado en su verdadera dimensión a nadie más. De ahí que el perjuicio moral no es susceptible de demostración a través de pruebas científicas, técnicas o directas, porque su esencia originaria y puramente espiritual impide su constatación mediante el saber instrumental.*

*Por cuanto el dolor experimentado y los afectos perdidos son irremplazables y no*

*tienen precio que permita su resarcimiento, queda al prudente criterio del juez dar, al menos, una medida de compensación o satisfacción, normalmente estimable en dinero, **de acuerdo a criterios de razonabilidad jurídica y de conformidad con las circunstancias reales en que tuvo lugar el resultado lamentable que dio origen al sufrimiento.***

**Lo anterior, desde luego, «no significa de suyo que esa clase de reparación sea ilimitada, bastándole por lo tanto a los demandantes, en un caso dado, reclamarla para dejarle el resto a la imaginación, al sentimiento o al cálculo generoso de los jueces».** (CSJ, SC del 15 de abril de 1997)

*La razonabilidad de los funcionarios judiciales, por tanto, impide que la estimación del daño moral se convierta en una arbitrariedad.*

**Esta razonabilidad surge de la valoración de referentes objetivos para su cuantificación, tales como las características del daño y su gravedad e intensidad en la persona que lo padece; de ahí que el arbitrium iudicis no puede entenderse como mera liberalidad del juzgador.”** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así pues, la valoración del daño moral debe realizarse no solamente con fundamento en la presunción de afecto y solidaridad que surge del mero parentesco, sino que, acudiendo al arbitrium iudicis, debe sujetarse a los criterios o referentes objetivos para su cuantificación, considerando las características mismas del daño, su gravedad y extensión, el grado de afectación a cada persona.

Vale decir, el conjunto de elementos o circunstancias de hecho que enmarcan la situación del demandante afectado, para, por vía del análisis de conjunto, debidamente razonado, llegar a concretar un monto indemnizatorio determinado que de ninguna manera puede asumirse como algo desbordado, nacido de la mera liberalidad del juez.

Bajo esta línea argumentativa, es indispensable que el honorable Despacho tome en consideración que la suma solicitada debe tener en cuenta lo preceptuado por la Corte Suprema de Justicia recientemente, esto es la sentencia SC072 del 27 de marzo de 2025, con Radicación n.º 2013-00141,

Magistrado ponente OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE, en la cual se indico frente al daño moral:

En consecuencia, a partir de la fecha, el parámetro indicativo para tasar la reparación del daño moral será de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Cifra que, por su naturaleza, debe observarse con apertura y flexibilidad, por ser una guía a considerar con razonabilidad y coherencia, de lo cual debe darse cuenta en la motivación de la sentencia respectiva.

Total, *«las vivencias internas causadas por el daño, varían de la misma forma como cambia la individualidad espiritual del hombre, de modo que ciertos incidentes que a una determinada persona pueden conllevar hondo sufrimiento, hasta el extremo de ocasionarle severos trastornos emocionales, a otras personas, en cambio, puede afectarlos en menor grado»* (SC, 18 sep. 2009, rad. n.º 2005- 00406-01).

En este sentido, un reconocimiento mayor significaría un enriquecimiento injustificado en beneficio de la misma, considerando que las máximas sumas que han sido aceptadas por concepto de perjuicios morales en casos similares al que se está estudiando, actualmente son mucho menores que las pretendidas por ella.

Con fundamento en lo expuesto, solicito comedidamente al Despacho que declare probada la presente excepción y que, en ese sentido, determine que no está acreditado de ninguna forma el perjuicio inmaterial cuyo resarcimiento se pretende, al no existir responsabilidad de los demandados y no cumplir con los estándares de indemnización, de tal suerte que deberán ajustarse a los lineamientos establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

En virtud de todo lo anterior, de manera respetuosa solicito que se declare probada esta excepción.

**6. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL SUPUESTO DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN, ASÍ COMO SU CUANTIFICACIÓN INDEBIDA E INJUSTIFICADA Y PRETENDIDA POR LOS DEMANDANTES.**

El extremo actor pretende que se condene al extremo pasivo de la litis al pago de los perjuicios extrapatrimoniales en la modalidad daño a la vida en relación. Sin embargo, es menester resaltar que es jurídicamente improcedente condenar a los demandados al pago de suma alguna a título de daño a la vida de relación, toda vez que este concepto no tienen ninguna viabilidad jurídica. En primer lugar, debe resaltarse que el daño a la vida en relación es una tipología de perjuicios que ha sido desarrollada jurisprudencialmente en favor de la víctima directa del daño, en tanto que su naturaleza es justamente indemnizar a la víctima directa por los daños sufridos, de modo que es improcedente dicho reconocimiento a cualquier otro reclamante distinto de la víctima directa del daño como pretende la parte actora. Pero además en los eventos en que la Corte Suprema de Justicia ha reconocido este emolumento se requiere una alta carga probatoria que la parte demandante no ha cumplido, en la medida en que no se evidencia acreditación alguna de un cambio en las condiciones de vida, la imposición de cargas desproporcionadas o el cambio del proyecto de vida de aquellas con ocasión al hecho lesivo, por ende, no se satisfacen los elementos de procedencia por lo que el despacho no podrá acceder a tal pedimento.

Lo anterior, ha sido reafirmado por la Corte Suprema de Justicia al indicar que el daño a la vida de relación se presenta cuando la víctima sufre una alteración psíquica o física que el impide o dificulta gozar de actividades rutinarias que disfrutaba antes del hecho lesivo. No obstante, el daño a la vida en relación sólo se le debe reconocer a la víctima directa. En otras palabras, el daño a la vida en relación sólo se debe reconocer a quien sufrió una alteración física o psíquica por el accidente, esto es, a la víctima directa. En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia precisó:

“(…) b) *Daño a la vida de relación:*

**Este rubro se concede únicamente a la víctima directa** del menoscabo a la integridad psicofísica como medida de compensación por la pérdida del bien superior a la salud, **que le impedirá tener una vida de relación en condiciones normales** (…)<sup>21</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original).<sup>10</sup>

De lo anterior se colige que la etiología de dicho perjuicio está estructurada para ser declarado únicamente en cabeza de la víctima directa. De modo que, cualquier otra reclamación en cabeza de persona distinta de la víctima directa del daño está llamada a fracasar. Así las cosas, se observa que

<sup>10</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC5340-2018 de 7 de diciembre de 2018. Magistrado Ponente: Arnoldo Wilson Quiroz Monsalvo.

en el caso particular la víctima directa es el gemelo de sexo masculino, por lo que preliminarmente se afirma que frente a sus padres, hermanas, abuelos y tíos es improcedente cualquier tipo de reconocimiento por esta tipología de perjuicios.

Por la postura expuesta, es necesario considerar que la parte demandante, pretende el reconocimiento de una indemnización que en realidad no es procedente, por cuanto el daño a la vida en relación se desprende cambio en la vida e interacción exteriores, en todo caso, el reconocimiento invocado es superior a los casos de similitudes circunstancias de que nos ocupa, que en diferentes postulados la H. Corte Suprema ha reconocido.

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

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

*Dicho con otras palabras, esta especie de perjuicio puede evidenciarse en la disminución o deterioro de la calidad de vida de la víctima, en la pérdida o dificultad de establecer contacto o relacionarse con las personas y cosas, en orden a disfrutar de una existencia corriente, como también en la privación que padece el afectado para desplegar las más elementales conductas que en forma cotidiana o habitual marcan su realidad. Podría decirse que quien sufre un daño a la vida de relación se ve forzado a llevar una existencia en condiciones más complicadas o exigentes que*

*los demás, comoquiera que debe enfrentar circunstancias y barreras anormales, a causa de las cuales hasta lo más simple se puede tornar difícil. Por lo mismo, recalca la Corte, la calidad de vida se ve reducida, a paso que las posibilidades, opciones, proyectos y aspiraciones desaparecen definitivamente o su nivel de dificultad aumenta considerablemente. Es así como de un momento a otro la víctima encontrará injustificadamente en su camino obstáculos, preocupaciones y vicisitudes que antes no tenía, lo que cierra o entorpece su acceso a la cultura, al placer, a la comunicación, al entretenimiento, a la ciencia, al desarrollo y, en fin, a todo lo que supone una existencia normal, con las correlativas insatisfacciones, frustraciones y profundo malestar (...)"<sup>11</sup>*

Sin embargo, en sentencia reciente SC 072 del 2025, se relató que en un caso excepcional se reconoció este concepto indemnizatorio, y se indicó el pago de \$ 30.000.000 por el fallecimiento del cónyuge, a teniendo en cuenta que afectaron directamente su interacción con el mundo exterior. Las secuelas fueron de tal magnitud, que era de esperarse que su actitud y su forma de ser cambiaran.

En el caso particular que nos cita al presente proceso, afortunadamente no se vislumbra que los demandantes hayan tenido secuelas por el fallecimiento de su familiar y que afecten directamente su estilo de vida, su relación con los demás o consigo mismo, pero pese a ello realiza una desmesurada solicitud indemnizatoria que supera con creces el rubro reconocido en casos de secuelas de gran envergadura. Por otro lado, es manifiesto que la Corte Suprema de Justicia ha establecido que el daño a la vida de relación se presenta cuando la víctima sufre una alteración psíquica o física que le impide o dificulta gozar de actividades rutinarias que disfrutaba antes del hecho. No obstante, el daño a la vida en relación sólo se le debe reconocer a la víctima directa. En otras palabras, el daño a la vida en relación sólo se debe reconocer a quien sufrió una alteración física o psíquica por el hecho dañino, esto es, a la víctima directa.

Por lo anteriormente mencionado, en este caso específico, conforme a las pruebas obrantes en el expediente, no pueden ni deben ser indemnizados por mi representada el supuesto daño a la vida de relación que alegan los demandantes, ya que, su presunta causación no se encuentra debidamente probada en ninguna de las modalidades por perjuicio extrapatrimonial, porque no hay prueba suficiente

<sup>11</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 13 de mayo de 2008, radicado 11001-3103-006-1997-09327-01.

más que el dicho de los demandantes, quienes además de no ser víctimas directas tampoco han probado como el curso normal de su vida de vio afectado por el hecho dañoso alegado. Por lo antes expuesto, resultan abiertamente indebida e injustificada la pretensión de la parte activa de la litis.

Por lo anteriormente expuesto, solicito al Despacho declarar probada esta excepción

## **7. IMPROCEDENCIA Y FALTA ABSOLUTA DE PRUEBA DEL DAÑO EMERGENTE.**

En primera medida, debe advertirse que el daño emergente que se alega por la parte demandante es improcedente, en atención a que no existe prueba siquiera sumaria que acredite que la parte demandante sufrió un detrimento patrimonial derivado del fallecimiento de su familiar, refieren que corresponde pagos o crédito por servicios fúnebres. Sin embargo, en el plenario no se encuentran aportado el estado de cuenta efectivamente pagado y contratado con posterioridad al hecho. Ni siquiera está probado que dicho crédito sea la suma tomada para efectivamente asumir los gastos fúnebres de su hija, por lo que no existe soporte de él que efectivamente ostente una relación causal.

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

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

*“De manera, que el daño emergente comprende la pérdida misma de elementos patrimoniales, las erogaciones que hayan sido menester o que en el futuro sean*

*necesarios y el advenimiento de pasivo, causados por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad.*

*Dicho en forma breve y precisa, el daño emergente empobrece y disminuye el patrimonio, pues se trata de la sustracción de un valor que ya existía en el patrimonio del damnificado; en cambio, el lucro cesante tiende a aumentarlo, corresponde a nuevas utilidades que la víctima presumiblemente hubiera conseguido de no haber sucedido el hecho ilícito o el incumplimiento.”<sup>12</sup>*

Esta tipología de daño ha sido ampliamente desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, estableciendo la carga probatoria que le incumbe a la parte demandante, sobre lo que ha establecido lo siguiente:

*“(…) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel incumplimiento, **y que los mismos sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración,** como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada.”<sup>13</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

*“Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que “(…) **la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso;** [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (...)”<sup>14</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

De lo anterior, se observa que la jurisprudencia ha sido clara en establecer que la existencia de los perjuicios no se presume y por tanto, la carga probatoria recae en este caso en la parte Demandante.

<sup>12</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 07 de diciembre de 2017. M.P. Margarita Cabello Blanco. SC20448-2017. Edificio 94<sup>a</sup> Piso 11, Carrera 11A No. 94A-23 Of. 201 +57 315 577 6200 - 602-6594075

<sup>13</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. M.P. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299

<sup>14</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. MP Luis Armando Torres Villabona. EXP: 2011-0736.

No obstante, se puede observar que en el expediente no obra prueba alguna que acredite las erogaciones estimadas en \$23.645.556 por concepto de gastos utilizados para servicios fúnebres, sin aportar prueba siquiera sumaria de ello, en el plenario no se encuentran aportado el estado de cuenta efectivamente pagado y contratado con posterioridad al fallecimiento de la joven KAREN JULIANA CARDOZO LEAL (3 de septiembre de 2023). Ni siquiera está probado que dicho crédito sea la suma tomada para efectivamente asumir los gastos fúnebres de su hija, por lo que no existe soporte de él que efectivamente ostente una relación causal. De esta manera, se demuestra que la parte demandante no ha incurrido en un detrimento patrimonial ni mucho menos en la suma pretendida. Por el contrario, lo que se advierte es que el supuesto daño se pretende probar a partir del propio dicho del demandante, circunstancia que contraviene la carga de la prueba a cargo del extremo actor, en los términos del 167 del Código General del Proceso.

Así, es claro que ese valor nominativo, sin ningún soporte cierto y suficiente que acredite al menos sumariamente el detrimento patrimonial en que supuestamente incurrieron los actores, no puede tomarse como prueba para la procedencia de reconocimiento alguno por concepto de daño emergente. En ese sentido, no se debe perder de vista, que la carga de la prueba de acreditar los supuestos perjuicios reside única y exclusivamente en cabeza de la parte Demandante. De manera que, si dicha parte no cumple con su carga y en tal virtud, no acredita debida y suficientemente sus aparentes daños, es jurídicamente improcedente reconocer cualquier suma por dicho concepto.

En conclusión, no resulta procedente la pretensión impetrada según la cual, debe reconocerse y pagarse en favor de la parte Demandante sumas de dinero por concepto de daño emergente, toda vez que no hay prueba dentro del expediente que justifique las sumas solicitadas. Máxime, cuando la Corte Suprema de Justicia fue totalmente clara en indicar que éstos no se presumen, sino que se deben probar. Razón suficiente para solicitar al Despacho que desestime la pretensión invocada por la Demandante en lo relacionado con el daño emergente.

Por todo lo anterior, solicito señor juez tener por probada esta excepción.

## **8. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DE LUCRO CESANTE.**

En el caso de la señora KAREN JULIANA CARDOZO LEAL, la falta de evidencia del ingreso dejado de percibir hace improcedente cualquier reclamo por lucro cesante, pues este no es procedente por cuanto

NI COMPENSAR ni GRUPO CISNE SAS ni los galenos por medio de los cuales fue atendida la paciente negaron la prestación del servicio de salud a la señora KAREN JULIANA CARDOZO LEAL, ni mucho menos incurrieron en algún tipo de error o negligencia de la que pudiese desprenderse su responsabilidad. Adicionalmente, en la demanda no existe soporte alguno que acredite que la fallecida ejerciera alguna labor o actividad de la que percibiese ingresos y tampoco se acredita la dependencia económica de los reclamantes. Ello quiere decir que, las sumas solicitadas por los demandantes carecen de fundamento debido a la ausencia de pruebas claras y suficientes que acrediten los elementos de la responsabilidad médica para otorgar este tipo de daño, pues, no puede basarse en hipótesis o conjeturas, sino en circunstancias concretas y actuales que demuestren la probabilidad razonable de la pérdida de ingresos con ocasión al hecho dañoso.

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

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

*“El perjuicio es la consecuencia que se deriva del daño para la víctima del mismo, y la indemnización corresponde al resarcimiento o pago del “(...) perjuicio que el daño ocasionó (...).”*

**Este último para que sea reparable, debe ser inequívoco, real y no eventual o hipotético. Es decir, “(...) cierto y no puramente conjetural, [por cuanto] (...) no basta afirmarlo, puesto que es absolutamente imperativo que se acredite procesalmente con los medios de convicción regular y oportunamente decretados y arrimados al plenario (...)”** (Subrayado y negrilla fuera del texto)

original)<sup>15</sup>

Así mismo, en Sentencia del 24 de junio de 2008, la misma corporación afirmó que:

*“(…) en cuanto perjuicio, el **lucro cesante debe ser cierto, es decir, que supone una existencia real, tangible, no meramente hipotética o eventual. Ahora, sin ahondar en la materia, porque no es del caso hacerlo, esa certidumbre no se opone a que, en determinados eventos**, v. gr. lucro cesante futuro, el requisito mencionado se concrete en que el perjuicio sea altamente probable, o sea, cuando es posible concluir, válidamente, que verosímilmente acaecerá, hipótesis en la cual cualquier elucubración ha de tener como punto de partida una situación concreta, tangible, que debe estar presente al momento de surgir la lesión del interés jurídicamente tutelado (…)*

*Vale decir **que el lucro cesante ha de ser indemnizado cuando se afianza en una situación real, existente al momento del evento dañino, condiciones estas que, justamente, permiten inferir, razonablemente, que las ganancias o ventajas que se percibían o se aspiraba razonablemente a captar dejarán de ingresar al patrimonio fatal o muy probablemente** (…)*

***Por último están todos aquellos “sueños de ganancia”, como suele calificarlos la doctrina especializada, que no son más que conjeturas o eventuales perjuicios que tienen como apoyatura meras hipótesis, sin anclaje en la realidad que rodea la causación del daño, los cuales, por obvias razones, no son indemnizables.***<sup>16</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Más adelante, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia CSJ SC del 9 de septiembre de 2010, Rad. n.º 2005-00103-01

*“En tratándose del daño, y en singular, del lucro cesante, la indemnización exige la certeza del detrimento, o sea, su verdad, existencia u ocurrencia tangible,*

<sup>15</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 12 de junio de 2018. Expediente 36621-07-2018.

<sup>16</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 24 de junio de 2008. Radicado 2008-01121-01.

*incontestable o verosímil, ya actual, ora ulterior, acreditada por el demandante como presupuesto ineluctable de la condena con pruebas idóneas en su entidad y extensión”; y que “la jurisprudencia de esta Corte cuando del daño futuro se trata y, en particular, del lucro cesante futuro, ha sido explícita ‘en que no es posible aseverar, con seguridad absoluta, como habrían transcurrido los acontecimientos sin la ocurrencia del hecho’, **acudiendo al propósito de determinar ‘un mínimo de razonable certidumbre’, a ‘juicios de probabilidad objetiva’ y ‘a un prudente sentido restrictivo cuando en sede litigiosa,** se trata de admitir la existencia material del lucro cesante y de efectuar su valuación pecuniaria, haciendo particular énfasis en que procede la reparación de esta clase de daño en la medida en que obre en autos, a disposición del proceso, prueba concluyente en orden a acreditar la verdadera entidad de los mismos y su extensión cuantitativa, lo que significa rechazar por principio conclusiones dudosas o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener, apoyadas tales conclusiones en simples esperanzas, expresadas estas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación teórica, y no en probabilidades objetivas demostradas con el rigor debido.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

Esto significa que el lucro cesante no puede construirse sobre conceptos hipotéticos, pretensiones fantasiosas o especulativas que se fundan en posibilidades inciertas de ganancias ficticias. Por el contrario, debe existir una cierta probabilidad objetiva que resulte del decurso normal de las cosas y de las circunstancias especiales del caso. De manera que el mecanismo para cuantificar el lucro cesante consiste en un cálculo sobre lo que hubiera ocurrido de no existir el evento dañoso, siempre que logre acreditarse que en efecto la víctima, al momento de la ocurrencia del daño, ejerciera alguna actividad productiva que le generara los ingresos dejados de percibir.

Ahora bien, se debe mencionar que todas las posibles discusiones que pueden emerger frente al particular fueron zanjadas mediante el más reciente pronunciamiento de unificación del Consejo de Estado en la Sentencia No. 44572 del 18 de julio de 2019 proferida por la Sección Tercera, M.P. Carlos Alberto Zambrano. Providencia en la que se elimina la presunción según la cual toda persona en edad productiva percibe al menos un salario mínimo, en tanto contraría uno de los elementos del daño, esto es la certeza. De manera que el lucro cesante solo se reconocerá cuando obren pruebas suficientes que acrediten que efectivamente la víctima dejó de percibir los ingresos o perdió una posibilidad cierta

de percibirlos. En dicho pronunciamiento se manifestó literalmente lo siguiente:

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

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

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

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

Este pronunciamiento entonces excluye posibilidad alguna de que se reconozca lucro cesante a una persona que, aunque esté en edad productiva, no acredite los ingresos percibidos por el efectivo desarrollo de una actividad económica, por contrariar el carácter cierto del perjuicio, siendo entonces una utilidad meramente hipotética o eventual. Por lo anterior, no es jurídicamente viable presumir los ingresos de una persona puesto que ello vulnera significativamente el carácter cierto del perjuicio. Por cuanto, los perjuicios materiales solicitados al Despacho deben estar debidamente soportados y no puede partirse de una presunción, sino que debe mediar la acreditación de la certeza.

Así las cosas y dejando claro que en el presente asunto es improcedente el reconocimiento del lucro cesante solicitado por los Demandantes puesto que con las pruebas que obran en el plenario no se ha acreditado que la joven KAREN JULIANA CARDOZO LEAL trabajaba o tenía una actividad económica redituable, y a cuanto ascendían dichas ganancias o ingresos además tampoco se ha probado la relación de dependencia económica entre los demandantes y la víctima de los hechos. En tal sentido, si se llegare a reconocer emolumento alguno por concepto de lucro cesante, claramente se transgrediría el carácter cierto del perjuicio. En el caso sub judice, no puede presumirse el lucro cesante a favor de la parte actora, como consecuencia de que:

- No se probó la actividad desarrollada por el señor KAREN JULIANA CARDOZO LEAL

Debe advertirse que los demandantes no aportaron al proceso pruebas útiles, conducentes y pertinentes que permitieran acreditar que KAREN JULIANA CARDOZO LEAL para la fecha en que ocurrió su fallecimiento, se encontraba laboralmente activa o que este desarrollaba alguna actividad económica. Pues se identifica de consulta en el ADRES que ella era beneficiaria, así:

**Información Básica del Afiliado :**

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1014857497
NOMBRES	KAREN JULIANA
APELLIDOS	CARDOZO LEAL
FECHA DE NACIMIENTO	****/****
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

**Datos de afiliación :**

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
AFILIADO FALLECIDO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	19/08/2015	02/09/2023	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: | 06/11/2025 18:22:57 | Estación de origen: | 2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de

- No se probó el valor de los ingresos presuntamente percibidos por KAREN JULIANA CARDOZO LEAL

En línea con lo anteriormente indicado, así como la parte demandante no acreditó el trabajo, labor o actividad económica que desempeñaba la causante para la fecha de su lamentable fallecimiento, tampoco aportó al plenario ningún medio de convicción que dé luz sobre los ingresos que percibía la joven KAREN JULIANA CARDOZO LEAL para el año 2023, motivo por el cual el presunto lucro cesante reclamado es especulativo e incierto.

- No se prueba que dejara de percibirse alguna ganancia con ocasión al fallecimiento de su familiar

En línea con lo anteriormente planteado debe decirse que los demandantes tampoco han acreditado que con ocasión al lamentable deceso de la joven KAREN JULIANA CARDOZO LEAL estos hayan dejado de percibir ganancia alguna, o algún provecho económico, pues no han establecido ni han acreditado la relación de dependencia económica que ha exigido la jurisprudencia en cuando se trata del lucro cesante de un fallecido en favor de sus supervivientes.

Es bien sabido que el lucro cesante es un tipo de perjuicio material que consiste en la pérdida de una ganancia o de una utilidad económica que se deja de percibir como consecuencia del daño, esto es, de la muerte de una persona de la que se percibían ingresos económicos. **Sin embargo, quien solicita este tipo de perjuicios necesariamente debe probar la dependencia económica con el fallecido.**

Pues es claro que únicamente podrían beneficiarse de ello quienes dependían económicamente total o parcialmente de los ingresos de este. Circunstancia que se debe demostrar en el curso del proceso, puesto que no es presumible respecto de los demandantes.

En ese entendido, resulta imprescindible que la parte interesada demuestre en el proceso la existencia del perjuicio, que se traduce en la prueba de la dependencia económica de los peticionarios frente al fallecido. Siendo esta dependencia económica lo que finalmente legitima a los demandantes para solicitar el reconocimiento por este tipo de perjuicios, en tanto que debe probar que dejó de percibir los ingresos que le proveían del fallecido. Lo anterior, en virtud de esa relación de dependencia económica total o parcial. Ante la ausencia de prueba de esta relación de dependencia económica, quedan deslegitimados los demandantes para solicitar reconocimiento de perjuicios a título de Lucro cesante y, por ende, no podría el juez otorgarle ninguna indemnización por este concepto.

Confirmando lo dicho anteriormente, en cuanto a los elementos en que se sustenta el derecho a la reparación del lucro cesante, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 28 de febrero de 2013, dijo:

*“Ahora bien, en cuanto hace a la segunda modalidad aludida -lucro cesante-, cuando la causa de su producción es el fallecimiento de una persona, la jurisprudencia nacional ha precisado que **el derecho a la reparación surge, en primer término, de la dependencia económica existente entre la víctima y quien reclama la indemnización.** Al respecto, esta Corporación ha explicado que “lo que confiere el derecho para reclamar el pago de perjuicios materiales de índole extracontractual, (...), es la dependencia económica del reclamante con respecto al extinto, siempre y cuando, claro está, exista certeza de que, dadas las circunstancias, la ayuda o socorro habría continuado de no haber ocurrido su fallecimiento” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Véase pues como indica la Corte que probar el elemento de dependencia económica resulta completamente necesario a efectos de solicitar el reconocimiento del lucro cesante. Habida cuenta de que, por la naturaleza de estos perjuicios, el factor de dependencia económica es el que confiere el derecho para reclamar dicho pago. Razón por la que debe encontrarse suficientemente probado en el proceso, de lo contrario, no habría lugar a tal reconocimiento. Al respecto, la misma corporación antes

citada, en sentencia SC-15996 expuso lo siguiente:

*“Cuando se demanda la indemnización del daño, en su modalidad de lucro cesante, proveniente del fallecimiento de una persona, la misma emerge, en principio **de la dependencia económica del peticionario con la víctima, circunstancia que a aquél le incumbe acreditar**; pero igualmente es viable su reconocimiento a quienes, a pesar de contar con ingresos propios, percibían de ella asistencia económica habitual, y en tal evento, igualmente al respectivo beneficiario le incumbe demostrar esa condición.”*<sup>17</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De lo anterior, se confirma que la dependencia económica que da lugar al reconocimiento del lucro cesante solicitado en la demanda no es presumible de hecho, sino que debe probarse y acreditarse dentro del proceso. Lo que no sucede en este caso concreto, puesto que en este proceso no se acreditó en ningún momento la dependencia económica que alega la parte Demandante entre los tres demandantes padres y hermano y la fallecida KAREN JULIANA CARDOZO LEAL. Por tanto, no podría el Despacho entenderla probada con el mero dicho de la peticionaria, sin que se alleguen pruebas o elementos de juicio suficientes para acreditar tal relación de dependencia, como elemento esencial para la procedencia del reconocimiento de esta tipología de perjuicios. Esa misma corporación, en sentencia del 15 de octubre de 2008, radicación 2997, esgrimió:

*“Así se afirma, por cuanto la Corte en sentencia del 15 de octubre de 2008, radicación 29970, precisó que en materia de daños o perjuicios materiales ocasionados a terceros por la muerte accidental de una persona, están legitimados para demandar el resarcimiento correspondiente, quienes por tener una relación jurídica con la víctima, sufren una lesión en el derecho que nació de ese vínculo, lo cual quiere decir que para reclamar en dicho caso la respectiva indemnización se requiere probar la lesión del derecho surgido de la relación de interés con la víctima, vale decir, es menester demostrar la dependencia efectiva de sus subsistencia, total o parcial, con respecto del causante”*<sup>18</sup> (...)

Una vez más, la Corte hace referencia a la necesidad de probar la dependencia alegada, puesto que

<sup>17</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC15996-2016 Radicación No. 11001-31-03-018-2005-00488-01. MP Luis Alonso Rico Puerta.

<sup>18</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia SL7576 del 8 de junio de 2016. Radicado No. 38745-CA. MP Roberto Sánchez Bueno.

es claro que el propio dicho de la parte demandante no es elemento de juicio suficiente para acreditar tal relación de dependencia económica sobre la que se pretende la indemnización de unos presuntos perjuicios materiales a título de Lucro Cesante. Sino que es necesario que realmente se pruebe en el curso del proceso que la peticionaria dependía económicamente total o parcialmente del fallecido. Puesto que, de no acreditarse tal relación de dependencia, no habría lugar al reconocimiento del lucro cesante para la peticionaria, habida cuenta de que la naturaleza del perjuicio no es otra que resarcir esos ingresos que dejó de percibir quien dependía económicamente del causante.

Véase que en el caso concreto quienes demandan son la madre, padre y hermano de la joven KAREN JULIANA CARDOZO LEAL. De plano resulta ilógico considerar o presumir que ellos tendrían una relación de dependencia económica frente a esta, menos si, tal y como estima la parte demandante en el libelo de la demanda esta percibía un salario mínimo. Ahora bien, respecto del padre CESAR ALEXANDER CARDOZO CUERVO, basta con consultar con su cédula de ciudadanía en la base de datos del ADRES para verificar que a la fecha y desde el 19 de agosto de 2015 se encuentra afiliado al sistema general de seguridad social en el régimen contributivo en la calidad de cotizante.

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

**Resultados de la consulta**

**Información Básica del Afiliado :**

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	79606926
NOMBRES	CESAR ALEXANDER
APELLIDOS	CARDOZO CUERVO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

**Datos de afiliación :**

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	19/08/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 06/11/2025 18:08:53 | Estación de origen: | 2801:12:c800:2070:1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES\*.

Por lo anterior, de sana lógica se infiere que la parte demandante no era dependiente económicamente KAREN JULIANA CARDOZO LEAL, pues al ser una persona laboralmente activa, posee su propia fuente de ingresos.

En síntesis, al no encontrarse en este proceso prueba alguna que demuestre la dependencia económica de parte demandante frente a la fallecida KAREN JULIANA CARDOZO LEAL, y al tampoco existir prueba del trabajo o actividad económica y de los ingresos que en vida percibía la causante, no hay lugar a que el Despacho proceda con el reconocimiento de indemnización a título de Lucro Cesante para los Demandantes. Lo anterior, habida cuenta que, por no encontrarse probados los factores determinantes para el reconocimiento de esta tipología de perjuicios, su reconocimiento es a todas luces improcedente por ausencia de pruebas que acrediten la relación de dependencia económica entre los demandantes y la fallecida, la actividad económica y los ingresos de esta última.

En este orden de ideas, es preciso reiterar que los demandantes tenían entre sus deberes como parte demandante la carga probatoria de demostrar los perjuicios deprecados en la demanda, toda vez que no es posible presumirlos, por lo tanto, cada uno de los daños por los cuales están exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. Pese a dicha carga los hoy accionantes no ha probado que como consecuencia del accidente del 14 de enero de 2023 hayan dejado de percibir ingreso alguno, pues, no acreditaron que su hija, sobrina y prima para dicha fecha tuviera un empleo y/o actividad económica que le generara ingresos, y en lo que tiene que ver en particular con su padre mucho menos se ha acreditado su dependencia económica frente a la causante por lo anterior el carácter incierto del supuesto daño es óbice para que el Despacho acoja tal solicitud.

En conclusión, no puede existir reconocimiento de lucro cesante como quiera que este perjuicio no se acreditó con los elementos probatorios necesarios, pues en el asunto de marras no se ha acreditado la actividad económica o laboral de KAREN JULIANA CARDOZO LEAL, los ingresos que esta recibía producto de esta, y en el caso de su padre se insiste, no se observa prueba alguna que demuestre la relación de dependencia económica de aquella frente a la fallecida. En ese sentido, la demanda careció de una carga probatoria que además de certera, la misma fuera conducente con el fin de acreditar y demostrar el lucro cesante solicitado. Lo anterior, en tanto tal como lo ha dispuesto la jurisprudencia, quien afirma una cosa es quien está obligado a probarla, obligando a quien pretende o demanda un derecho, que lo alegue y demuestre los hechos que lo gestan o aquellos en que se funda, puesto que es absolutamente imperativo que se acredite procesalmente con los medios de convicción regular y oportunamente decretados y arrimados al plenario, ya que a nadie le es dado el privilegio de que su mero dicho sea prueba suficiente de lo que afirma. En suma, en este proceso no procederá el reconocimiento indemnizatorio por concepto de lucro cesante, toda vez que está más que demostrado

que no se ha acreditado los elementos de la responsabilidad civil médica deprecada. En tal sentido, si se llegare al reconocimiento del perjuicio material denominado lucro cesante, claramente se transgrediría el carácter cierto del perjuicio.

Por lo anterior, ruego señor juez declarar probada esta excepción

## **9. GENÉRICA O INNOMINADA**

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

### **CAPITULO II**

### **CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

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

**FRENTE AL HECHO 1:** Es cierto que se inició proceso verbal de responsabilidad civil en contra de la llamada en garantía.

**FRENTE AL HECHO 2:** Es cierto que los hechos que motivan el proceso se fundamentan en la atención médica suministrada por la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR y CENTRO DE INVESTIGACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO S.A.S. SIGLA GRUPO CISNE S.A.S. en agosto y septiembre de 2023 a KAREN JULIANA CARDOZO LEAL

**FRENTE AL HECHO 3:** Es cierto que La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, suscribió póliza de responsabilidad civil Clínicas y Hospitales No. AA196442 expedida el 11 de septiembre de 2019, la cual fue anulada por “SE ANULA EL CERTIFICADO POR ERROR EN LA COMISION, SE REEMPLAZA POR LA POLIZA AA198548”, por ello sí es cierto que fue remplazada en idénticos términos por la póliza AA198548 expedida el 22 de octubre de 2019 cuya cobertura inicial se encuentra determinada del 30 de agosto de 2019 al 30 de agosto de 2020.

**FRENTE AL HECHO 4:** Es cierto, la póliza Responsabilidad civil Profesional Clínicas No. AA198548 fue prorrogada por 12 días hasta el 11 de septiembre de 2020.

**FRENTE AL HECHO 5:** Es cierto, la póliza Responsabilidad civil Profesional Clínicas No. AA198548 fue prorrogada por 14 días hasta el 25 de septiembre de 2020.

**FRENTE AL HECHO 6:** Es cierto, la póliza Responsabilidad civil Profesional Clínicas No. AA198548 fue renovada para la vigencia del 25 de septiembre de 2020 al 25 de septiembre de 2021.

**FRENTE AL HECHO 7:** Es cierto, la póliza Responsabilidad civil Profesional Clínicas No. AA198548 fue renovada para la vigencia del 25 de septiembre de 2021 al 31 de diciembre de 2022.

**FRENTE AL HECHO 8:** No es cierto como se encuentra planteado. Si bien la póliza Responsabilidad civil Profesional Clínicas No. AA198548 fue renovada para la vigencia del 31 de diciembre de 2022 al 31 de diciembre de 2023 bajo ese No. de factura AB042678, esta fue anulada el 27 de enero de 2023 de acuerdo con Factura No. AB046806 y certificado No. AB044901. Posteriormente, el mismo 27 de enero de 2023, para la misma vigencia 31 de diciembre de 2022 al 31 de diciembre de 2023 se expidió la renovación de la póliza bajo la factura No. AB046814 y certificado No. AB044907.

**FRENTE AL HECHO 9:** Es cierto, la póliza Responsabilidad civil Profesional Clínicas No. AA198548 fue renovada para la vigencia del 31 de diciembre de 2023 al 31 de diciembre de 2024.

**FRENTE AL HECHO 10:** Es cierto, la póliza Responsabilidad civil Profesional Clínicas No. AA198548 fue contratada para la modalidad Claims Made con una fecha de retroactividad desde el 30 de noviembre de 2006, lo que quiere significar que el hecho debe acontecer luego de dicha fecha y la reclamación debe darse en vigencia de una de las renovaciones.

Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en cuenta que la póliza de Responsabilidad civil Profesional Clínicas No. AA198548 no podrá afectarse en tanto que en el proceso no se encuentra debidamente acreditada la responsabilidad alguna del asegurado, dado que no se observa ninguna relación de causalidad entre las actuaciones de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR y el perjuicio que reclama la demandante. Contrario a eso, se observa que

las conductas del extremo pasivo (incluyendo al CENTRO DE INVESTIGACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO S.A.S.) fueron totalmente diligentes, adecuadas, oportunas y apegadas a la literatura médica, y a los protocolos, razón por la cual no existe vocación de prosperidad frente a lo pretendido por la actora y a su vez hacen innecesario analizar el contrato de seguro en virtud del cual se vincula a la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. al presente proceso. Sin perjuicio de lo anterior, en el remoto e hipotético caso en que el despacho considere que debe realizar un estudio de la relación asegurado – asegurador, se deberá ceñir a las condiciones generales y particulares de la póliza límites asegurados, exclusiones, disponibilidad del valor asegurado, deducibles y demás.

**FRENTE AL HECHO 11:** Es cierto.

**FRENTE AL HECHO 12:** No es cierto como se encuentra planteado. La reclamación realizada por la parte demandante al asegurado CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR aconteció el 10 de mayo de 2024 con la solicitud de conciliación extrajudicial, por lo que para efectos de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro este sería el inicio de su contabilización.

**FRENTE AL HECHO 13:** Es cierto, la póliza Responsabilidad civil Profesional Clínicas No. AA198548 fue contratada para la modalidad Claims Made con una fecha de retroactividad desde el 30 de noviembre de 2006, lo que quiere significar que el hecho debe acontecer luego de dicha fecha y la reclamación (mayo de 2024) aconteció en vigencia de una de las renovaciones, la contratada para la vigencia del 31 de diciembre de 2023 al 31 de diciembre de 2024.

Sin embargo, la póliza no podrá ser afectada por los hechos que se debaten en el litigio, por cuanto, para que opere la obligación indemnizatoria de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC, es totalmente necesario que se acredite la realización del riesgo asegurado en la Póliza de Responsabilidad civil Profesional Clínicas No. AA198548, circunstancia que en este caso no ha sido acreditada mediante ninguna prueba fehaciente que pruebe finalmente que el lamentable fallecimiento de la joven acontezca por omisión o acción del asegurado CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR.

**FRENTE AL HECHO 14:** No es cierto que LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC se encuentra llamada a responder por las condenas a las que haya lugar o en su defecto reembolsar dineros con cargo a la Póliza, por cuanto, dicho contrato de seguro no está llamado a ser afectado sin que se

acredite el siniestro, esto es, la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 y 1077 del Código de Comercio.

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

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 1:** ME OPONGO a que exista algún tipo de condena en contra de mi mandante, pues es de indicar que, si con la admisión del llamamiento en garantía efectuado a mi procurada, se pretende que la misma indemnice a quienes integran la parte activa dentro del presente litigio, ante una eventual condena en contra de los demandados. Lo cierto es que, aunque se admita el llamamiento, las pruebas obrantes en el plenario no acreditan la relación causal entre las conductas desplegadas por el asegurado y el resultado fatal atribuido, lo que no permite la imputación de responsabilidad a los demandados y como consecuencia, no podrá entenderse realizado el riesgo asegurado ni declararse el siniestro. Por ello la Póliza no puede ser afectada.

Sin perjuicio de lo expuesto, ante una eventual y remota condena en contra del asegurado que lleve a la afectación del contrato de seguro, se deberá ceñir a las condiciones generales y particulares de la póliza límites asegurados, exclusiones, disponibilidad del valor asegurado, deducible, respecto a este último, es preciso señalar que se encuentra a cargo de asegurado en los siguientes términos:

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 2 en subsidio:** ME OPONGO a que exista algún tipo de condena en contra de mi mandante, ni siquiera a forma de reembolso pues en este litigio no se acredita la relación causal entre las conductas desplegadas por el asegurado y el resultado fatal atribuido, lo que no permite la imputación de responsabilidad a los demandados y como consecuencia, no podrá entenderse realizado el riesgo asegurado ni declararse el siniestro. Por ello la Póliza no puede ser afectada.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 3:** ME OPONGO a esta pretensión igualmente al carecer de fundamentos fácticos y jurídicos para otorgarse, adicionalmente, la pretensión no está cuantificada ni soportado su valor por medios idóneos para tal fin. ME OPONGO porque si bien es cierto que la Póliza de seguro en mención comprende la cobertura de gastos de defensa, amparo que cubre los honorarios, costes y gastos razonables y necesariamente incurridos por o en nombre de un asegurado para la investigación, defensa, acuerdo o recurso e una reclamación cubierta incluyendo los costes y gastos incurridos en peritajes, investigaciones y asesoramiento legal, se pone de presente que cualquier solicitud en este sentido resulta improcedente, en tanto que este no es el objeto del litigio por el cual se

llama en garantía a mi procurada. Para pretender cualquier tipo de reconocimiento por la señalada asistencia jurídica tiene que adelantarse dicha pretensión a través de un proceso judicial distinto al que nos ocupa, el cual se reitera es de responsabilidad civil extracontractual -médica- y nada tiene que ver con el reembolso de gastos por defensa judicial. Expresado de otra forma, no puede el llamante en garantía valerse de este proceso judicial, para intentar resolver en el mismo litigio controversias que definitivamente serían propias de otro trámite. Recuérdese que la figura del llamamiento en garantía se circunscribe a exigir de otro la indemnización que se sufra o el reembolso del pago que tuviere que hacer. Sin embargo, es claro que la parte demandante no está mencionando en sus pretensiones ninguna cobertura por gastos de defensa, razón por la que claramente no puede, por sustracción de materia, la entidad de salud exigir esa cobertura vía llamamiento en garantía, pues excede de lo permitido por el artículo 64 del Código General del Proceso

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

#### 1. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA, POR CUANTO NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS NO. AA198548

Se plantea esta excepción para explicar que la Equidad Seguros Generales O.C. se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible a COMPENSAR. E.P.S. cuando ella deba asumir un perjuicio que cause a un tercero con ocasión de determinada responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra, como consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio o asimilados, prestado dentro de los predios del asegurado. Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado, puesto que de conformidad con las pruebas obrantes en el litigio que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de **COMPENSAR E.P.S.** Lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado.

Es fundamental que el Honorable Despacho tome en consideración que en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la Compañía Aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio, puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado. Es de esta forma como se

explica que al suscribir el contrato asegurativo respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertas condiciones generales y particulares estipuladas en el mismo, y que pido al Despacho tener en cuenta en este proceso.

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

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

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato asegurativo. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados (...))”<sup>19</sup>(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

<sup>19</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de septiembre de 2017. M.P. Alfredo Salazar Ramírez.

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones bajo las cuales asumen los mismos. Así las cosas, se evidencia que la cobertura principal de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548 es amparar la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones u omisiones profesionales, tal y como se expone a continuación:

#### **ALCANCE DE LA COBERTURA**

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, QUE EN ADELANTE SE DENOMINARA LA EQUIDAD, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE HA HECHO EL TOMADOR/ ASEGURADO, QUE SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO Y HACEN PARTE DEL MISMO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DE CLINICA, HOSPITAL Y/O INSTITUCION PRIVADA DEL SECTOR DE LA SALUD, POR LOS PROFESIONALES VINCULADOS Y/O ADSCRITOS, DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS, DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

En tal virtud, La Equidad Seguros Generales O.C. se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible a COMPENSAR. E.P.S. cuando ella deba asumir un perjuicio que cause a un tercero con ocasión de determinada responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra, como consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio o asimilados, prestado dentro de los predios del asegurado. Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado, puesto que de conformidad con las pruebas obrantes en el litigio que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de **COMPENSAR E.P.S.** Lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado. Sobre el particular, se destaca que el asegurador se comprometió mediante la Póliza R.C. Profesional Clínicas No. AA198548, a amparar la responsabilidad profesional de Compensar E.P.S. así como de sus I.P.S. adscritas, como consecuencia de un servicio médico quirúrgico, dental, de enfermería o laboratorio dentro de los predios del asegurado.

Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado puesto que de conformidad con las pruebas obrantes en el proceso que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos

fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de **COMPENSAR E.P.S.** como quiera que, para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, es necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico, la cual no está demostrada en este caso por cuanto que, por el contrario se encuentra probado que a la paciente se le brindó la atención necesaria y oportuna conforme con su diagnóstico, signos y síntomas monitoreando permanentemente la evolución de su tratamiento psiquiátrico, con apoyo en paraclínicos y acompañamiento que requirió y sin que hubiese existido un evento puntual y particular que lleve a concluir algún descuido, máxime cuando el resultado fatal acontece en un área privada como lo es el baño, lugar en el que no pueden existir cámaras o monitoreo, sin que ello implicase algún descuido por parte del personal de salud que acompañaba a la paciente.

Lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado. Se reitera, que no se ha realizado el riesgo asegurado como quiera que no se cometió yerro médico alguno y fue diligente en la prestación al servicio de KAREN JULIANA CARDOZO LEAL, no existe responsabilidad en cabeza de la E.P.S. Asegurada, lo que por sustracción de materia significa que tampoco puede hacerse efectiva la póliza de seguro por la que fue convocada mi prohijada.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro. Es decir, que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad. Por ende, la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548. Las diversas condiciones, al ámbito de los amparos, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado. Al respecto, siempre se deberán atender los riesgos asumidos por Aseguradora en virtud del artículo 1056 del Código de Comercio, los valores asegurados para cada uno de los amparos y demás condiciones pactadas en el contrato de seguros.

En conclusión, no se ha realizado el riesgo asegurado en el presente asunto teniendo en cuenta que no ha nacido la obligación condicional, esto es, la responsabilidad por parte de **COMPENSAR E.P.S.** Lo anterior, en tanto es necesaria la comprobación de los tres elementos fundamentales para

estructurar la responsabilidad médica: falla médica, el daño y el nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, en el presente asunto no es dable endilgar responsabilidad en cabeza de la E.P.S. asegurada. Lo quiere decir, que no hay obligación a cargo de mi prohijada, como quiera que el riesgo asegurado no se ha realizado.

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

**2. AUSENCIA DE COBERTURA POR RIESGO EXPRESAMENTE EXCLUIDO SI SE LLEGA A DEMOSTRAR LA FALTA DE HABILITACIÓN DE GRUPO CISNE S.A.S. PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN PSIQUIATRIA O INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES PACTADAS EN EL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS NO. AA198548.**

Sin perjuicio de las excepciones precedentes, de demostrarse que la IPS CENTRO DE INVESTIGACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO S.A.S. SIGLA GRUPO CISNE S.A.S para agosto y septiembre de 2023 no contaba con habilitación para el servicio de salud mental, internación, hospitalización en salud mental o consulta por psiquiatría, el despacho debe tener en consideración que dentro de las condiciones pactadas en la Póliza de Responsabilidad civil Profesional Clínicas No. AA198548, se establecieron los parámetros que enmarcan la obligación condicional y la delimitación de la extensión del riesgo asumido por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. En efecto, en ella se refleja la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato, y definen de manera explícita las condiciones del negocio asegurativo. Por lo tanto, las partes decidieron excluir de la cobertura de dicha póliza cuando acontezca que *la prestación de servicios por personas que no esten legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuenten con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente*, por tal razón, de demostrarse en el proceso dicha circunstancia no podrá condenarse a mi representada al estar expresamente excluido del seguro.

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”<sup>20</sup>*

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

*“Este principio de la universalidad que informa al seguro de transporte, entre otros más, justifica las precisas diferencias que, en lo pertinente, existen con las demás clases de seguros. **Así, por vía de ejemplo, en lo tocante con la delimitación del riesgo,** mientras el artículo 1056 del Código de Comercio permite que el asegurador, a su arbitrio, asuma “todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”, el art. 1120 ib. preceptúa que el seguro de transporte “comprende todos los riesgos inherentes al transporte, salvo el deterioro por el simple transcurso del tiempo y los riesgos expresamente excluidos” (Se subraya), **luego, en este último negocio asegurativo, el asegurador es responsable cuando la pérdida sea ocasionada por uno de los “riesgos inherentes al transporte”, salvo que el riesgo se encuentre expresa e inequívocamente excluido por las partes.**”<sup>21</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Bajo esa misma interpretativa, la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia de diciembre 13 de

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 31 de enero de 2007. Rad. 2000-5492-01 del M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.



*la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato asegurativo. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...) (Subrayado y negrilla por fuera del texto original)<sup>23</sup>*

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. De forma que, en el caso de la ocurrencia de riesgos excluidos, no nace a la vida jurídica la obligación indemnizatoria del asegurador, y en ese orden de ideas, no hay lugar a que su responsabilidad se vea comprometida.

En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548 en sus Condiciones Generales señaló que de darse una prestación por personal o entidad no habilitada para ejercer la póliza no prestaría cobertura y, no podrá condenarse a mi prohijada, tal como se evidencia:

**"2. EXCLUSIONES**

**ESTA PÓLIZA NO CUBRE LAS LESIONES CORPORALES O DAÑOS MATERIALES NI NINGUN OTRO PERJUICIO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE LOS SIGUIENTES HECHOS O CIRCUNSTANCIAS:**

- 1. DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA U ODONTOLÓGICA, CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA.**

<sup>23</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00.

**2. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTEN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTEN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.**

(...)

En conclusión, teniendo en cuenta lo anterior, es menester señalar que, no se cubre el riesgo cuando este acontezca como consecuencia de la prestación no habilitada de un servicio de salud por lo que no podrá existir responsabilidad en cabeza de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la Póliza pues las partes acordaron pactar tales exclusiones. En consecuencia, de demostrarse la falta de habilitación de la IPS, la póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización.

**3. TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO POR FALTA DE NOTIFICACIÓN DE LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO – APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 1060 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.**

Al margen de que claramente en las condiciones del contrato de seguro las partes convinieron pactar determinadas exclusiones que de configurarse eximirían de la obligación indemnizatoria a la aseguradora, debe considerarse el despacho que desde se tomó el seguro Póliza De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548, se declaró tanto la EPS COMPENSAR como sus instituciones adscritas contaban con la habilitación para prestar el servicio, que para el caso objeto de este proceso es la IPS GRUPO CISNE SAS y de esta manera procedió a asegurar la responsabilidad civil médica, de tal manera que tuvo en cuenta el riesgo declarado para expedir la correspondiente póliza de seguro amparando un riesgo estándar. De manera que, ante una variación en el riesgo asegurado, tal como la posible ausencia de habilitación para prestar el servicio de psiquiatría, internación mental u hospitalización en alguna de sus instalaciones o prestadoras del servicio, necesariamente dicha circunstancia debió ponerse en consideración de la compañía aseguradora, porque de no hacerlo como en efecto acontece en este caso, el contrato se termina por ministerio de la ley. Entonces, el despacho deberá dar aplicación al artículo 1060 del código de comercio, en el evento en que se encuentre probada la ausencia de habilitación para la prestación de tales servicios por parte de la IPS GRUPO CISNE SAS.

Al respecto, cabe resaltar que es de gran relevancia la pérdida o ausencia de habilitación para la prestación del servicio de salud, toda vez que es totalmente diferente asegurar un riesgo médico respecto de una entidad que cuenta con habilitación para prestar el servicio de salud y asegurar una entidad que no cuenta con dicha habilitación, situación que claramente agrava el riesgo asegurado por el mayor riesgo al que se ve expuesto, lo que sin duda varía sustancialmente el riesgo que en un principio la aseguradora creyó estar asegurando. Razón por la cual debió haber sido notificado a la Compañía Aseguradora sin que ello hubiese ocurrido en ningún momento, dando lugar inevitablemente a la terminación automática del contrato de seguro que dio origen a la póliza por no dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 1060 del Código de Comercio.

En cuanto a la modificación del estado del riesgo en el contrato de seguro la Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado a fin de establecer la obligación de que el tomador mantenga el riesgo asegurado, de que se comunique a la aseguradora la variación del estado del riesgo y las consecuencias frente a la falta de comunicación a la aseguradora sobre dicha variación, al respecto se dijo que:

*“b) En la hipótesis del artículo 1060, ope legis, surge para aquellos el **deber inexorable de notificar al asegurador las circunstancias imprevisibles que sobrevengan al contrato y agraven el riesgo asegurado**. Es decir, existe un deber ex lege de comunicar hechos que inciden en la estructura y dinámica del riesgo previamente amparado (...).*

*c) Al paso que **en el deber de mantener el estado del riesgo, la noticia al asegurador únicamente se impone cuando ocurren hechos o circunstancias que, además de imprevisibles y sobrevinientes, lo agravan o varían su identidad local**, en tratándose de la cláusula de garantía no interesa si ella, en estrictez, es o no sustancial respecto del riesgo –rectamente entendido este aspecto-, pues, sea lo uno o lo otro, debe cumplirse a cabalidad, o sea estricta y suficientemente, y, en adición “la norma no condiciona la configuración del incumplimiento de la garantía -ni in integrum, ni in partibus-, al incremento en la probabilidad de ocurrencia del siniestro.” (cas. civ. de 30 de septiembre de 2002; Exp.4799);*

*d) **La modificación del riesgo por agravación, obviamente cuando resulte aplicable a determinado tipo asegurativo, da lugar a que el asegurador, oportunamente***

**enterado de ello, tenga el derecho a revocar el contrato o a exigir el reajuste de la prima** (inciso 3°, art. 1060 C. de Co.)(...)

e)**La falta de notificación tempestiva de las circunstancias que agravan el riesgo, ministerio legis, provoca la terminación del contrato de seguro** y, si hubo mala fe, da derecho al asegurador a retener la prima no devengada (inc. 4, art. 1060, ib.); pero si se trata de violación de una cláusula de garantía, la terminación únicamente tiene lugar cuando ella se refiera a un hecho posterior a la celebración del contrato, y por el sólo hecho de la infracción, sin parar mientes en la buena o mala fe con que hubiere obrado el asegurado, en la medida que su examen y procedencia es objetiva.<sup>24</sup>

En el mismo sentido en sentencia SC5327-2018, la Corte Suprema de Justicia reiteró que ante la falta de comunicación de la agravación del riesgo, *ope legis* opera la terminación del contrato, veamos:

*“De otra parte, cuando se trata de agravación del estado del riesgo, ocurrida en vigencia del amparo, la legislación mercantil contempla una solución similar a la de la etapa precontractual, dado que en esta fase liminar, una vez conocidas las circunstancias determinantes del estado del riesgo, el asegurador puede negarse a contratar, o puede hacerlo pero en condiciones más onerosas para el tomador (art. 1058 C. de Co.), mientras que si ello tiene lugar en el desarrollo futuro del pacto, puede revocar el contrato o exigir el reajuste en el valor de la prima, siempre que sea notificado de la agravación (art. 1060 del C. de Co).*

*En ese sentido, el tratadista J. Efrén Ossa expone en su obra Teoría General del Seguro, El Contrato, que «en defecto de cuestionario, su importancia debe medirse según la relación que ostenten con los que hayan sido objeto de la ‘declaración espontánea’. Lo que palpita en la ley es el ánimo de ofrecer el consentimiento del asegurador, durante la vida del contrato, la misma protección que en el momento de celebrarlo».*

*En otras palabras, si el tomador oculta información en la fase inicial, esa situación se zanja por la senda de la nulidad relativa, como se anticipó, **pero si se presenta en***

<sup>24</sup> Corte Suprema de Justicia-Sala De Casacion Civil. Magistrado Ponente: Carlos Ignacio Jaramillo. 28 de febrero de 2007, Expediente 68001 31 03 001 2000 00133 01

**un momento posterior, ya no es la invalidez la que gobierna la situación, sino la terminación del contrato, como lo consagra el canon 1060 del C. de Co., cuando establece: «MANTENIMIENTO DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS. [...] La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. Pero sólo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho al asegurador a retener la prima no devengada».**

*En suma, si el tomador omite información relevante al momento de negociar un contrato de seguro, finalmente consolidado, se está en el escenario de la reticencia, que conduce a la invalidez relativa del convenio. Por su parte, **si el asegurado se reserva información respecto de circunstancias de agravación del riesgo, presentadas luego de la entrada en vigencia del seguro se está en causal de terminación del vínculo.**<sup>25</sup>(subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Así como el artículo 1060 del Código de Comercio hace referencia a la carga de información del tomador del seguro previo a la celebración de un contrato, de igual forma, la normatividad regula taxativamente las cargas de información adicionales que el tomador, el asegurado, o el beneficiario según sea el caso, deben cumplir con posterioridad a la suscripción del contrato de seguro, y aún después de la ocurrencia del siniestro. Ahora bien, la carga de informar sobre la agravación del estado del riesgo, según lo prevé el artículo 1060 del Código de Comercio, opera en el presente asunto, so pena de terminar automáticamente el contrato de seguro<sup>26</sup>.

En ese sentido, el Código de Comercio señala expresamente que cuando se presenten circunstancias que alteren el estado del riesgo, se debe notificar oportunamente al asegurador, so pena de que su omisión en la notificación produzca la terminación del contrato de seguro.

De lo visto anteriormente, en el evento de probarse que, GRUPO CISNE SAS no contaba con habilitación para ausencia de habilitación para prestar el servicio de psiquiatría, internación mental u hospitalización en alguna de sus instalaciones o prestadoras del servicio, por lo que el asegurado no

<sup>25</sup> Corte Suprema de Justicia-Sala De Casacion Civil. Magistrado Ponente: Luis Alonso Rico Buena. Sentencia del 13 de diciembre de 2018, SC5327-2018 Radicación No. 68001-31-03-004-2008-00193-01

<sup>26</sup> <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/derpri/article/view/596/562>

cumplió con su obligación de mantener el estado del riesgo, es decir, conservar la habilitación para funcionar y prestar el servicio de salud en dicha área de la medicina incluida la hospitalización, entonces, para la fecha en que se demuestre que tuvo lugar la pérdida de habilitación de la IPS GRUPO CISNE SAS, el contrato de seguro habría finalizado por expresa disposición legal derivada de la falta de notificación de la agravación del riesgo. Por lo expuesto, es claro que, al haberse terminado la Póliza De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548 y no prestaba cobertura, por ende, no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada.

En conclusión, en el evento de demostrarse que GRUPO CISNE SAS perdió la habilitación para prestar el servicio de psiquiatría, internación mental u hospitalización en alguna de sus instalaciones o prestadoras del servicio siendo esta falta de habilitación un riesgo distinto a lo declarado en la Póliza De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548, se debe determinar que dicha variación en el riesgo asegurado no fue comunicada a la aseguradora y, al no hacerlo, el contrato se termina ante la falta de notificación oportuna de la agravación del riesgo lo que produce la terminación del contrato, en los términos del artículo 1060 del código de comercio. El despacho no podrá establecer obligación alguna en cabeza de la aseguradora.

Por lo anteriormente expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

#### **4. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS NO. AA198548**

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. Por ello de demostrarse alguna otra exclusión pactada mi mandante no está obligada a indemnizar. 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”<sup>27</sup>*

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

*“Este principio de la universalidad que informa al seguro de transporte, entre otros más, justifica las precisas diferencias que, en lo pertinente, existen con las demás clases de seguros. **Así, por vía de ejemplo, en lo tocante con la delimitación del riesgo,** mientras el artículo 1056 del Código de Comercio permite que el asegurador, a su arbitrio, asuma “todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”, el art. 1120 ib. preceptúa que el seguro de transporte “comprende todos los riesgos inherentes al transporte, salvo el deterioro por el simple transcurso del tiempo y los riesgos expresamente excluidos” (Se subraya), **luego, en este último negocio asegurativo, el asegurador es responsable cuando la pérdida sea ocasionada por uno de los “riesgos inherentes al transporte”, salvo que el riesgo se encuentre expresa e inequívocamente excluido por las partes.**”<sup>28</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

*“Las exclusiones de tipo convencional deben entenderse, como es apenas obvio, como aquellas pactadas por las partes o, cuando menos, **en las que existe consentimiento**”*

<sup>27</sup> Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, Edificio 94<sup>a</sup>, ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020. +57 3173795688

<sup>28</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 31 de enero de 2007. Rad. 2000-5492-0114. Pp. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo. +57 315 577 6200 - 602-6594075

**respecto de las indicadas en el clausulado preestablecido, en los denominados acuerdos de adhesión y que, siendo origen del siniestro o consecuencia del mismo, no comprometen la responsabilidad del asegurador.**

*Esas cláusulas son válidas, inicialmente, en tanto se sustentan en el principio de la libre autonomía de las partes, cuyos límites son el orden público y las buenas costumbres; de ahí que el artículo 1056 consagre la posibilidad del asegurador de, «a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado»<sup>29</sup> (Negrilla y resaltado por fuera del texto original).*

De igual forma, la jurisprudencia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

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

*Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato asegurativo. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes,*

<sup>29</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 13 de diciembre de 2019. Rad. 2008-00195-01 MP. Luis Alonso Rico Puerta.

*la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...) (Subrayado y negrilla por fuera del texto original)<sup>30</sup>*

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. De forma que, en el caso de la ocurrencia de riesgos excluidos, no nace a la vida jurídica la obligación indemnizatoria del asegurador, y en ese orden de ideas, no hay lugar a que su responsabilidad se vea comprometida.

En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548 en sus Condiciones Generales señala una serie de exclusiones, las cuales enuncio a continuación, porque de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohijada:

**“2. EXCLUSIONES**

**ESTA PÓLIZA NO CUBRE LAS LESIONES CORPORALES O DAÑOS MATERIALES NI NINGUN OTRO PERJUICIO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE LOS SIGUIENTES HECHOS O CIRCUNSTANCIAS:**

- 1. DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA U ODONTOLÓGICA, CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA.**
- 2. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTEN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTEN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.**
- 3. RECLAMACIONES DERIVADAS DE APLICACION DE TECNICAS NOVEDOSAS O EXPERIMENTALES O NO CONFORMES AL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CIENCIA MÉDICA**

<sup>30</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00.

4. *POR LA PRESTACION DE SERVICIOS O ATENCION POR PERSONAS QUE NO TIENEN UNA RELACION CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO; SALVO QUE SE PACTE EXPRESAMENTE.*
5. *POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJ O LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NÁRCOTICAS.*
6. *POR CIRUGÍA PLASTICA O ESTÉTICA, SALVO QUE SE T RATE DE INTERVENCIONES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.*
7. *POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A INTERRUMPIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACIÓN.*
8. *POR TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISIÓN DE DICTÁMENES PERICIALES, VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO O LA TERAPIA A UN PACIENTE.*
9. *RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS.*
10. *RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA O CON VIRUS TIPO VIH, HEPATITIS C.*
11. *DAÑOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDAD ES PROFESIONALES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RAYOS O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS*

EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION Y CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.

12. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS ENTRE EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y EL PACIENTE.
13. EN EL CASO DE ODONTOLOGOS Y ORTODONCISTAS DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA NO FUE APLICADA POR UN ESPECIALISTA, EN UNA CLINICA/ HOSPITAL ACREDITADOS PARA ESTE FIN.
14. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y ACCIONES SIMILARES DONDE NO SE DECLARE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTIA DE LA INDEMNIZACION.
15. POR DROGAS O MÉDICAMENTOS, QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
16. POR LA UTILIZACION DE EQUIPOS, APARATOS Y MATERIALES DE MEDICINA NUCLEAR, RAYOS X, SCANNER, RADIACION POR ISOTOPOS, RADIOGRAFIAS O RADIOTERAPIAS, SALVO PACTO EXPRESO EN CONTRARIO, DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL LITERAL D, DE LA CLAUSULA 3 "DEFINICION DE AMPAROS".
17. TODO TIPO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, DAÑOS, LESIONES, PÉRDIDA O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, ASÍ COMO EL LUCRO CESANTE DERIVADOS DE EVENTOS ORIGINADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL NO-RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE CUALQUIER FECHA REAL DE CALENDARIO, ESPECIALMENTE LA DEL CAMBIO DE MILENIO, TAL COMO SE DEFINE EN LA CLÁUSULA 20 DE ESTA PÓLIZA.

18. *POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXCEDENTE DE LA LEGAL, COMO DAÑOS DERIVADOS DE ACUERDOS O COMPROMISOS DEL ASEGURADO EN VIRTUD DE LOS CUALES SE HUBIERE COMPROMETIDO A UN RESULTADO, EFECTO O EXITO QUE EXCEDE SU OBLIGACION LEGAL.*
19. *POR LA INEFICACIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCION QUIRURGICA.*
20. *POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÉN VINCULADOS O ADSCRITOS AL TOMADOR/ASEGURADO A L MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO O LA TERAPIA.*
21. *PERDIDAS FINANCIERAS PURAS*
22. *TODA RESPONSABILIDAD CUBIERTA BAJO LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DIRECTORES Y ADMINISTRADORES”.*

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

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

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

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

El artículo 1079 del Código de Comercio, reza lo siguiente en torno a la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

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

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

*(...) Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla*

que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización”<sup>31</sup> (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la porción de riesgo asumido. Así las cosas, el límite de la responsabilidad de la Aseguradora corresponde a la suma asegurada individual por evento y vigencia anual indicado en la carátula de la Póliza AA198548 con el certificado **AB114444**, para la vigencia del 2023 al 2024 así:

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO				
DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$2,000,000,000.00	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Predios Labores y Operaciones.	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	6,800,000.00 Pesos	\$ .00

  

<p>LIMITE ASEGURADO: COP 1.000.000.000 POR EVENTO Y COP 2.000.000.000 VIGENCIA ANUAL</p> <p>DEDUCIBLES: GASTOS DE DEFENSA: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO COP 6.800.000. APLICA PARA TODA Y CADA PÉRDIDA</p> <p>DEMÁS COBERTURAS: 12.5% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO COP95.700.000 TODAS Y CADA PERDIDA, PERO PARA RECLAMOS MAYORES A COP95.700.000 Y MENORES A COP239.200.000 COMPENSAR PAGARA EL 50% Y EL REASEGURADOR EL OTRO 50%. PARA RECLAMOS MAYORES A COP239.200.000 APLICARÁ EL DEDUCIBLE ORIGINAL (12.5% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO COP95.700.000 TODAS) APLICABLE:</p>
--

En ese sentido se debe tener en cuenta que el límite asegurado es de \$1.000.000.000 por evento y de \$ 2.000.000.000 por vigencia anual.

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

<sup>31</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. M.p. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

representada.

## 6. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR EN LO ATINENTE AL DEDUCIBLE PACTADO 12,5%, MÍNIMO \$95.700.000

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

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO				
DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$2,000,000,000.00	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Predios Labores y Operaciones.	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	6,800,000.00 Pesos	\$ .00

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

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

*En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes”<sup>32</sup>. (Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable en virtud de la aplicación de los contratos de seguro. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, corresponde al 12,5% de la pérdida, mínimo \$95.700.000

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción

## **7. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO**

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

## **8. SUJECIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO, EN LA QUE SE IDENTIFICA LA PÓLIZA No. AA198548 EL CLAUSULADO Y LOS AMPAROS**

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

<sup>32</sup> Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

Por lo tanto, en caso de que prosperen las pretensiones de responsabilidad civil de los demandantes contra mi representada, La Equidad Seguros Generales O. C., en ejercicio de la acción de reclamación directa de la víctima contra la aseguradora, tal relación deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro denominado la Póliza de Seguro RC Profesional Clínicas No. AA198548 certificado AB114444, orden 1, en la cual se encuentran contenidas las condiciones particulares de la póliza y por las condiciones generales contenidas en la Forma 30/04/2021-1501-NT-P-06-000000000001008 30/04/2021-1501-P-06-000000000001008-D001

## **9. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE COMPENSAR E.P.S. Y EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**

El artículo 1568 del Código Civil Colombiano establece: ARTICULO 1568. <DEFINICION DE OBLIGACIONES SOLIDARIAS>. En general cuando se ha contraído por muchas personas o para con muchas la obligación de una cosa divisible, cada uno de los deudores, en el primer caso, es obligado solamente a su parte o cuota en la deuda, y cada uno de los acreedores, en el segundo, sólo tiene derecho para demandar su parte o cuota en el crédito. Pero en virtud de la convención, del testamento o de la ley puede exigirse cada uno de los deudores o por cada uno de los acreedores el total de la deuda, y entonces la obligación es solidaria o in solidum. La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que no la establece la ley..

Teniendo en cuenta lo anterior, al analizar el caso concreto resulta claro que ni en una convención, ni en un testamento, ni en la ley, se estableció la solidaridad civil respecto de la empresa tomadora de la póliza y La Equidad Seguros Generales O.C., figura que tampoco se pactó dentro del contrato de seguro celebrado por estas. Por lo tanto, a este Organismo Cooperativo que represento no le es aplicable ningún tipo de solidaridad.

Por lo anterior, en caso de una eventual sentencia en contra de los intereses de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., solicito al despacho lo dispuesto en el artículo 1079 del Código de Comercio, que establece “*El asegurador no estará dispuesto a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1044*”.

Solicito al Señor Juez, declarar probada esta excepción.

YVJD

## 10. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante tener en cuenta que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

*“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*

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

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

*Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Se destaca entonces el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria. Pues en tanto la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no se efectúa esa distinción. Sobre este particular, y en especial, para establecer la diferencia entre los dos tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

*“(…) En este orden de ideas, resulta claro que el legislador colombiano del año 1971, siguiendo un criterio ciertamente diferente al establecido por la legislación civil nacional y buena parte de la comparada –en general-, prohijó para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (...)*

*La primera, según se acotó en líneas anteriores, de estirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el vengero prescriptivo.*

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la **ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...))**, al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”<sup>11</sup> (Subrayado fuera del texto original)*

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que en caso de acreditarse en el transcurso del proceso que la demanda se interpuso en un tiempo mayor a los dos (2) años contados a partir de la ocurrencia del hecho que da base a la acción, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

## **11. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS**

Se pone de presente al despacho que, de llegarse a reconocer las sumas reclamadas a título de indemnización por parte del extremo actor, se desconocería el carácter indemnizatorio del contrato de seguro en tanto 1) no está probado que la muerte tipo suicidio de la paciente sea consecuencia del actuar de nuestro asegurado y 2) los valores pedidos en la demanda desconocen claramente los baremos establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

Ahora bien, con relación al carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguros este es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio

de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que, la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

*“(...) Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato (...)”.*<sup>33</sup>

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

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

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

<sup>33</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 22 de julio de 1999. Expediente 5065.

probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad a cargo de la parte pasiva y eventualmente enriqueciendo al accionante.

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

En otras palabras, si se reconocieran los daños pretendidos se transgrediría el principio indemnizatorio del seguro toda vez que se estaría enriqueciendo al extremo actor en lugar de repararlo.

Teniendo en cuenta que la parte demandante no acreditó, a través de elementos probatorios útiles, necesarios y pertinentes la existencia de los perjuicios extrapatrimoniales y patrimoniales pretendidos, solicito al Honorable Despacho no reconocer su pago, toda vez que se vulneraría el carácter indemnizatorio del contrato de seguro.

## **12. GENÉRICA O INNOMINADA**

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

### **CAPITULO III** **MEDIOS DE PRUEBA**

## I. PRUEBAS DE LA LLAMADA EN GARANTÍA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

### 1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la Póliza de Seguro RC Profesional Clínicas No. AA196442 en todas sus renovaciones modificación y anulaciones a las que tuvo lugar.
- 1.2. Copia de la Póliza de Seguro RC Profesional Clínicas No. AA198548 en todas sus renovaciones modificación y anulaciones a las que tuvo lugar.
- 1.3. Condicionado general aplicable.
- 1.4. Derecho de petición y su constancia de radicación dirigido a PARQUES Y FUNERARIAS S.A.S.- grupo RECORDAR

### 2. INTERROGATORIO DE PARTE.

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **CESAR ALEXANDER CARDOZO CUERVO**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El demandante podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
- 2.2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a **SONIA JOHANNA LEAL**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El demandante podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
- 2.3. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de la demandada **CENTRO DE INVESTIGACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO S.A.S. SIGLA GRUPO CISNE S.A.S**, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y

de derecho expuestos en este litigio. El representante legal podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en el libelo de contestación.

- 2.4. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de la demandada **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en el libelo de contestación.

### 3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del representante legal de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza No. AA196442 en todas sus renovaciones modificación y anulaciones a las que tuvo lugar y la Póliza de Seguro RC Profesional Clínicas No. AA198548.

### 4. PRUEBAS TESTIMONIALES

- 4.1. Solicito se sirva citar a la Doctora **DAISY CAROLINA LÓPEZ ROMERO**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de derecho y de la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, sus exclusiones, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., de los Contratos de Seguro objetos del presente litigio. La Doctora podrá ser citada en la dirección electrónica [lopezromerodc@hotmail.com](mailto:lopezromerodc@hotmail.com)

- 4.2. Respetuosamente solicito decretar el testimonio de los siguientes médicos como testigos

YVJD

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201  
Edificio 94ª  
+57 3173795688  
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212  
Centro Empresarial Chipichape  
+57 315 577 6200 - 602-6594075

presenciales y técnicos de los hechos, toda vez que conforme a las historias clínicas participaron en la atención a la paciente. La citación de cada testigo se realiza para que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, y en especial sobre todas las intervenciones y atenciones prodigadas a la paciente. Estos testigos podrán citarse en la Calle 173A No. 65-85 de Bogotá y al correo electrónico [info@grupocisne.org](mailto:info@grupocisne.org) o a través del apoderado de la parte demandada. Las declaraciones a recepcionar son:

- i. NICOLÁS ALFONSO PARRA VALERO, quien se encontraba de turno el 3 de septiembre de 2024 y atendió a la paciente.
- ii. LEIDYS JUDITH ESCOBAR VARILLA quien se encontraba de turno el 3 de septiembre de 2024 y atendió a la paciente.
- iii. ANA MARIA LOPEZ GUEVARA quien se encontraba de turno el 3 de septiembre de 2024 y atendió a la paciente.
- iv. RICARDO YAMIN, quien atendió a la paciente en varias oportunidades.

Estos testimonios solicitados son útiles y pertinentes, por cuanto es necesario observar desde un punto de vista clínico el actuar diligente por parte de las demandadas para con la paciente.

## 5. EXHIBICIÓN

5.1. Se ordene a **PARQUES Y FUNERARIAS S.A.S.- grupo RECORDAR**, exhibir en la oportunidad procesal correspondiente, por encontrarse en su poder para que aporte:

- a) certificación en la que conste toda la información relacionada con la contratación de los servicios exequiales, en la cual se indique fecha de contratación del servicio, tomador, beneficiarios, costo total, pagos mensuales y estado del crédito o contrato BG010S000001361866 suscrito por CESAR ALEXANDER CARDOZO CUERVO para KAREN JULIANA CARDOZO LEAL.

Esta información se encuentra en su poder por ser la entidad presuntamente contratada para los servicios exequiales de la joven KAREN JULIANA CARDOZO LEAL. Siendo necesario conocer esta información en atención dilucidar si posiblemente este servicio fue tomado con anterioridad y no con ocasión del fallecimiento de la joven o de ser el caso no han sido

tomados.

Su dirección electrónica: [contacto.cliente@gruporecordar.com.co](mailto:contacto.cliente@gruporecordar.com.co);  
[notificacionesjudiciales@gruporecordar.com.co](mailto:notificacionesjudiciales@gruporecordar.com.co)

## 6. OFICIOS

6.1 . Se oficie a **PARQUES Y FUNERARIAS S.A.S.- grupo RECORDAR**, para que en la oportunidad procesal correspondiente, por encontrarse en su poder para que aporte:

- a) certificación en la que conste toda la información relacionada con la contratación de los servicios exequiales, en la cual se indique fecha de contratación del servicio, tomador, beneficiarios, costo total, pagos mensuales y estado del crédito o contrato BG010S000001361866 suscrito por CESAR ALEXANDER CARDOZO CUERVO para KAREN JULIANA CARDOZO LEAL.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que se remitió Derecho de Petición en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 y 173 del Código General del Proceso, con el objetivo de obtener la información, empero, esta puede no ser obtenida.

Esta información se encuentra en su poder por ser la entidad presuntamente contratada para los servicios exequiales de la joven KAREN JULIANA CARDOZO LEAL. Siendo necesario conocer esta información en atención dilucidar si posiblemente este servicio fue tomado con anterioridad y no con ocasión del fallecimiento de la joven o de ser el caso no han sido tomados.

Su dirección electrónica: [contacto.cliente@gruporecordar.com.co](mailto:contacto.cliente@gruporecordar.com.co);  
[notificacionesjudiciales@gruporecordar.com.co](mailto:notificacionesjudiciales@gruporecordar.com.co)

## II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDANTE

### 1. CONTRADICCIÓN DICTAMEN PERICIAL

Solicito comedidamente que el doctor NELSON HAMID HERMIDA GUTIÉRREZ comparezca a la

YVJD

audiencia. Lo anterior, a efectos de ejercer de manera adecuada los derechos de defensa de mi representada y en ese sentido, efectuar la correspondiente contradicción del Dictamen en los términos del artículo 228 del Código General del Proceso.

## 2. RATIFICACIÓN DOCUMENTAL

El artículo 262 del Código General del Proceso faculta a las partes dentro de un proceso para que, si a bien lo tienen, soliciten la ratificación de los documentos provenientes de terceros aportados por la parte contraria. Vale la pena resaltar que esta disposición establece una clara consecuencia jurídica ante el evento en que una parte solicite la ratificación del documento y ello no se lleve a cabo:

*“(...) Artículo 262. Documentos declarativos emanados de terceros. Los documentos privados de contenido declarativo emanados de terceros se apreciarán por el juez sin necesidad de ratificar su contenido, salvo que la parte contraria solicite su ratificación (...).”*

Entonces, cabe resaltar que Juez sólo podrá apreciar probatoriamente los documentos cuya ratificación se solicita si efectivamente ésta se hace, como lo consagra el citado artículo. En virtud, solicito al Despacho que no se les conceda valor alguno demostrativo a los documentos provenientes de terceros aportados por la parte demandante mientras esta no solicite y obtenga su ratificación. Por lo anterior, solicito al Honorable Despacho la ratificación de documento privado provenientes de tercero que se haya aportado con la demanda. Es decir, del siguiente:

19. Estado de Cuenta expedida por PARQUES Y FUNERARIAS S.A.S NIT 860015300-0 que corresponde a la cuota del contrato BG010S000001361866 suscrito por CESAR ALEXANDER CARDOZO CUERVO padre de KAREN JULIANA. Se solicita la citación de la persona que suscribe el documento para que en audiencia pueda surtirse la contradicción como lo prevé el art 222 del CGP

## ANEXOS

1. Pruebas relacionadas en el acápite de pruebas.

2. Certificado de existencia y representación legal de La Equidad Seguros Generales O.C. expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá
3. Certificado de existencia y representación legal de G Herrera Asociados Abogados. expedido por la Cámara de Comercio de Cali.

### **NOTIFICACIONES**

La parte actora y los demandados en el lugar indicado en sus respectivos libelos.

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

Al suscrito en la Cra 11A # 94A - 23 Of 201 o en la dirección electrónica: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Del Señor Juez, respetuosamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.