

Señores:

JUZGADO CATORCE (14°) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

ccto14bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL
RADICADO: 110013103014-**2022-00344**-00
DEMANDANTES: MARTHA PATRICIA PEÑALOZA ARIAS Y OTROS
DEMANDADOS: SANITAS EPS Y OTROS
LLAMADO EN GARANTIA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

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

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del C. S. de la J., actuando en calidad de representante legal de la sociedad **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**, identificada con Nit. 900701533-7, quien obra como apoderada general de **LA EQUIDAD SEGUROS ORGANISMO COOPERATIVO**, sociedad cooperativa de seguros, identificada con NIT 860.028.415-5 domiciliada en la ciudad de Bogotá, tal y como se acredita con los certificados de existencia y representación que se anexan, en donde figura inscrito el poder general conferido a través de escritura pública No. 2779 otorgada el 2 de diciembre de 2021 en la Notaría Décima del Círculo de Bogotá D.C., tal y como se acredita con los certificados de existencia y representación que se anexan. Comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por **MARTHA PATRICIA PEÑALOZA ARIAS Y OTROS**, y, en segundo lugar, procederé a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por **SANITAS EPS S.A.S** en contra de mi prohiljada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones contenidas en la demanda y del llamamiento en garantía, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPITULO I.

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS.

HECHO 1: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Pese a lo anterior, desde ya debe advertirse que, para el caso en concreto, el accionar del personal médico fue adecuado y diligente desde el momento en que el paciente Santiago Ramírez Calderón, tuvo su ingreso en cada una de las instituciones prestadoras de salud, se le brindaron las atenciones correspondientes en debida forma y de manera pronta, asegurando en cada paso una atención de alta calidad, diligente y oportuna. La historia clínica de la atención médica prestada acredita que, al paciente Santiago Ramírez Calderón se le prestaron servicios en salud en Clínica Avidanti Ibagué por la especialidad de cirugía vascular y angiología, a través de los doctores Pablo Mielnik Juschenko y Álvaro Delgado Beltrán. Además, se le realizaron exámenes diagnósticos especializados de cirugía vascular que estaban indicados en su caso: eco doppler arterial de miembros inferiores y aortografía abdominal con arteriografía periférica de ambos miembros inferiores. Se menester indicar que, el paciente ingresó remitido de la Clínica Asotrauma a la Clínica Avidanti Ibagué con diagnósticos de síndrome mental orgánico multifactorial agudizado y sospecha de sepsis de origen pulmonar vs peritoneal, además de todas sus comorbilidades de base con pobre pronóstico vital y sin capacidad funcional (postración en cama y dependencia para su ABC primario), evolución y consecuencias de su enfermedad base como lo es la diabetes. Por lo anterior, es errado indicar que el desenlace fatal que acabo con la vida del Señor Santiago Ramírez, este relacionado con el actuar de las instituciones prestadoras de salud, hoy demandas.

HECHO 2: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 3: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de

circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

No obstante, del análisis del material probatorio aportado se desprende que la atención brindada al paciente y a su núcleo familiar fue plenamente respetuosa y adecuada, tal como se viene indicando en los anteriores pronunciamientos.

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

No obstante, del análisis del material probatorio aportado se desprende que la atención brindada al paciente y a su núcleo familiar fue plenamente respetuosa y adecuada, tal como se viene indicando en los anteriores pronunciamientos.

HECHO 5: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

No obstante, del análisis del material probatorio aportado se desprende que la atención brindada al paciente y a su núcleo familiar fue plenamente respetuosa y adecuada, tal como se viene indicando en los anteriores pronunciamientos.

HECHO 6: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de

circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, tal como lo manifiesta EPS Sanitas, si fue notificada de una acción de tutela interpuesta por la Sra. Martha Peñaloza, no obste esta acción se encaminó a la entrega de un dispositivo médico -sistema de monitoreo continuo free style- y proveer el tratamiento integral. Pero, no es cierto que las ordenes inmersas en el fallo de tutela se hubieren desconocido. EPS SANITAS S.A.S. dio cumplimiento a todas las órdenes dadas por el Juez de conocimiento. Tanto que, si bien se allega una solicitud de desacato, este no prosperó.

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

Se debe indicar que, No es cierto que el señor Santiago Ramírez Calderón estuviera internado en la Clínica Asotrauma desde el 27 de junio de 2019 al 02 de julio de 2019. De acuerdo a las autorizaciones expedidas por EPS Sanitas, el historial clínico allegado al proceso se tiene que el afiliado ingresó a la CLINICA AVIDANTI el 28 de junio de 2019. Es decir, el señor Santiago Ramírez Calderón sólo estuvo un día en la CLÍNICA ASOTRAUMA, el cual estuvo cubierto por EPS Sanitas. El traslado del paciente, en virtud del proceso de referencia y contra-referencia, se debió a la necesidad de que el mismo fuese atendido en una IPS donde se le garantizara la atención que requería. De la misma forma, se debe indicar que, No es cierto que la CLINICA AVIDANTI no contara para la fecha de los hechos, e incluso hoy, con el talento humano necesario para prestar los servicios de salud requeridos por el señor Santiago Ramírez Calderón

HECHO 8: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo

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

Pese a lo anterior, no es cierto que el que señor Santiago Ramírez Calderón ingresara a la Clínica Avidanti el 2 de julio de 2019. El señor Santiago Ramírez Calderón ingresó a Clínica Avidanti el 28 de junio de 2019, es decir que para el 2 de julio de 2019 cursaba por el 5 día de atención hospitalaria efectiva. En la misma forma, también es cierto que el Señor estuvo en ingresado en la Clínica Avidanti hasta el 10 de julio de 2019. Desde este punto, también es necesario indicar que, de acuerdo al material probatorio allegado, se tiene que era un paciente con varias comorbilidades y complicaciones desde el mismo momento de su ingreso.

HECHO 9: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Tal como lo indica la EPS Sanitas S.A.S. no es cierto que EPS SANITAS S.A.S. hubiere soportado el traslado del paciente a la CLÍNICA AVIDANTI en un único servicio. Como lo indica la EPS, el traslado, previo proceso de referencia y contrareferencia, se debió a la necesidad de que el paciente fuese atendido en una IPS donde se le garantizara el servicio interdisciplinario que requería. Además, de acuerdo con el historial clínico allegado como prueba, se puede establecer que la necesidad de valoración por parte de la especialidad de cirugía vascular se determinó en la CLÍNICA AVIDANTI, que fue adelanta en dicha IPS y que ingresó a ésta se dio, no con indicación para valoración por cirugía vascular, sino por presentar i) Síndrome mental orgánico agudizado - Encefalopatía multifactorial ii) Sepsis a esclarecer.

De la misma forma se debe considerar lo argumentado por EPS Sanitas S.A.S, en cuanto es falso que CLINICA AVIDANTI no contara para la fecha de los hechos con el servicio de cirugía vascular. Dicha IPS tiene habilitado el servicio desde 17 de noviembre de 2016. Esto de acuerdo la información tomada de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud REPS.

PRESTADORES	SERIES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCCIONES
NE-NI Cédula ciudadanía-CC: NI 800185449 - 10 Cédula extranjería-CE: Naturaleza Jurídica: Privada					
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR:					
Departamento: Tolima Municipio: IBAQUE					
Código de Prestador: 7300100909 - 01					
Nombre del Prestador: AVIDANTI SAS					
Clase de Prestador: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS Empresa Social del Estado NO					
Dirección: CALLE 103 Nro. 20-80 SUR FRACCIÓN APARCO					
Teléfono(s): 2739880-318209628					
Fax:					
Correo Electrónico: notificaciones@avidanti.com					
Razón Social: AVIDANTI SAS					
Representante Legal: MABEL ROCIO RODRIGUEZ RUEDA					
Nivel Atención Prestador: Carácter Territorial:					
Fecha de Inscripción: 20061117 Fecha de Vencimiento: 20230831					

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Tolima	IBAGUE	7300100909	01	CLINICA AVIDANTI IBAQUE	107 -CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	DHSS0114250
Tolima	IBAGUE	7300100909	01	CLINICA AVIDANTI IBAQUE	110 -CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	DHSS0114251
Tolima	IBAGUE	7300100909	01	CLINICA AVIDANTI IBAQUE	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	DHSS0114252
Tolima	IBAGUE	7300100909	01	CLINICA AVIDANTI IBAQUE	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	DHSS0114253
Tolima	IBAGUE	7300100909	01	CLINICA AVIDANTI IBAQUE	202 -CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	DHSS0114254
Tolima	IBAGUE	7300100909	01	CLINICA AVIDANTI IBAQUE	203 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0114255
Tolima	IBAGUE	7300100909	01	CLINICA AVIDANTI IBAQUE	204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA	DHSS0114256
Tolima	IBAGUE	7300100909	01	CLINICA AVIDANTI IBAQUE	205 -CIRUGÍA MAXILOFACIAL	DHSS0114257
Tolima	IBAGUE	7300100909	01	CLINICA AVIDANTI IBAQUE	207 -CIRUGÍA ORTOPÉDICA	DHSS0114258
Tolima	IBAGUE	7300100909	01	CLINICA AVIDANTI IBAQUE	209 -CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	DHSS0114259
Tolima	IBAGUE	7300100909	01	CLINICA AVIDANTI IBAQUE	212 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0114260
Tolima	IBAGUE	7300100909	01	CLINICA AVIDANTI IBAQUE	213 -CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	DHSS0114261
Tolima	IBAGUE	7300100909	01	CLINICA AVIDANTI IBAQUE	214 -CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA	DHSS0114262

DOCUMENTO: registro de los Prestadores de Servicios de Salud REPS. Aportado en la contestación por EPS Sanitas S.A.S.

HECHO 10: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Lo que si es cierto es que, conforme indica la EPS SANITAS S.A.S., es que esta autorizó consulta ambulatoria en Clinnova Clínica De Heridas Y Ostomías S.A.S., garantizando así la correcta prestación del servicio.

HECHO 11: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de

circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Pese a lo anterior, del material probatorio allegado como prueba se observa que no existió ningún tipo de falla en el servicio médico brindando al paciente.

HECHO 12: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Ahora bien, tal como lo expone EPS SANITAS S.A.S., no es cierto que, Sanitas hubiese soportado el traslado del paciente a la CLÍNICA AVIDANTI en un único servicio y bajo algún tipo de constreñimiento. Como ya indicé, el traslado, previo proceso de referencia y contrareferencia, se debió a la necesidad de que el paciente fuese atendido en una IPS donde se le garantizara el servicio interdisciplinario que requería. Además, de acuerdo al historial clínico allegado como prueba, se puede establecer que la necesidad de valoración por parte de la especialidad de cirugía vascular se determinó en la CLÍNICA AVIDANTI, que fue adelantada en dicha IPS y que ingresó a ésta se dio, no con indicación para valoración por cirugía vascular, sino por presentar i) Síndrome mental orgánico agudizado - Encefalopatía multifactorial ii) Sepsis a esclarecer

HECHO 13: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Ahora bien, tal como lo indica EPS SanITAS S.A.S., es cierto, el paciente Señor Santiago Ramírez fue atendido en EPS Sanitas Centro Medico Ibagué el 16 de julio de 2019, por la especialidad de ortopedia.

En la historia clínica no se evidencia que se diera una “consulta excepcional”. El profesional de atención indicó paciente diabético con exposición ósea, hipoperfusión de tejidos blandos y alto riesgo de desarrollar complicaciones infecciosas, por lo tanto se remite al servicio de urgencias para valoración médica especializada por Cirugía Vascular para definir la posibilidad de amputación

ATENCIONES DEL PACIENTE
16/07/2019 17:48:35. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO IBAGUE, IBAGUE Datos del profesional de la salud: Javier Eduardo Sarmiento Borja. Reg. Médico. 80232483. Ortopedia y Traumatología.
Contrarreferencia. Admisión No. 32295725. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3546993-1-1. Edad del paciente: 66 años. Estado Civil: Otros. Ocupación: Otros. Responsable: SANTIAGO RAMIREZ CALDERON - Paciente Telefono: 3157950505.
MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL Información suministrada por: Paciente, SANTIAGO RAMIREZ CALDERON. Teléfono: 3006154862. Motivo de consulta: VALORACION DE LOS PIES. Enfermedad Actual: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS, CARMIOPATIA INSUFICIENCIA RENAL CON DIALISIS, QUIEN ESTUVO HOSPITALIZADO SALIENDO EL 13/07/2019, REFIERE DUELANTE HOSPITALIZACION REALIZARON DESBRIDAMIENTO DE PIES, ASISTE A CONSULTA POR QUE PRESENTA EXPOSICION OSEA.

DOCUMENTO: registro de los Prestadores de Servicios de Salud REPS. Aportado en la contestación por EPS Sanitas S.A.S.

HECHO 14: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Se debe tener en cuanto lo manifestado por EPS Sanitas S.A.S, en cuanto:

- no es cierto que EPS SANITAS S.A.S. hubiera expedido una “autorización especial”.
- Es cierto que EPS SANITAS S.A.S. autorizó, como lo ha hecho con el paciente desde el año 2017, atención en la IPS referencia.

HECHO 15: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo

anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Las intervenciones quirúrgicas y su programación corresponden a actos médicos cuya responsabilidad recae exclusivamente en las entidades prestadoras. LA EQUIDAD no intervino ni tuvo conocimiento previo ni posterior del procedimiento.

HECHO 16: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 17: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 18: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 19: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 20: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 21: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 22: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 23: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 24: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de

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

HECHO 25: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 26: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 27: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 28: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 29: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.,

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

HECHO 30: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 31: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 32: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Debe tenerse en cuenta lo expuesto por EPS Sanitas S.A.S., en cuanto a que, de acuerdo al material probatorio, el paciente estuvo ingresado en la IPS Hospital universitario Nacional desde el 03/09/2019 hasta el 12/09/2019.

HECHO 33: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para

ello.

HECHO 34: No es un hecho, en virtud de que no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar, pues simplemente plantea una apreciación subjetiva frente a lo que para el apoderado de la parte demandante constituye una patología lo cual no se soporta en ninguna prueba médica que lo respalde. De hecho, lo que en efecto se corrobora es que, las instituciones médicas actuaron conforme a la sintomatología que padecía el paciente, prestando así el servicio de forma adecuada ajustándose a los protocolos de la lex artis para para procurar el bienestar del paciente.

HECHO 35: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 36: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 37: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 38: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo

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

HECHO 39: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 40: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 42: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 43: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 44: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de

circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 45: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 46: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 47: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 48: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 49: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 50: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 51: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

HECHO 52: No es un hecho, en virtud de que no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar, pues simplemente plantea una apreciación subjetiva frente a lo que para el apoderado de la parte demandante constituye una patología lo cual no se soporta en ninguna prueba médica que lo respalde. De hecho, lo que en efecto se corrobora es que, las instituciones médicas actuaron conforme a la sintomatología que padecía el paciente, prestando así el servicio de forma adecuada ajustándose a los protocolos de la lex artis para para procurar el bienestar del paciente.

HECHO 53: Es cierto, tal como consta en la documentación aportada al proceso.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES.

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

FRENTE A LA PRETENSIÓN No. “1”. ME OPONGO, puesto que no se configuran los elementos esenciales para establecer responsabilidad civil en el caso de Santiago Ramírez Calderón. Ni E.P.S. Sanitas S.A.S , Avidanti S.A.S., Clínica Medicadiz S.A.S. y la Corporación Salud UN incurrieron en una conducta culposa o dolosa que haya causado el daño alegado. Se siguieron protocolos médicos adecuados, se agotaron tratamientos conservadores antes de optar por la cirugía y se garantizó el acceso oportuno a servicios médicos. El paciente tenía antecedentes de su condición antes del procedimiento y el desafortunado resultado corresponde a las circunstancias de su enfermedad. No hay pruebas que acrediten una falla médica o que el daño alegado tenga relación directa con la cirugía de fecha 19 de julio de 2019, ni a los posteriores procedimientos realizados por los hoy demandados. Además, la responsabilidad solidaria de EPS Sanitas S.A.S no es aplicable, ya que esta entidad solo garantizó el acceso a los servicios médicos sin intervenir en la atención directa prestada por Avidanti S.A.S., Clínica Medicadiz S.A.S. y la Corporación Salud UN. En consecuencia, no hay fundamentos para declarar responsabilidad ni otorgar una indemnización.

FRENTE A LA PRETENSIÓN No. “2” ME OPONGO, puesto que no se configuran los elementos esenciales para establecer responsabilidad civil en el caso de Santiago Ramírez Calderón. Ni E.P.S. Sanitas S.A.S, Avidanti S.A.S., Clínica Medicadiz S.A.S. y la Corporación Salud UN incurrieron en una conducta culposa o dolosa que haya causado el daño alegado. Se siguieron protocolos médicos adecuados, se agotaron tratamientos conservadores antes de optar por la cirugía y se garantizó el acceso oportuno a servicios médicos. El paciente tenía antecedentes de su condición antes del procedimiento y el desafortunado resultado corresponde a las circunstancias de su enfermedad. No hay pruebas que acrediten una falla médica o que el daño alegado tenga relación directa con la cirugía de fecha 19 de julio de 2019, ni a los posteriores procedimientos realizados por los hoy demandados. Además, la responsabilidad solidaria de EPS Sanitas S.A.S no es aplicable, ya que esta entidad solo garantizó el acceso a los servicios médicos sin intervenir en la atención directa prestada por Avidanti S.A.S., Clínica Medicadiz S.A.S. y la Corporación Salud UN. En consecuencia, no hay fundamentos para declarar

responsabilidad ni otorgar una indemnización.

De igual forma, resulta claro que la estimación a la declaratoria de pago por daño moral por el dolor, la angustia y el daño psicológico causados, hecha por el extremo actor no fue razonada, sino que se basó en rubros caprichosos. En virtud de lo expuesto, resulta claro que el extremo actor desconoció los mandatos legales y jurisprudenciales, dado que su estimación no obedece a un ejercicio razonado sino meramente especulativo

FRENTE A LA PRETENSIÓN No. “3”. Me opongo, Puesto que al extremo pasivo no le asiste responsabilidad alguna por las circunstancias que llevaron al fallecimiento del señor Santiago Ramírez Calderón. no se configuran los elementos esenciales para establecer responsabilidad civil en el caso de Santiago Ramírez Calderón. Ni E.P.S. Sanitas S.A.S, Avidanti S.A.S., Clínica Medicadiz S.A.S. y la Corporación Salud UN incurrieron en una conducta culposa o dolosa que haya causado el daño alegado. Se siguieron protocolos médicos adecuados, se agotaron tratamientos conservadores antes de optar por la cirugía y se garantizó el acceso oportuno a servicios médicos. El paciente tenía antecedentes de su condición antes del procedimiento y el desafortunado resultado corresponde a las circunstancias de su enfermedad. No hay pruebas que acrediten una falla médica o que el daño alegado tenga relación directa con la cirugía de fecha 19 de julio de 2019, ni a los posteriores procedimientos realizados por los hoy demandados. Además, la responsabilidad solidaria de EPS Sanitas S.A.S no es aplicable, ya que esta entidad solo garantizó el acceso a los servicios médicos sin intervenir en la atención directa prestada por Avidanti S.A.S., Clínica Medicadiz S.A.S. y la Corporación Salud UN. En consecuencia, no hay fundamentos para declarar responsabilidad y por atender a lo solicitado por la parte accionante.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4. Me opongo. puesto que no se configuran los elementos esenciales para establecer responsabilidad civil en el caso de Santiago Ramírez Calderón. Ni E.P.S. Sanitas S.A.S, Avidanti S.A.S., Clínica Medicadiz S.A.S. y la Corporación Salud UN incurrieron en una conducta culposa o dolosa que haya causado el daño alegado. Se siguieron protocolos médicos adecuados, se agotaron tratamientos conservadores antes de optar por la cirugía y se garantizó el acceso oportuno a servicios médicos. El paciente tenía antecedentes de su condición antes del procedimiento y el desafortunado resultado corresponde a las circunstancias de su enfermedad. No hay pruebas que acrediten una falla médica o que el daño alegado tenga relación directa con la cirugía de fecha 19 de julio de 2019, ni a los posteriores procedimientos realizados por los hoy demandados. Además, la responsabilidad solidaria de EPS Sanitas S.A.S no es aplicable, ya que esta entidad solo garantizó el acceso a los servicios médicos

sin intervenir en la atención directa prestada por Avidanti S.A.S., Clínica Medicadiz S.A.S. y la Corporación Salud UN. En consecuencia, no hay fundamentos para declarar responsabilidad ni otorgar una indemnización.

De igual forma, resulta claro que la estimación hecha por el extremo actor sobre el daño moral por el dolor, la angustia y el daño psicológico causado, no fue razonada, sino que se basó en rubros caprichosos. En virtud de lo expuesto, resulta claro que el extremo actor desconoció los mandatos legales y jurisprudenciales, dado que su estimación no obedece a un ejercicio razonado sino meramente especulativo.

FRENTE A LA PRETENSIÓN No. “5”. Me opongo, esta pretensión guarda relación con la pretensión No. 3, realizada por el demandante. Por sustracción de materia me opongo en los mismos términos antes mencionados. Me opongo, Puesto que al extremo pasivo no le asiste responsabilidad alguna por las circunstancias que llevaron al fallecimiento del señor Santiago Ramírez Calderón. no se configuran los elementos esenciales para establecer responsabilidad civil en el caso de Santiago Ramírez Calderón. Ni E.P.S. Sanitas S.A.S , Avidanti S.A.S., Clínica Medicadiz S.A.S. y la Corporación Salud UN incurrieron en una conducta culposa o dolosa que haya causado el daño alegado. Se siguieron protocolos médicos adecuados, se agotaron tratamientos conservadores antes de optar por la cirugía y se garantizó el acceso oportuno a servicios médicos. El paciente tenía antecedentes de su condición antes del procedimiento y el desafortunado resultado corresponde a las circunstancias de su enfermedad. No hay pruebas que acrediten una falla médica o que el daño alegado tenga relación directa con la cirugía de fecha 19 de julio de 2019, ni a los posteriores procedimientos realizados por los hoy demandados. Además, la responsabilidad solidaria de EPS Sanitas S.A.S no es aplicable, ya que esta entidad solo garantizó el acceso a los servicios médicos sin intervenir en la atención directa prestada por Avidanti S.A.S., Clínica Medicadiz S.A.S. y la Corporación Salud UN. En consecuencia, no hay fundamentos para declarar responsabilidad y por atender a lo solicitado por la parte accionante.

FRENTE A LA PRETENSIÓN No. “6”. Me opongo a la condena en costas y gastos del proceso, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo. En su lugar, solicito condena en costas y agencias en derecho para la parte demandante.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Objeto el juramento estimatorio presentado por la parte demandante con fundamento en el artículo 206 del Código General del Proceso, el cual establece expresamente que dicho mecanismo no aplica para la cuantificación de perjuicios extrapatrimoniales, como lo son los perjuicios morales. En este caso, la única categoría de daño que se reclama en la demanda corresponde precisamente a perjuicios morales; no obstante, la parte demandante incurre en un error al tratar de presentarlos como si se tratara de perjuicios patrimoniales (Específicamente daño emergente y lucro cesante), lo cual genera confusión y constituye una indebida utilización del juramento estimatorio. En consecuencia, se formula una oposición clara y general frente a las pretensiones del demandante en lo relacionado con la cuantificación de los perjuicios, por resultar improcedente este medio para estimar el tipo de daño alegado.

El único perjuicio pretendido, como lo es el perjuicio moral tasado en la suma de \$300.000.000. Distribuido \$100.000.000 entre la madre, la señora Patricia Ramírez; \$100.000.000 para el hijo Santiago Ramírez y \$100.000.000 para el hijo Mateo Ramírez. Lo anterior, resulta a todas luces exorbitante ya que no se encuentra debidamente acreditada la existencia de una obligación indemnizatoria, toda vez que la suma solicitada por la parte demandante a título de daño moral implicaría, en caso de ser reconocida, un enriquecimiento sin causa en su favor. Ello obedece a que no se ha demostrado que el demandado haya ocasionado perjuicio moral alguno a la parte actora, por lo que no habría fundamento para imponerle el pago de una indemnización por un daño que no generó. En consecuencia, solo en el evento excepcional de que el despacho considere procedente el reconocimiento de esta categoría de perjuicio, será competencia del juez establecer su cuantía, con base en el acervo probatorio obrante en el expediente y dentro de los parámetros fijados por la Corte Suprema de Justicia.

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, el daño por el cual está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probado 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.¹ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

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

En síntesis, se objeta la estimación del daño moral, como quiera que la tasación de los perjuicios reclamados se hizo con base en meras especulaciones. En ese sentido, resulta claro que la estimación hecha por el extremo actor no fue razonada, sino que se basó en rubros caprichosos. En virtud de lo expuesto, resulta claro que el extremo actor desconoció los mandatos legales y jurisprudenciales, dado que su estimación no obedece a un ejercicio razonado sino meramente especulativo. Aunado a ello, de forma errada realizó juramento estimatorio sobre perjuicios extrapatrimoniales, los cuales el artículo 206 del CGP, establece textualmente se excluyen estos a la hora de presentar el juramento estimatorio, por lo que esta defensa se opone a sus pretensiones y estimaciones, entre ellas, las relacionadas con el daño moral. Por lo anterior, objeto enfáticamente el juramento estimatorio presentado por el extremo actor.

IV. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

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

Coadyuvo las excepciones propuestas la entidad EPS Sanitas S.A.S., sólo en cuanto las mismas no perjudiquen los intereses de mi representada y bajo ese mismo tenor, formulo las siguientes:

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

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

2. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE E.P.S. SANITAS S.A., COMO CONSECUENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES QUE LE CORRESPONDEN COMO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD.

Lo primero que deberá tener en consideración el Despacho, es que en este caso no se puede declarar la responsabilidad de la entidad EPS Sanitas S.A.S. debido a que cumplió con todas las obligaciones que le conciernen como entidad promotora de salud. Lo anterior, como quiera que en el plenario del proceso obran pruebas documentales suficientes de las cuales se permite concluir que todas las autorizaciones requeridas para la atención del señor Santiago Ramírez Calderón fueron entregadas oportunamente y sin ningún tipo de dilación o trámite administrativo adicional. Con la aclaración de que EPS Sanitas S.A.S. en su calidad de entidad promotora de salud no tiene la obligación de prestar directamente el servicio médico, tratamientos o asistencia, sino que únicamente se limita a garantizar la prestación del servicio de salud.

En el plenario del proceso obran pruebas documentales suficientes que permiten concluir que todas las autorizaciones requeridas para la atención del señor Santiago Ramírez Calderón fueron entregadas de manera oportuna, sin dilaciones ni trámites administrativos innecesarios. Es importante aclarar que EPS Sanitas S.A.S., en su calidad de entidad promotora de salud, no tiene la obligación de prestar directamente los servicios médicos, tratamientos o asistencia, sino que su función es garantizar la prestación del servicio de salud a través de la red de prestadores contratados. Dicho de otra manera, la EPS no es una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), sino un intermediario entre el usuario y los prestadores de salud, cuya función consiste en la gestión de riesgos en salud y la administración eficiente de los recursos destinados a la atención médica.

Esta excepción se funda, entre otros, en el hecho de que la vinculación de EPS Sanitas S.A.S. a este proceso obedece exclusivamente al aseguramiento en salud que brinda dentro del SGSSS. En virtud de esta afiliación, el riesgo en salud se traslada a la EPS escogida por el usuario para su administración y gestión dentro del Plan de Beneficios en Salud (PBS). Dicho plan constituye las prestaciones asistenciales a las que se tiene derecho en virtud de la afiliación y que son brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) contratadas por la EPS. Por lo tanto, las IPS son las encargadas de la prestación directa de los servicios médicos, la determinación de diagnósticos, la realización de procedimientos y el suministro de tratamientos, mientras que la EPS se limita a garantizar el acceso a dichos servicios mediante la respectiva autorización.

De manera fundante, la Ley 100 de 1993 delimita claramente las funciones de las EPS, estableciendo que a estas les corresponde organizar y garantizar la prestación del PBS y girar los recursos para la atención médica de sus afiliados. El aseguramiento, en este sentido, se circunscribe a las labores administrativas de autorización de los servicios de salud requeridos por el afiliado y la contratación de la red de IPS para su prestación. En consecuencia, la responsabilidad de la EPS se agota en la verificación de la red prestadora, la autorización de servicios y la gestión de los recursos financieros destinados a la atención de los afiliados.

Por consiguiente, en el análisis de responsabilidad de las EPS debe realizarse con base en su papel de asegurador, es decir, en la diligencia para autorizar y permitir la atención médica. En este caso, EPS Sanitas S.A.S. ha cumplido con su deber, facilitando el acceso a los tratamientos y medicamentos prescritos por el personal médico de las IPS, conforme lo dispone la Ley 1122 de 2007. No se le puede trasladar la prestación directa de los servicios médicos asistenciales ni el diagnóstico o tratamiento de los pacientes, ya que dicha función le corresponde a las IPS. Esto significa que la EPS no tiene incidencia en la calidad del servicio prestado por las IPS ni en la ejecución de procedimientos médicos, razón por la cual no se le puede endilgar responsabilidad alguna por supuestas fallas en la atención médica.

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.”³

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

“En lo que respecta al componente subjetivo de la responsabilidad (exigible en los casos de responsabilidad por culpabilidad), no basta que la acción generadora del daño se atribuya al artífice como obra suya (imputatio facti), sino que hace falta entrar a valorar si esa conducta es meritoria o demeritoria de conformidad con lo

³ Sentencia SC13925 del 24 de agosto de 2016, M.P. Ariel Salazar Ramírez.

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 jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha establecido que, para imputar responsabilidad a un agente, es necesario que el hecho desencadenante del daño haya ocurrido bajo su esfera de control y que haya incumplido un deber jurídico de actuación. En este caso, la demandada no tenía tal deber de actuación respecto de la prestación directa del servicio de salud, sino solo la obligación de garantizar su acceso, la cual ha sido cumplida a cabalidad. En ese sentido, la responsabilidad de la EPS solo podría configurarse en caso de haberse demostrado una omisión en la autorización de los servicios de salud requeridos, lo cual no ha ocurrido en el presente caso, dado que la EPS otorgó oportunamente todas las autorizaciones necesarias para la atención de la demandante.

Considerando lo anterior, EPS Sanitas S.A.S. únicamente podría ser responsable si se acreditara que no asumió, administró y gestionó los riesgos en salud del señor Santiago Ramírez Calderón, o que no realizó las labores administrativas necesarias para garantizar la prestación de los servicios requeridos. Sin embargo, las pruebas documentales demuestran que la EPS garantizó un acceso efectivo a los servicios de salud, con remisiones oportunas y autorizaciones inmediatas para el tratamiento médico requerido. La atención médica brindada al paciente fue interdisciplinaria y continua, involucrando las especialidades de medicina interna, medicina crítica y cuidado intensivo, nefrología, neurología, psicología y nutrición. El paciente recibió manejo médico integral en la institución, a cargo de las especialidades de cirugía vascular y angiología, cirugía plástica estética y reconstructiva, y la clínica de heridas, debido al estado avanzado y progresión de su patología. Cabe destacar que fue durante la hospitalización en la Clínica Avidanti de Ibagué donde se solicitó la interconsulta con las especialidades de cirugía vascular y cirugía plástica, debido a antecedentes de enfermedad arterial en miembros inferiores y la presencia de necrosis en los dedos primero y segundo del pie izquierdo, así como isquemia en el primer dedo del pie derecho. Esta valoración fue realizada por el especialista Dr. Pablo Mielnik Juschenko, quien ordenó una aortografía abdominal y una arteriografía de miembros inferiores, con el fin de obtener un diagnóstico preciso de la patología arterial y definir el tratamiento médico más adecuado.

En este sentido, no se ha incumplido ninguna de las obligaciones derivadas del contrato de afiliación al Plan de Beneficios en Salud (PBS). EPS Sanitas S.A.S. ha cumplido con su rol, garantizando en todo momento la disponibilidad de los recursos técnicos, científicos y humanos necesarios para procurar la

adecuada atención y recuperación de la paciente.

En conclusión, debe manifestarse entonces que EPS Sanitas S.A.S. actuó de manera diligente y cuidadosa en el transcurso de afiliación del señor Santiago Ramírez Calderón por cuanto se cumplieron todas las funciones que estaban a su cargo para garantizar la salud del afiliado, sin imponer el más mínimo obstáculo para que efectivamente se le prestaran los servicios de salud correspondientes y finalmente, se le brindaron todos los medios para una debida, diligente y oportuna atención, apegada siempre a los más altos estándares de diligencia y cuidado médico.

3. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN Y TRATAMIENTO DILIGENTE, ADECUADO Y CARENTE DE CULPA REALIZADO POR PARTE DE AVIDANTI S.A.S., CLINICA MEDICADIZ S.A.S. Y LA CORPORACIÓN SALUD UN

En el caso que nos atañe no existe falla médica que se le pueda imputar al Centro de Atención Avidanti S.A.S., Clínica Medicadiz S.A.S. y la Corporación Salud UN, ni a ninguno de los integrantes del extremo pasivo de esta litis, toda vez que el actuar de los profesionales de la salud adscritos a estas entidades fue diligente, idóneo y adecuado en la prestación del servicio del paciente Santiago Ramírez Calderón, conforme a los principios de la lex artis. Dado que el choque séptico por gangrena gaseosa originada por la amputación de dos dedos del pie izquierdo, siendo la diabetes su enfermedad de base, no obedece a una mala praxis en el procedimiento del 19 de julio de 2019, sino a las consecuencias y evolución natural de su enfermedad.

En términos generales, la responsabilidad médica es una institución jurídica que le permite al paciente y/o a sus familiares reclamar el resarcimiento de perjuicios causados como consecuencia de un acto médico, culposo o doloso, producido por parte de una entidad prestadora de servicios de salud. Para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, resulta necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa o dolo y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico. No obstante, se debe tener en cuenta que, en el régimen de responsabilidad, se le permite al presunto causante del daño enervar dicha pretensión que busca la declaratoria de responsabilidad, mediante la acreditación de un actuar diligente y cuidadoso durante los procedimientos suministrados a los pacientes. Es decir, si la entidad prestadora de servicios de salud logra probar en el curso de un proceso judicial que su actuar fue diligente, enervará la responsabilidad que el demandante busca declarar en contra suya.

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

*“La comunicación de que **la obligación médica es de medio y no de resultado**, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacérsele saber cuál es la responsabilidad médica⁴.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

*“Si **bien las intervenciones médicas son de medio y no de resultado**, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio, implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida⁵.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

*“(…) **El médico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo**; de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación (….)”⁶*

Ahora bien, resumiendo la jurisprudencia anteriormente expuesta, no queda duda que para el más alto tribunal constitucional y para el más importante juzgador de la Jurisdicción Civil, existe un criterio unánime

⁴ Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, MP. Alejandro Martínez Caballero.

⁵ Corte Constitucional. Sentencia del 05 de abril de 2001. Expediente T-398862. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016. Radicado No. 2001-00339. M.P. Margarita Cabello Blanco.

que explica que la regla general es que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. Teniendo en cuenta lo anterior, resulta pertinente ilustrar cómo las más altas cortes de Colombia han explicado que una declaratoria de responsabilidad médica puede ser enervada a partir de la prueba de la debida diligencia del demandado. De este modo, la Corte Suprema de Justicia ha sido clara al establecer:

*De esa manera, si el galeno fija un objetivo específico, cual ocurre con intervenciones estéticas, esto es, en un cuerpo sano, sin desconocer su grado de aleatoriedad, así sea mínimo o exiguo, se entiende que todo lo tiene bajo su control y por ello cumplirá pagando la prestación prometida. **Pero si el compromiso se reduce a entregar su sapiencia profesional y científica, dirigida a curar o a aminorar las dolencias del paciente, basta para el efecto la diligencia y cuidado, pues al fin de cuentas, el resultado se encuentra supeditado a factores externos** que, como tales, escapan a su dominio, verbi gratia, la etiología y gravedad de la enfermedad, la evolución de la misma o las condiciones propias del afectado, entre otros.”⁷ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En el mismo pronunciamiento indicó:

“El criterio de normalidad está ínsito en la lex artis, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida. En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico.”⁸

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

“La responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del

⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación. Sentencia del 24 de mayo de 2017. Radicado 110-2017 M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

⁸ Ibidem.

*servicio –se reitera– **se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS** o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; **o la debida diligencia y cuidado** de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia”⁹ .*
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

Por lo anterior, Las más altas cortes de Colombia han establecido que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. En este sentido, si se demuestra que el prestador del servicio actuó con la debida diligencia, no puede atribuírsele responsabilidad alguna. En el presente caso, las entidades demandadas han probado que su actuar fue diligente, oportuno y ajustado a la lex artis en la prestación del servicio de salud a la paciente, lo que enerva cualquier pretensión de responsabilidad en su contra. La responsabilidad médica es una institución jurídica que permite a los pacientes reclamar el resarcimiento de perjuicios causados por un acto médico culposo o doloso. Para que se configure dicha responsabilidad, es necesario probar la existencia de una falla en la atención, un daño antijurídico y un nexo causal entre ambos. No obstante, la carga de la prueba recae sobre la parte demandante, y en este caso, no se ha logrado demostrar la existencia de error alguno por parte del personal médico.

⁹ Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia del 30 de septiembre de 2016, Mp. Ariel Salazar Ramírez, Radicado 05001-31-03-003-2005-00174-01

SMF

Conforme a lo precitado, en el presente caso se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por la parte activa para configurar responsabilidad de las Instituciones médicas. Puesto que la obligación en la prestación del servicio de salud es de medios, en virtud de la norma precitada. Aunado a ello, la parte demandante debe demostrar la configuración de los tres elementos sine qua non para determinar la responsabilidad, esto es (i) La falla, (ii) El daño antijurídico y (iii) El nexo de causalidad entre la primera y la segunda.

Para el caso en concreto, el accionar del personal médico fue adecuado y diligente desde el momento en que el paciente Santiago Ramírez Calderón, desde su ingreso, se le brindaron las atenciones correspondientes en debida forma y de manera pronta, asegurando en cada paso una atención de alta calidad, diligente y oportuna. Tal y como se muestra a continuación:

- **Respecto de la atención en la CLINICA AVIDANTI.**

La historia clínica de la atención médica prestada acredita que, al paciente Santiago Ramírez Calderón se le prestaron servicios en salud en Clínica Avidanti Ibagué por la especialidad de cirugía vascular y angiología, a través de los doctores Pablo Mielnik Juschenko y Álvaro Delgado Beltrán. Además, se le realizaron exámenes diagnósticos especializados de cirugía vascular que estaban indicados en su caso: eco doppler arterial de miembros inferiores y aortografía abdominal con arteriografía periférica de ambos miembros inferiores. Nótese que el paciente ingresó remitido de la Clínica Asotrauma a la Clínica Avidanti Ibagué con diagnósticos de síndrome mental orgánico multifactorial agudizado y sospecha de sepsis de origen pulmonar vs peritoneal, además de todas sus comorbilidades de base con pobre pronóstico vital y sin capacidad funcional (postración en cama y dependencia para su ABC primario).

Evolución Medicina Especializada. Ubicación: CAI-Hospitalización 4 Piso Profesional: PABLO MIELNIK JUSCHENKO (Cirugía Vascular). Fecha: 05-jul.-2019 14:46

Objetivo:

NECROSIS DE LOS DEDOS 1 R° Y 2° DEDOS DEL PE IZQUIERDO E ISQUEMIA DEL 1° DEDO DEL PIE DERECHO.

Signos vitales

Últimos Signos Vitales

Valor Mín. Valor Máx. Valor Unidades Clasificación Frecuencia Cardíaca 45.090.085.0 V x Min Frecuencia Respiratoria 15.030.020.0 V x Min P.A. Sistólica 50.0180.0157.0 mmHg P.A. Diastólica 30.090.090.0 mmHg Saturación de Oxígeno 90.0100.095.0 % Temperatura 36.037.237.0 °C PAM 0.00.0112.3 mmHg

Diagnóstico

Código	Diagnóstico	Tipo de diagnóstico	Principal
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	Confirmado Repetido	
E112	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES	Impresión Diagnóstica	
E115	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFÉRICAS	Impresión Diagnóstica	X
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Confirmado Repetido	
I255	CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA	Confirmado Repetido	
I775	NECROSIS ARTERIAL	Impresión Diagnóstica	

Análisis médico

PACIENTE MASCULINO DE 66 AÑOS DE EDAD, ACTUALMENTE PRESENTA NECROSIS DE LOS DEDOS 1 R° Y 2° DEDOS DEL PE IZQUIERDO E ISQUEMIA DEL 1° DEDO DEL PIE DERECHO. CON ANTECEDENTES DE INGRESO EL 28/06/2019 CONSULTÓ EL DÍA DE PREVIO R A CLÍNICA ASOTRAUMA DADO QUE ENCONTRARON HIPOTENSO EN TOMA DE TENSION ARTERIAL POR ENFERMERO EN CASA 24 HORAS, Y CON SOMNOLENCIA. NO REFIERE FIEBRE, NO REFIERE DOLOR ABDOMINAL, NI TOS. EN CLINICA ASOTRAUMA INGRESA CON ANOTACIÓN DE NEUMONÍA, LA FAMILIAR EN EL MOMENTO COMENTA QUE LE HABÍAN DICHO QUE CURSABA CON UNA PERITONITIS ASOCIADA A CADP. EL PACIENTE NO HA REFERIDO NI DOLOR ABDOMINAL NI FIEBRE. NI TOS REMITEN POR TRAMITES ADMINISTRATIVOS. Antecedentes que No refiere: Hospitalarios, Farmacológicos, Alérgicos, Familiares, Hábitos, Otros Antecedentes Patológicos Diagnóstico Año desde Hasta Alerta Observaciones HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA DIABETES MELLITUS TIPO 2 PIE DIABETICO WAGNER III IZQUIERDO. EXAMEN FISICO: PIEL: NECROSIS DE LOS DEDOS 1 R° Y 2° DEDOS DEL PE IZQUIERDO E ISQUEMIA DEL 1° DEDO DEL PIE DERECHO. CARDIOPULMONAR: RscRs Y Rs NO SOPLOS. MV PRESENTE Y SIMETRICO NO ADVENTICIOS. ABDOMEN: HERNIA UMBILICAL CON PERDIDA DEL DOMICILIO. CICATRIZ MEDIO INFRAUMBILICAL. CATETER DE DIALISIS PERITONEAL. MIEMBROS: PULSOS HUMERALE Y RADIALES 3/4. BILATERALES. MIEMBROS INFERIORES: FEMORALES: 3/4 BILATERALES Y 2/4 POPLITEOS BILATERALES. PEDIOS Y TIBIALES POSTERIORES AUSENTES BILATERALES. DIAGNOSTICOS. 1. SÍNDROME MENTAL ORGÁNICO AGUDIZADO 1.1 ENCEFALOPATÍA MULTIFACTORIAL 2. SEPSIS A ESCLARECER (Procalcitonina negativa) 3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA 4. DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON REGULAR CONTROL. PIE WAGNER III IZQUIERDO. 4.1 COMPLICACIONES MICRO Y MACROVASCULARES 5. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V EN TRR DIALISIS PERITONEAL 6. PIE DIABETICO BILATERAL 7. ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA OBSTRUCTIVA SIN EFECTO HEMODINÁMICO 8. CARDIOMIOPATIA ISQUÉMICA FEVI 68% ECO TT ABRIL 2019 + ENF CORONARIA MULTIVASO REVASCULARIZADA PC CON 5 STENT PERMEABLES (CTT ENERO 2019) 9. POSTRACIÓN EN CAMA 10. DESNUTRICION PROTEICO - CALORICA SEVERA 11. DISFUNCION VENTRICULAR. EN VISTA DE LAS LESIONES

Plan de tratamiento

AORTOGRAFIA Y ARTERIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES. CONTINUAR TRATAMIENTO POR MEDICINA INTERNA Y CIRUGIA PLASTICA. CONTROL POR HEMODINAMIA.

DOCUMENTO: Historia clínica de fecha 05 de julio, Clínica Avidanti Ibagué.

Por otra parte, es importante señalar que el señor Santiago Ramírez Calderón fue valorado por la especialidad de cirugía plástica y reconstructiva debido al diagnóstico de pie diabético. Como resultado de dicha interconsulta, se determinó la necesidad de realizar un procedimiento quirúrgico que incluía: colgajo libre compuesto con técnica microvascular, secuestrectomía, drenaje, desbridamiento de artejo o falange del pie izquierdo, colgajo libre cutáneo con técnica microvascular y desbridamiento escisional menor al 10% de la superficie corporal. Cabe aclarar que, si bien su familia había dado consentimiento para la realización del procedimiento, el señor Santiago Ramírez Calderón, en pleno uso de su derecho a la autodeterminación, decidió rechazar la intervención quirúrgica en el momento previo a su ejecución, ya estando en la sala de cirugía.

DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICOS UBICACIÓN: CAI-SALA DE CIRUGÍA I. INGRESO 93871. FECHA EVENTO: 6/07/2019 12:37:00 p.m.

Sala de cirugía CAI-Sala de Cirugía I Prioridad Urgente
Consentimiento Informado
Inicio de cirugía 06-jul.-2019 11:30 Fin de cirugía 06-jul.-2019 12:32

Tipo de anestesia: Local

PRE-Operatorio

Código	Diagnóstico
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO
E112	DIABETES MELLITUS NOINSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES
E115	DIABETES MELLITUS NOINSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS
F058	OTROS DELIRIOS
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
I255	CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA
I775	NECROSIS ARTERIAL

Equipo Quirúrgico	Cargo	Especialidad
LEONEL FRANCISCO	Cirujano	Cirugía Plástica Estética, Maxilofacial Y La Mano
GUTIERREZ CAROLINA	Instrumentador/a	Instrumentador Quirúrgico
MENDOZA GERMAN	Medico Ayudante	Medicina General

Procedimiento	Tipo de herida	Finalidad	Lateralidad	Duración (Min.)	Cirujano principal	Tipo acto Qx
COLGAJO LIBRE COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR(867106) - PRINCIPAL	Limpia-Contaminada	Terapeutico	Izquierdo	62	LEONEL FRANCISCO	Multiple diferente via igual especialidad
SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ARTEJO O DE FALANGE DE PIE (CADA UNO) (770901)	Limpia-Contaminada	Terapeutico	Izquierdo	62	LEONEL FRANCISCO	Multiple diferente via igual especialidad
COLGAJO LIBRE CUTANEO CON TECNICA MICROVASCULAR(867105)	Limpia-Contaminada	Terapeutico	Izquierdo	62	LEONEL FRANCISCO	Multiple diferente via igual especialidad
DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL(862006)	Limpia-Contaminada	Terapeutico	Izquierdo	62	LEONEL FRANCISCO	Multiple diferente via igual especialidad

Descripción: PACIENTE QUIEN EN MOMENTO DE LA APLICACION DE LA ANESTESIA SE NIEGA A LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO, SE PROCEDE A REALIZAR CURACION DEJANDO OCLUSION CON NITROFURAZONA: UNGUENTO ANTIBIOTICO TOPICO Y VENAJE BULTOSO CON ALGODON LAMINADO Y ELASTICOS. SE EXPLICA A LA FAMILIA (HIJO). PLAS: CONTINUA MANEJO MEDICO CON CURACIONES.

DOCUMENTO: Historia clínica de fecha 06 de julio, Clínica Avidanti Ibagué

No fue sino hasta el 9 de julio de 2019 cuando el señor Santiago Ramírez Calderón y su familia otorgaron su consentimiento para la realización del procedimiento quirúrgico, el cual consistía en: colgajo libre compuesto con técnica microvascular, secuestrectomía, drenaje, desbridamiento de artejo o falange del pie izquierdo, colgajo libre cutáneo con técnica microvascular y desbridamiento escisional menor al 10% de la superficie corporal.

**EVOLUCIÓN MEDICINA ESPECIALIZADA UBICACIÓN: CAL-HOSPITALIZACIÓN 4 PISO. INGRESO 93871. FECHA
EVENTO: 8/07/2019 7:38:00 a.m.**

Subjetivo

SEGUIMIENTO CIRUGIA PLASTICA PACIENTE CON DIAGNOSTICOS 1. SÍNDROME MENTAL ORGÁNICO AGUDIZADO 1.1 ENCEFALOPATÍA MULTIFACTORIAL 2. SEPSIS A ESCLARECER (Procalcitonina negativa) 3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA 4. DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON REGULAR CONTROL 4.1 COMPLICACIONES MICRO Y MACROVASCULARES 5. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V EN TRR DIALISIS PERITONEAL 6. PIE DIABETICO BILATERAL 7. ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA OBSTRUCTIVA SIN EFECTO HEMODINÁMICO 8. CARDIOMIOPATÍA ISQUÉMICA FEVI 68% ECO TT ABRIL 2019 + ENF CORONARIA MULTIVASO REVASCULARIZADA PC CON 5 STENT PERMEABLES (CTT ENERO 2019) 9. POSTRACIÓN EN CAMA 10. DESNUTRICION PROTEICO - CALORICA SEVERA INTERCONSULTARON POR CAMBOS ISQUEMICOS Y NECROTICOS EN PRIMER Y SEGUNDO DEDOS DE PIE IZQUIERDO. SE PROPUSO MANEJO QUIRURGICO CON DIFERIMIENTO DE COLGAJOS Y DESBRIDAMIENTOS PERO EL PACIENTE NO ACEPTO.

Signos vitales

Últimos Signos Vitales	Valor Min.	Valor Máx.	Valor	Unidades	Clasificación
P.A.Sistolica	50	180	130	mmHg	
P.A.Diastolica	30	90	70	mmHg	
PAM	0	0	90	mmHg	
Frecuencia Cardiaca	45	90	91	V x Min	
Frecuencia Respiratoria	15	30	21	V x Min	
Temperatura	36	37.2	36.5	°C	
Saturacion de Oxigeno	90	100	92	%	

Diagnóstico

Código	Diagnóstico	Tipo de diagnóstico	Principal
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	Confirmado Repetido	
E112	DIABETES MELLITUS NOINSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES	Impresión Diagnóstica	
E115	DIABETES MELLITUS NOINSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	Impresión Diagnóstica	X
F058	OTROS DELIRIOS	Impresión Diagnóstica	
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Confirmado Repetido	
I255	CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA	Confirmado Repetido	
I775	NECROSIS ARTERIAL	Impresión Diagnóstica	

Procedimientos/Actividades Realizadas

AL DÍA DE HOY EL FAMILIAR LOGRA CONVENCER AL PACIENTE DE LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS.

DOCUMENTO: Historia clínica de fecha 06 de julio, Clínica Avidanti Ibagué

En el presente caso, no existe prueba alguna que permita atribuir responsabilidad a la Clínica Avidanti Ibagué, ni mucho menos a la EPS Sanitas, por el estado de salud del señor Santiago Ramírez Calderón. Por el contrario, la evidencia contenida en la historia clínica demuestra de manera clara y contundente que la atención brindada fue oportuna, integral y conforme con los estándares médico-científicos aplicables al caso.

Desde su ingreso a la Clínica Avidanti, el 5 de julio de 2019, el señor Ramírez Calderón fue atendido de forma inmediata y diligente por un equipo interdisciplinario, conformado por especialistas en medicina interna, cuidado crítico, nefrología, neurología, psicología, nutrición y, en lo pertinente, por cirugía vascular,

cirugía plástica y la clínica de heridas. Es importante destacar que el motivo de ingreso no fue el manejo del pie diabético, sino un cuadro clínico complejo, con diagnóstico de síndrome mental orgánico multifactorial agudizado y sospecha de sepsis de origen pulmonar o peritoneal, en un paciente con múltiples comorbilidades crónicas, sin capacidad funcional y con un pronóstico vital reservado.

En cuanto al diagnóstico de pie diabético, la institución brindó atención especializada con los servicios de cirugía vascular (Drs. Pablo Mielnik Juschenko y Álvaro Delgado Beltrán) y cirugía plástica, quienes realizaron las valoraciones pertinentes, ordenaron estudios diagnósticos avanzados, como eco Doppler arterial de miembros inferiores, aortografía abdominal y arteriografía periférica y propusieron el tratamiento quirúrgico indicado. Tal como consta en la historia clínica del 6 de julio, el paciente fue llevado a cirugía con el consentimiento de su familia; sin embargo, ejerció su derecho a la autodeterminación y se negó expresamente a que se le practicara el procedimiento estando ya en sala. Fue apenas hasta el 9 de julio de 2019 cuando él y su familia finalmente autorizaron la intervención.

- **Respecto de la atención en CLINICA MEDICADIZ S.A.S.**

La actuación de Medicadiz S.A.S. se ajustó plenamente a la lex artis, brindando la correcta atención médica conforme a las condiciones y evolución de las enfermedades del señor Santiago Ramírez Calderón. En el caso que nos ocupa no existe falla médica imputable al Centro de Atención, ni a ninguno de los integrantes del extremo pasivo de esta litis, toda vez que el actuar de los profesionales de la salud adscritos a esta entidad fue diligente, idóneo y adecuado en la prestación del servicio al paciente. El choque séptico por gangrena gaseosa, derivado de la amputación de dos dedos del pie izquierdo y en el contexto de la diabetes como enfermedad de base, no responde a mala praxis en el procedimiento realizado el 19 de julio de 2019, sino a la evolución natural de su condición clínica. Se demostrará en el transcurso del proceso que la entidad cumplió con los procedimientos establecidos y mantuvo una atención diligente.

- **Respecto de la atención en LA CORPORACIÓN SALUD UN**

La actuación de la Corporación Salud UN se ajustó plenamente a la lex artis, brindando la correcta atención médica conforme a las condiciones y evolución de las enfermedades del señor Santiago Ramírez Calderón. En el caso que nos ocupa no existe falla médica imputable al Centro de Atención, ni a ninguno de los integrantes del extremo pasivo de esta litis, toda vez que el actuar de los profesionales de la salud adscritos a esta entidad fue diligente, idóneo y adecuado en la prestación del servicio al paciente. El choque séptico

por gangrena gaseosa, derivado de la amputación de dos dedos del pie izquierdo y en el contexto de la diabetes como enfermedad de base, no responde a mala praxis en el procedimiento realizado el 19 de julio de 2019, sino a la evolución natural de su condición clínica. Se demostrará en el transcurso del proceso que la entidad cumplió con los procedimientos establecidos y mantuvo una atención diligente.

Estos hechos demuestran que la atención médica prestada fue oportuna, completa y técnicamente adecuada, y que cualquier demora en la intervención quirúrgica obedeció exclusivamente a la voluntad del paciente, no a una omisión del personal médico ni de la institución. De igual manera, debe recordarse que la EPS Sanitas S.A.S no participa directamente en la ejecución de los actos médicos, por lo que carece de legitimación para ser responsabilizada por una atención que fue prestada correctamente por la red prestadora habilitada. Por lo anterior, ni la Clínica Avidanti, ni la EPS Sanitas incurrieron en falla alguna en la prestación del servicio de salud. La conducta médica fue diligente, ajustada al deber profesional, y se vio condicionada por factores clínicos complejos y por decisiones autónomas del propio paciente.

En conclusión, Los argumentos presentados por la parte demandante carecen de sustento probatorio y se fundamentan en meras afirmaciones sin respaldo técnico o científico. La documentación clínica establece que el diagnóstico y tratamiento fueron oportunos y adecuados. La remisión a especialistas se realizó en el momento indicado y conforme a la evolución del paciente. No se ha acreditado la existencia de falla médica ni la configuración de los elementos esenciales para la declaratoria de responsabilidad. Las entidades demandadas han demostrado que su actuación fue diligente y que en todo momento se adoptaron las medidas necesarias para garantizar la atención integral de la paciente. En virtud de lo anterior, debe prosperar la excepción de inexistencia de falla médica y, en consecuencia, desestimarse cualquier pretensión indemnizatoria en contra del extremo pasivo.

4. INEXISTENTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DE LA E.P.S. SANITAS S.A.S, AVIDANTI S.A.S., CLINICA MEDICADIZ S.A.S. Y LA CORPORACIÓN SALUD UN

Se formula esta excepción con el fin de exponer la inexistencia de nexo causal entre las actuaciones de E.P.S. Sanitas S.A.S, Avidanti S.A.S., Clínica Medicadiz S.A.S. y la Corporación Salud UN, y el presunto daño sufrido por Santiago Ramírez Calderón, no se encuentra probado. En primer lugar, el procedimiento quirúrgico realizado el día 19 de julio de 2019, se llevó a cabo de manera adecuada conforme a la literatura médica y la lex artis, como tratamiento indicado. En segundo lugar, no existe relación de causalidad entre

las atenciones médicas brindadas y el daño alegado por la parte actora. Por el contrario, existe constancia de la oportuna y diligente atención médica prestada a la paciente, quedando completamente probada la diligencia en todas las actuaciones de E.P.S. Sanitas S.A.S, Avidanti S.A.S., Clínica Medicadiz S.A.S. y la Corporación Salud UN. No existe nexo de causalidad, dado que la parte demandante no logra identificar ni demostrar el evento que acusa como falla del servicio médico. Como consecuencia, no logra probar una relación directa entre las conductas del extremo pasivo y el presunto daño sufrido.

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. Doctrina autorizada y reciente confluye en aseverar que para declarar la responsabilidad es necesaria la concurrencia de tres elementos indispensables, a saber:

*“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.”¹⁰*

De acuerdo al anterior fundamento, no existe nexo causal porque la historia clínica refleja que Santiago Ramírez Calderón presentaba muchas de las afecciones antes del procedimiento quirúrgico, lo cual se encuentra ampliamente documentado en la historia clínica del paciente. Nótese que, el paciente ingresó remitido de la Clínica Asotrauma a la Clínica Avidanti con diagnósticos de síndrome mental orgánico

¹⁰ Patiño, Héctor. “Responsabilidad extracontractual y causales de exoneración. Aproximación a la jurisprudencia del Consejo de Estado colombiano”. Revista Derecho Privado N14. Universidad Externado de Colombia. 2008

multifactorial agudizado y sospecha de sepsis de origen pulmonar vs peritoneal, además de todas sus comorbilidades de base con pobre pronóstico vital y sin capacidad funcional (postración en cama y dependencia para su ABC primario).

Evolución Medicina Especializada. Ubicación: CAI-Hospitalización 4 Piso Profesional: PABLO MIELNIK JUSCHENKO (Cirugía Vascular). Fecha: 05-jul.-2019 14:46

Subjecto:

NECROSIS DE LOS DEDOS 1 R° Y 2° DEDOS DEL PE IZQUIERDO E ISQUEMIA DEL 1° DEDO DEL PIE DERECHO.

Signos vitales

Últimos Signos Vitales	
Valor Mín. Valor Máx. Valor Unidades Clasificación	Frecuencia Cardíaca 45.090.085.0 V x Min Frecuencia Respiratoria 15.030.020.0 V x Min P.A. Sistólica 50.0180.0157.0 mmHg P.A. Diastólica 30.090.090.0 mmHg Saturación de Oxígeno 90.0100.095.0 % Temperatura 36.037.237.0 °C P.A.M.O.00.0112.3 mmHg

Diagnóstico

Código	Diagnóstico	Tipo de diagnóstico	Principal
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	Confirmado Repetido	
E112	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES	Impresión Diagnóstica	
E115	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFÉRICAS	Impresión Diagnóstica	X
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Confirmado Repetido	
I255	CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA	Confirmado Repetido	
I775	NECROSIS ARTERIAL	Impresión Diagnóstica	

Análisis médico

PACIENTE MASCULINO DE 66 AÑOS DE EDAD, ACTUALMENTE PRESENTA NECROSIS DE LOS DEDOS 1 R° Y 2° DEDOS DEL PE IZQUIERDO E ISQUEMIA DEL 1° DEDO DEL PIE DERECHO. CON ANTECEDENTES DE INGRESO EL 28/06/2019 CONSULTÓ EL DÍA DE PREVIO R A CLÍNICA ASOTRAUMA DADO QUE ENCONTRARON HIPOTENSO EN TOMA DE TENSION ARTERIAL POR ENFERMERO EN CASA 24 HORAS, Y CON SOMNOLENCIA. NO REFIERE FIEBRE, NO REFIERE DOLOR ABDOMINAL, NI TOS EN CLÍNICA ASOTRAUMA INGRESA CON ANOTACIÓN DE NEUMONÍA, LA FAMILIAR EN EL MOMENTO COMENTA QUE LE HABÍAN DICHO QUE CURSABA CON UNA PERITONITIS ASOCIADA A CADP. EL PACIENTE NO HA REFERIDO NI DOLOR ABDOMINAL NI FIEBRE. NI TOS REMITEN POR TRAMITES ADMINISTRATIVOS. Antecedentes que No refiere: Hospitalarios, Farmacológicos, Alérgicos, Familiares, Hábitos, Otros Antecedentes Patológicos Diagnóstico Año desde Hasta Alerta Observaciones HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA DIABETES MELLITUS TIPO 2 PIE DIABETICO WAGNER III IZQUIERDO. EXAMEN FISICO: PIEL: NECROSIS DE LOS DEDOS 1 R° Y 2° DEDOS DEL PE IZQUIERDO E ISQUEMIA DEL 1° DEDO DEL PIE DERECHO. CARDIOPULMONAR: RscRs Y Rs NO SOPLOS. MV PRESENTE Y SIMETRICO NO ADVENTICIOS. ABDOMEN: HERNIA UMBILICAL CON PERDIDA DEL DOMICILIO. CICATRIZ MEDIO INFRAUMBILICAL. CATETER DE DIALISIS PERITONEAL. MIEMBROS: PULSOS HUMERALE Y RADIALES 3/4. BILATERALES. MIEMBROS INFERIORES: FEMORALES: 3/4 BILATERALES Y 2/4 POPLITEOS BILATERALES. PEDIOS Y TIBIALES POSTERIORES AUSENTES BILATERALES. DIAGNOSTICOS: 1. SINDROME MENTAL ORGANICO AGUDIZADO 1.1 ENCEFALOPATIA MULTIFACTORIAL 2. SEPSIS A ESCLARECER (Procalcitonina negativa) 3. HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA 4. DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON REGULAR CONTROL PIE WAGNER III IZQUIERDO. 4.1 COMPLICACIONES MICRO Y MACROVASCULARES 5. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V EN TRR DIALISIS PERITONEAL 6. PIE DIABETICO BILATERAL 7. ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA OBSTRUCTIVA SIN EFECTO HEMODINÁMICO 8. CARDIOMIOPATIA ISQUÉMICA FEVI 68% ECO TT ABRIL 2019 + ENF CORONARIA MULTIVASO REVASCULARIZADA PC CON 5 STENT PERMEABLES (CTT ENERO 2019) 9. POSTRACIÓN EN CAMA 10. DESNUTRICION PROTEICO - CALORICA SEVERA 11. DISFUNCION VENTRICULAR. EN VISTA DE LAS LESIONES

Plan de tratamiento

AORTOGRAFIA Y ARTERIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES. CONTINUAR TRATAMIENTO POR MEDICINA INTERNA Y CIRUGIA PLASTICA. CONTROL POR HEMODINAMIA.

DOCUMENTO: Historia clínica de fecha 05 de julio, Clínica Avidanti Ibagué.

Por otro lado, es claro que se prestó un servicio médico oportuno y diligente, asegurando el bienestar de la paciente mediante la aplicación de los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados. En conclusión, el daño alegado por la parte demandante no puede ser atribuido a E.P.S. Sanitas S.A.S, Avidanti S.A.S., Clínica Medicadiz S.A.S. y la Corporación Salud UN, ya que se efectuaron todos los esfuerzos necesarios para procurar el bienestar de la paciente. En ese orden de ideas, resulta claro que la causa de la no mejoría

no se generó como consecuencia a la falta de diligencia de las entidades médicas, así como tampoco del supuesto error de tratamiento, puesto que las entidades demandadas dispusieron a la paciente todas las maniobras médicas para procurar su bienestar a pesar de la enfermedad que padecía. De modo que, al no acreditarse uno de los elementos estructurales de la responsabilidad, esto es, el nexo causal entre la conducta de las entidades y el deterioro no resulta posible la declaratoria de responsabilidad. Al no acreditarse el nexo causal entre la conducta de los demandados y el presunto daño que tampoco se encuentra probado, no resulta posible la declaratoria de responsabilidad.

En conclusión, no es posible atribuir responsabilidad a E.P.S. Sanitas S.A.S., Avidanti S.A.S., Clínica Medicadiz S.A.S. ni a la Corporación Salud UN, pues no se acreditó la existencia de un nexo causal entre sus actuaciones y el presunto daño alegado por la parte demandante. La atención médica brindada fue oportuna, diligente y conforme a la lex artis, sin que se haya probado un hecho que permita calificar dicha atención como una falla en el servicio. Además, el paciente presentaba una condición clínica grave y múltiples comorbilidades desde su ingreso, factores que explican su evolución desfavorable sin que esta pueda relacionarse con una conducta reprochable de las entidades accionadas. En aplicación de la teoría de la causalidad adecuada, no puede establecerse que las actuaciones médicas hayan sido causa directa y determinante del daño alegado, por lo que, al no probarse uno de los elementos esenciales de la responsabilidad, no procede una decisión condenatoria en su contra.

5. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE REPARACIÓN DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2358 DEL CÓDIGO CIVIL EN FAVOR DE EPS SANITAS S.A.S.

En el presente caso, la acción de responsabilidad civil ejercida contra EPS Sanitas S.A.S. se encuentra prescrita, conforme al artículo 2358 del Código Civil, que establece un término de tres años contados desde la perpetración del acto dañoso. Como los hechos que fundamentan la demanda son la intervención quirúrgica, que ocurrió el 19 de julio de 2019, el término prescriptivo venció el 19 de julio de 2022. Sin embargo, la demanda fue presentada el 14 de febrero de 2023, es decir, de manera extemporánea, por lo que cualquier pretensión indemnizatoria resulta improcedente al haber operado la prescripción extintiva de la acción.

Al respecto sea lo primero indicar que el artículo 2358 del Código Civil en su inciso segundo dispone lo siguiente:

“Las acciones para la reparación del daño que puedan ejercitarse contra terceros

responsables, conforme a las disposiciones de este capítulo, prescriben en tres años contados desde la perpetración del acto”.

En este sentido, es evidente que el hecho que se reclama como dañoso no fue ejecutado directamente por la parte demandada, sino que se fundamenta en la supuesta responsabilidad por un hecho ajeno, específicamente la actuación médica realizada en la intervención quirúrgica del 19 de julio de 2019. Luego entonces, si la responsabilidad que se pretende endilgar no proviene de un hecho propio de EPS SANITAS S.A.S, sino de la actuación de sus profesionales adscritos, le resulta aplicable el término de prescripción señalado en la citada norma, el cual ya se encuentra vencido.

De la revisión del expediente se desprende que los hechos en los que se sustenta la demanda ocurrieron el 19 de julio de 2019, fecha en la que se llevó a cabo la intervención quirúrgica cuestionada. En consecuencia, conforme al artículo 2358 del Código Civil, el término de prescripción de la acción para reclamar una supuesta responsabilidad de la clínica y la EPS por hechos de terceros venció el 19 de julio de 2022. Sin embargo, la demanda fue presentada de manera extemporánea, lo que implica que cualquier pretensión indemnizatoria en contra de estas entidades ha prescrito.

En conclusión, la acción de responsabilidad civil ejercida en contra de EPS SANITAS S.A.S. se encuentra claramente prescrita, de conformidad con lo establecido en el artículo 2358 del Código Civil. La intervención quirúrgica que se alega como generadora del daño ocurrió el 19 de julio de 2019, y el término de prescripción de tres (3) años previsto por la norma venció el 19 de julio de 2022. Al haberse presentado la demanda con posterioridad a dicha fecha, el 14 de febrero de 2023, resulta extemporánea y, por tanto, no puede prosperar ninguna pretensión indemnizatoria. Esta conclusión impone la declaratoria de prescripción de la acción y, en consecuencia, la exoneración de responsabilidad de EPS SANITAS S.A.S. en el presente proceso.

6. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO Y TASACIÓN EXORBITANTE DEL PERJUICIO MORAL.

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

expuesto constituya aceptación alguna de responsabilidad, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es exorbitante.

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

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

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

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

Renglón seguido, la estimación que realizan los demandantes por concepto de daño moral asciende a \$300.000.000 lo que significa un enriquecimiento injustificado en beneficio de estos. Lo anterior, considerando que al plenario no fueron aportadas pruebas que logran comprobar la responsabilidad de las demandadas y, en consecuencia, su obligación de indemnizar a los accionantes por los perjuicios inmateriales presuntamente padecidos.

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

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

7. GENÉRICA O INNOMINADA.

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

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

CAPITULO II.

CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA FORMULADO POR EPS SANITAS S.A.S.

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA.

FRENTE AL HECHO PRIMERO. Es cierto, por cuanto así consta en los documentos del proceso de radicado 11001310301420220034400 y del cual conoce el Juzgado Catorce (14) Civil Del Circuito De Bogotá.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO. Es cierto, tal como se manifestó en el hecho anterior.

FRENTE AL HECHO TERCERO. Es cierto, por cuanto así consta en los documentos del proceso de

radicado 11001310301420220034400 y del cual conoce el Juzgado Catorce (14) Civil Del Circuito De Bogotá.

FRENTE AL HECHO CUARTO. ES CIERTO parcialmente y se aclara. Mi representada sí expidió el contrato de seguro documentado en la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705, no obstante, resulta necesario advertir desde ya que dicho contrato se concertó bajo la modalidad de cobertura denominada Claims Made, con un periodo de retroactividad pactado desde el 1 de julio de 2006. Lo anterior implica que la póliza sólo podrá afectarse cuando concurran los siguientes presupuestos: (i) que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado y (ii) que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza. Así, además, quedó expresamente consignado en la póliza:

Condiciones Modalidad de cobertura
Responsabilidad Civil profesional para instituciones medicas ¡V Beazley | Seguro de Responsabilidad Civil Medico-Sanitaria
La cobertura para la presente poliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad
1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las
reclamaciones que presenten terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta poliza,
por los danos causados en el desarrollo de las actividades amparadas en la poliza y por las cuales sean declaradas como
civilmente responsables, siempre y cuando el hecho generador del dano se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del
1 de julio de 2006.

DOCUMENTO: Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Clínicas Y Centros Médicos
No. AA195705. Vigencia 14 de septiembre de 2021 y el 22 de septiembre de 2021.

Así las cosas, debe precisarse desde ya que la única vigencia de la póliza No. AA195705 que eventualmente ofrecería cobertura dentro del presente proceso es la comprendida entre el 14 de septiembre de 2021 y el 22 de septiembre de 2021. Por lo tanto, las demás vigencias aportadas como prueba documental, NO OFRECEN COBERTURA para los hechos objeto de litigio, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados, toda vez que, si bien los hechos ocurrieron a partir del 1 de mayo de 2016, es decir, dentro del periodo de retroactividad, la primera reclamación al asegurado se hizo el 21 de septiembre de 2021 con la citación a la celebración de la audiencia de conciliación extrajudicial llevada a cabo en el Centro de Conciliación de la Procuraduría -En Materia Civil, es decir, por fuera el periodo de vigencia de las vigencias relacionadas.

Además, se debe tener en cuenta que la póliza no puede hacerse efectiva, toda vez que NO se configuran

los elementos de la responsabilidad, no existe un hecho u omisión del cual se derive la responsabilidad del asegurado razón por la cual a mi representada no le asiste ninguna obligación de pago. Así entonces, como no se reúnen los requisitos de la responsabilidad en cabeza de E.P.S. SANITAS S.A.S. y comoquiera que esta entidad fue totalmente diligente, de acuerdo con la evidencia obrante en el plenario, no se puede predicar responsabilidad en cabeza de la entidad y, consecuentemente de mi representada

FRENTE AL HECHO QUINTO. Es cierto, tal como consta en los documentos del proceso, en donde se evidencia que se realizó solicitud de conciliación, de fecha 02 de septiembre de 2021, de la misma forma se evidencia, que la audiencia se llevó a cabo el día 05 de octubre de 2025 y la citación fue realizada a EPS Sanitas S.A.S. y demás partes el día 21 de septiembre de 2021.

FRENTE AL HECHO SEXTO. Es cierto que en la Póliza RC. Profesional Clínicas AA195705, la tomadora es COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. y como asegurado EPS Sanitas S.A.S.

FRENTE AL HECHO SEPTIMO. NO es cierto, que EPS Sanitas S.A.S tenga derecho a las coberturas o amparos del contrato de seguros. Desde ya se advierte que, según las pruebas aportadas al proceso no se dejó acreditado el nexo causal, pues no se ha demostrado que existió un fallo en la prestación del servicio y que esta haya sido consecuencia de alguna conducta imputable a las demandadas, por lo que no hay lugar a resolver sobre la relación contractual de las partes, el seguro en sí mismo y su clausulado.

FRENTE AL HECHO OCTAVO. NO es cierto, que EPS Sanitas S.A.S tenga derecho a las coberturas o amparos del contrato de seguros. Desde ya se advierte que, NO se configuran los elementos de la responsabilidad, no existe un hecho u omisión del cual se derive la responsabilidad del asegurado razón por la cual a mi representada no le asiste ninguna obligación de pago. Así entonces, como no se reúnen los requisitos de la responsabilidad en cabeza de E.P.S. SANITAS S.A.S. y comoquiera que esta entidad fue totalmente diligente, de acuerdo con la evidencia obrante en el plenario, no se puede predicar responsabilidad en cabeza de la entidad y, consecuentemente de mi representada.

FRENTE AL HECHO NOVENO. Esto no es un hecho, sino la manifestación de lo estipulado en la normatividad, por lo que no es viable la realización de pronunciamiento alguno sobre lo indicado por el llamante en garantía.

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

ME OPONGO a la totalidad de las pretensiones incoadas en el llamamiento en garantía, por cuanto no se vislumbran los elementos sine qua non para predicar, como exigible, la obligación indemnizatoria y, sobre todo, condicional, de parte de La Equidad Seguros Generales O.C. en el caso concreto. Lo anterior, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 1. Si bien no me opongo a que se resuelva la relación sustancial entre EPS SANITAS S.A.S Y LA EQUIDAD SEGUROS O.C. si **ME OPONGO** a la pretensión elevada por el llamante en garantía debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto según las pruebas aportadas al proceso no se dejó acreditado el nexo causal, pues no se ha demostrado que existió un fallo en la prestación del servicio y que esta haya sido consecuencia de alguna conducta imputable a las demandadas, por lo que no hay lugar a resolver sobre la relación contractual de las partes, el seguro en sí mismo y su clausulado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 2. ME OPONGO a la pretensión elevada por el llamante en garantía debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto según las pruebas aportadas al proceso no se dejó acreditado el nexo causal, pues no se ha demostrado que existió un fallo en la prestación del servicio y que esta haya sido consecuencia de alguna conducta imputable a las demandadas, por lo que no hay lugar a resolver sobre la relación contractual de las partes, el seguro en sí mismo y su clausulado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 3. ME OPONGO a la pretensión elevada por el llamante en garantía debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto según las pruebas aportadas al proceso no se dejó acreditado el nexo causal, pues no se ha demostrado que existió un fallo en la prestación del servicio y que esta haya sido consecuencia de alguna conducta imputable a las demandadas, por lo que no hay lugar a resolver sobre la relación contractual de las partes, el seguro en sí mismo y su clausulado.

III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA.

- 1. NO SE CUMPLEN DE MANERA SIMULTÁNEA LOS PRESUPUESTOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA PACTADA EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. AA195705 Y, POR LO TANTO, LA ÚNICA VIGENCIA DE**

LA REFERIDA PÓLIZA QUE OFRECE COBERTURA ES LA COMPRENDIDA ENTRE EL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2021 Y EL 22 DE SEPTIEMBRE DE 2021.

Se propone esta excepción, a fin de poner presente al despacho que la única vigencia de La Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Clínicas Y Centros Médicos No. AA195705, que eventualmente ofrecería cobertura dentro del presente proceso es la comprendida entre el 14 de septiembre de 2021 y el 22 de septiembre de 2021. Por lo tanto, las demás vigencias relacionadas por el asegurado; no ofrecen cobertura para los hechos del litigio, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados, toda vez que, la notificación de la solicitud de conciliación realizada a EPS Santias S.A.S, es de fecha 21 de septiembre de 2021; es decir, dentro de la vigencia del 14 de septiembre de 2021 y el 22 de septiembre de 2021.

SEGURO												
R.C. PROFESIONAL CLINICAS												
PÓLIZA				FACTURA				equidad seguros				
AA195705				AA810302				NIT 860028415				
INFORMACIÓN GENERAL												
DOCUMENTO		Renovación		PRODUCTO		R.C. PROFESIONAL CLINICAS		ORDEN		1		
CERTIFICADO		AA938495		FORMA DE PAGO		Contado		TELEFONO		5922929		
AGENCIA		DELIMA MARSH		DIRECCIÓN		Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS						
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA POLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN				
16	09	2021		DESDE	DD	14	MM	09	AAAA	2021		
DD	MM	AAAA		HASTA	DD	22	MM	09	AAAA	2021		
								HORA	00:00			
								HORA	00:00			
DATOS GENERALES												
TOMADOR		COMPANIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.										
DIRECCIÓN		CALLE 100 11B-67										
										NIT/CC		860078828
										EMAIL		FACTURAELECTRONICACOLSANITAS@COLSANITAS.COM
										TEL/MOVIL		0916468060
TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN												

DOCUMENTO: Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Clínicas Y Centros Médicos No. AA195705. Vigencia 14 de septiembre de 2021 y el 22 de septiembre de 2021.

Sobre la modalidad de cobertura pactada en la póliza, en el cuerpo de la misma se indica lo siguiente:

Condiciones Modalidad de cobertura
Responsabilidad Civil profesional para instituciones medicas ¡V Beazley | Seguro de Responsabilidad Civil Medico-Sanitaria
La cobertura para la presente poliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad 1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta poliza, por los danos causados en el desarrollo de las actividades amparadas en la poliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre y cuando el hecho generador del dano se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2006.

DOCUMENTO: Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Clínicas Y Centros Médicos
No. AA195705. Vigencia 14 de septiembre de 2021 y el 22 de septiembre de 2021.

Como se observa, el contrato de seguro se concertó bajo la modalidad de cobertura denominada Claims Made, cuyo periodo de retroactividad se pactó a partir del 01 de julio de 2006, y su vigencia se pactó en el periodo comprendido entre el 14 de septiembre de 2021 y el 22 de septiembre de 2021.

Como ya es sabido, esta modalidad de contrato requiere no sólo acreditar la realización del siniestro, en los términos del artículo 1131 del Código de Comercio, sino también, el presupuesto del cual se desprende que la reclamación del mismo se efectuó durante la vigencia de la póliza. Así, puntualmente, reiteró la Corte Suprema de Justicia recientemente¹¹:

“(…) De ahí que a más de la configuración del siniestro o realización del riesgo asegurado (art. 1072 del C.Co.), que en el seguro de responsabilidad tiene una regla especial (art. 1131 id.), lo cierto es que cuando se ha pactado la forma de reclamación hecha (claims made), es menester el descubrimiento de la pérdida o el reclamo del perjudicado al asegurado o al asegurador, en el término de vigencia de la póliza que se hubiese acordado, o en el plazo posterior convenido (…).”

Más adelante especificó:

“(…) Consecuentemente, en el sistema tradicional el débito del asegurador surge con la ocurrencia de los hechos que generan la responsabilidad - siniestro-, dentro del término de vigencia de la póliza, sin atender el tiempo posterior en que se haga el reclamo, limitado tan sólo por los plazos de prescripción; a diferencia de estas variantes de claims made, en que se requiere que además del siniestro en tiempo anterior o coetáneo al espacio temporal del amparo, la reclamación se haga dentro del término específico y delimitado en el contrato, que en armonía con lo concertado, puede ser durante la vigencia de la póliza o en un periodo adicional y específico (…).” (Énfasis propio).

¹¹ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31- 03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

De todo lo anterior se concluye, sin lugar a duda, que tal modalidad de cobertura requiere la concurrencia necesaria de los presupuestos arriba indicados, esto es, la realización del siniestro en la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado y la reclamación de este en el período de vigencia.

En el caso concreto, y como ya se explicó, se tiene que la única vigencia de la Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Clínicas Y Centros Médicos No. AA195705, que eventualmente ofrecería cobertura dentro del presente proceso es la comprendida entre el Vigencia 14 de septiembre de 2021 y el 22 de septiembre de 2021. Por lo tanto, las demás vigencias relacionadas por el asegurado no ofrecen cobertura. Por cuanto el aviso de la ocurrencia de los hechos realizado a EPS Sanitas S.A.S ocurrió el día 21 de septiembre de 2021, como quiera que ese día fue notificada la EPS de audiencia de conciliación.

En conclusión, la única vigencia de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. AA195705 que podría ofrecer cobertura en el presente proceso es la comprendida entre el 14 y el 22 de septiembre de 2021, dado que es la única en la que se cumplen de forma simultánea los requisitos exigidos por la modalidad de cobertura pactada, esto es, la modalidad claims made. Esta modalidad exige no solo que el siniestro haya ocurrido dentro del período de retroactividad acordado, sino que también la reclamación se haya efectuado durante la vigencia del contrato. En este caso, la notificación de la solicitud de conciliación a EPS Sanitas S.A.S., que constituye el acto de reclamación, ocurrió el 21 de septiembre de 2021, es decir, dentro de esa única vigencia específica. Por lo tanto, cualquier otra vigencia mencionada en el proceso resulta irrelevante frente a los hechos del litigio, al no cumplir con los presupuestos que exige la cobertura contratada.

2. NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA AA195705. ART 1072 CODIGO DE COMERCIO.

Se plantea esta excepción con el fin de explicar que E.P.S. Sanitas S.A.S , Avidanti S.A.S., Clinica Medicadiz S.A.S. y la Corporación Salud UN, no han incurrido en una responsabilidad civil que genere una obligación indemnizatoria a cargo de su aseguradora. No se configuran los presupuestos fácticos ni jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de EPS Sanitas S.A.S., o de las demás entidades demandadas. De acuerdo con las pruebas obrantes en el expediente, se demuestra que no existió falla en la prestación del servicio médico y que la atención brindada a la demandante, Santiago Ramirez Calderon, se realizó conforme a la lex artis, con todos los procedimientos y controles adecuados.

Por lo tanto, al no existir un hecho dañoso imputable a los asegurados, tampoco ha nacido una obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, ya que el riesgo asegurado no se ha materializado.

La póliza AA195705 suscrita tiene como objeto garantizar la cobertura de la responsabilidad civil atribuible a EPS Sanitas S.A.S., en caso de que, conforme a la ley, deban asumir perjuicios ocasionados a terceros como consecuencia de la prestación de servicios médicos. Sin embargo, en el caso concreto, no se han configurado los elementos esenciales de la responsabilidad civil, pues i) No se ha demostrado una falla en la prestación del servicio de salud. ii) No existe nexo causal entre la atención médica recibida y el daño alegado por la demandante. iii) No se ha probado la existencia de un perjuicio real y cierto derivado de las actuaciones de las entidades demandadas.

En virtud de lo anterior, es claro que no existe obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora respecto de la póliza vigente, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en el contrato de seguro. Es decir, no se ha configurado un hecho dañoso imputable a los asegurados que genere su responsabilidad civil, lo que impide la activación de la cobertura de la póliza. Adicionalmente, la historia clínica de la demandante y los exámenes médicos practicados confirman que el procedimiento quirúrgico realizado se efectuó conforme a los estándares médicos aplicables y que la evolución posoperatoria fue adecuada.

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

“1. Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados descritos en la carátula de la póliza, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo su supervisión legal”.

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

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

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

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

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

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

de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...)". (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones bajo las cuales asumen los mismos. Así las cosas, se evidencia que la cobertura principal de la Póliza RC. Profesional Clínicas AA195705 es amparar la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones u omisiones profesionales, como se observó en el aparte precitado.

En tal sentido, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de la aseguradora, puesto que no hubo falla médica atribuible a EPS Sanitas S.A.S. Como se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, se actuó de manera oportuna y diligente frente a la atención médica requerida por la demandante. Las entidades demandadas cumplieron con los protocolos, guías, exámenes y tratamientos necesarios, realizando así una atención plenamente diligente, tal como se expuso en la excepción de mérito propuesta en la contestación de la demanda. De igual forma, EPS Sanitas S.A.S. garantizó el acceso oportuno a los servicios médicos requeridos por la demandante, autorizando los exámenes, procedimientos y tratamientos indicados por los especialistas, sin imponer barreras de acceso ni dilaciones injustificadas. Se le brindó una atención acorde con los estándares médicos y científicos, asegurando que recibiera un tratamiento adecuado y oportuno. Por lo tanto, al no estar demostrada la supuesta negligencia en la prestación del servicio de salud, no podrá en ninguna circunstancia afectarse la póliza en cuestión ni generarse una obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora. Dicho de otra manera, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado, no se cumplió con la condición suspensiva necesaria para que surgiera la obligación indemnizatoria en cabeza de la compañía aseguradora.

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 RC. Profesional Clínicas AA195705.

En conclusión, la prestación del servicio de salud que brindó la entidad asegurada a la paciente se adoptó bajo los principios de la lex artis y a la literatura médica, puesto que se brindaron los servicios y tratamientos necesarios para lograr la recuperación de la paciente. Así las cosas, y debido a que no existe responsabilidad en cabeza de la entidad hospitalaria, no ha surgido la obligación condicional del asegurador, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado. Por todo lo anterior, no demostrada la supuesta falla médica en cabeza de la EPS Sanitas S.A.S., no podrá bajo ninguna circunstancia afectarse la póliza identificada con el No. AA195705 y surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada.

Por lo anterior, respetuosamente solicito al honorable Despacho declarar probada esta excepción.

3. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA RC. PROFESIONAL CLÍNICAS AA195705.

Dentro de las condiciones particulares de la póliza de seguro de responsabilidad civil profesional suscrita entre EPS SANITAS S.A.S y la aseguradora, se establecieron los parámetros que regulan la obligación condicional y delimitan la extensión del riesgo asumido por la compañía aseguradora. En efecto, en dicho documento se refleja la voluntad de las partes al momento de celebrar el contrato, estableciendo de manera explícita las condiciones y alcances del aseguramiento.

En materia de seguros, el asegurador según el artículo 1056 del Código de Comercio podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (artículos 1056 y 1127 del 1056 Código de Comercio), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en

parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del derecho de daños. En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia definió la inexistencia de responsabilidad del asegurador cuando el riesgo se encuentra expresamente excluido, así:

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

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

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

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

del texto del texto original).

Así las cosas, según la jurisprudencia previamente expuesta, se evidencia como se exhorta a los jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los Contratos de Seguro. Razón por la cual, es necesario señalar que la Póliza RC. Profesional Clínicas AA195705, Equidad Seguros Generales O.C. en sus condiciones generales señalen una serie de exclusiones, que en caso de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse mi prohijada.

“Exclusiones_principales:

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

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

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

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

Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del “paciente”. Esta exclusión no aplica tratándose de pacientes hermafroditas.

Responsabilidad por la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento de un embarazo o de una procreación, salvo en los casos en que dicho procedimiento sea realizado en cumplimiento de un mandato legal. Se cubre la

provocación de un embarazo o de una procreación siempre y cuando se realice a través de métodos científicamente probados por las ciencias médicas y aprobadas por la ley.

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

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

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

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

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

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

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

Reclamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas a los asegurados o a su representante por el “paciente” y/u otra persona natural o jurídica a nombre del “paciente”, y con relación a la prestación de servicios y/o tratamientos a

dicho “paciente” por parte de los asegurados, excepto aquellos originados por un reclamo debidamente amparado por las condiciones generales de la póliza.

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

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

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

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

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

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

El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.

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

Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.

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

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

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

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

“Exclusion de enfermedad contagiosa y pandemia (de acuerdo al texto adjunto”.

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

de ellas, la póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización.

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

4. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGUROS – APLICACIÓN AL ARTICULO 1081 DEL CODIGO DE COMERCIO.

El Despacho debe tener en consideración que, en este caso, operó la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro, conforme a lo dispuesto en el artículo 1081 del Código de Comercio. Dicho artículo establece que las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben en dos años, contados a partir del hecho que da lugar a la acción, en este sentido, y dado que la Póliza RC. Profesional Clínicas AA195705, tiene como modalidad “claims made”, el presente caso tiene como reclamación realizada por la hoy parte accionante, ante el asegurado, el día 21 de septiembre de 2021, fecha en la cual EPS Sanitas S.A.S. conoció o debió conocer los motivos que dan lugar a la reclamación. Por lo anterior, se tiene que a la fecha han transcurrido más de 4 años desde dicho acontecimiento, por lo que se configuraría el fenómeno prescriptivo.

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)

En cuanto a la interpretación de las expresiones “hecho que da base a la acción” y “momento en que nace el derecho” la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro¹²:

En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.

La primera «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» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).

En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007¹³.

...comportan ‘una misma idea’¹⁴, esto es, que para el caso allí tratado no podían tener

¹² Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31- 03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

¹³ Exp. No. 65001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.

¹⁴ La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.

otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad¹⁵, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”.

De igual forma, Para que no quede duda del término de prescripción aplicable y el momento en que empieza su conteo es prudente referir otro pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia en donde ya se ha decantado este tópico:

“En múltiples oportunidades la Corte ha precisado que la prescripción ordinaria se caracteriza por ser de naturaleza subjetiva, sus destinatarios son todas las personas legalmente capaces, empieza a correr desde cuando el interesado conoció o debió conocer “el hecho base de la acción” y el término para su configuración es de dos años, mientras que la extraordinaria, es de carácter objetivo, corre contra toda clase de personas incluidos los incapaces, empieza a contarse desde cuando nace el correspondiente derecho y su término de estructuración es de 5 años.

(...)

En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos

¹⁵ Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte.”¹⁶

De conformidad con lo anterior no queda duda que el término prescriptivo empezará a contar desde el acaecimiento del hecho que da base a la acción, esto es, con la solicitud de conciliación presentado por la hoy parte demandante. En el caso en concreto EPS Sanitas S.A.S., indudablemente debió conocer los hechos que dan base a la acción desde el día 21 de septiembre de 2021, con notificación de la solicitud de conciliación, a la fecha han transcurrido más de 4 años, por lo que se configuraría el fenómeno de la prescripción

En conclusión, del análisis normativo y jurisprudencial expuesto se concluye que, en el presente caso, operó el fenómeno de la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro, conforme a lo dispuesto en el artículo 1081 del Código de Comercio. La póliza en cuestión, RC Profesional Clínicas AA195705, opera bajo la modalidad "claims made", lo que significa que el momento relevante para el inicio del término prescriptivo es aquel en el que el asegurado tiene conocimiento del hecho que da lugar a la reclamación. En este caso, dicho conocimiento se configura el 21 de septiembre de 2021, cuando se notifica a la EPS de la solicitud de conciliación extrajudicial, a la fecha han transcurrido más de 4 años desde dicho acontecimiento, por lo que se configura el fenómeno prescriptivo. Este vencimiento del término prescriptivo hace improcedente cualquier condena contra la aseguradora, por cuanto la acción está jurídicamente extinguida. En consecuencia, debe reconocerse la operancia de la prescripción ordinaria como causal de exoneración de responsabilidad para LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

5. SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO, EL CLAUSULADO Y LOS AMPAROS.

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

^{16 16} Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

Por lo tanto, en caso de que prosperen las pretensiones de responsabilidad civil de los demandantes contra EPS Sanitas S.A., tal relación deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro denominado Póliza RC. Profesional Clínicas AA195705, Equidad Seguros Generales O.C. en la cual se encuentran contenidas las condiciones particulares de la póliza y por las condiciones generales.

6. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO DE LOS CONTRATOS DE SEGURO.

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

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

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

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

En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio estableció lo siguiente:

“Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización

y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso”¹⁷(Subrayado y negrilla fuera de texto).

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

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por conceptos de: perjuicios morales no son de recibo por cuanto su reconocimiento implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte Demandante recibiendo una indemnización por parte de la entidad medica que nada tuvo que ver con las complicaciones de su salud. Adicionalmente, no habría lugar al reconocimiento de estos conceptos, dado que, No procede el reconocimiento por daño moral, puesto que los peticionado por la parte demandante es excesivo, pues la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia reconoce un límite, el cual no tuvo en cuenta la parte demandante, adicional a ello no es procedente el reconocimiento de perjuicios morales, por cuanto es claro que no hay responsabilidad alguna de la entidad médica, pues no hay prueba que acredite que la el nexo causal entre la falla del servicio y el deterioro de la salud del señor Santiago Ramírez Calderón que tuvieron como desenlace su fallecimiento. Máxime cuando se acreditó que la causa de las complicaciones que sufrió el Sr. Santiago Ramírez Calderón, se debió al constante incumplimiento de las obligaciones y deberes que recaen en cabeza del paciente.

Conforme a ello, dado que los perjuicios solicitados en el petitum de la demanda presentan serias inconsistencias, reconocer el pago de suma alguna con cargo a la póliza de seguro, implicaría correlativamente transgredir el carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad patrimonial y eventualmente enriqueciendo a la accionante.

En conclusión, teniendo en cuenta que la parte demandante no acreditó, y además los cuantifica

¹⁷ Corte Suprema de Justicia Sala civil- sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065.

equivocadamente a través de elementos probatorios útiles, necesarios y pertinentes la existencia de los perjuicios pretendidos, solicito al Honorable Despacho no reconocer su pago, toda vez que se vulneraría el carácter indemnizatorio del contrato de seguro. En conclusión, conceder alguno de estos perjuicios vulneraría el principio indemnizatorio del contrato de seguro, en la medida que enriquecería a la parte demandante en lugar de repararla, desconociendo así los principios que rigen al contrato de seguro.

7. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN PÓLIZA RC. PROFESIONAL CLÍNICAS AA195705.

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza RC. Profesional Clínicas Aa195705 que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que, en este sentido, sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

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

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

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

“Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el

valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización¹⁸ – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

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

DOCUMENTO: DOCUMENTO: Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Clínicas Y Centros Médicos No. AA195705. Vigencia 14 de septiembre de 2021 y el 22 de septiembre de 2021.

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

¹⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

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

8. 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.

9. EN CUALQUIER CASO, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA EL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO \$150.000.000 POR TODA Y CADA PERDIDA.

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

“Deducible:

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

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

*“Una de tales modalidades, **la denominada deducible, se traduce en la suma que el***

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

En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes”¹⁹ (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 descunte del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, corresponde al 10% del valor de la pérdida mínimo \$150.000.000 por toda y cada pérdida.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción

10. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS

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

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

¹⁹ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

SMF

CAPITULO III.

I. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

DOCUMENTALES

1. Copia de la Póliza RC. Profesional Clínicas AA195705, con su condicionado particular y general.

INTERROGATORIO DE PARTE.

1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **MARTHA PATRICIA PEÑALOZA ARIAS**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora **MARTHA PATRICIA PEÑALOZA ARIAS** podrá ser citada en a Carrera 45 Sur N° 161 – 182 Parcelación Hacienda las Victorias, Parcela B4, Barrio Picaleña, Ibagué – Tolima. E mail: martapatricia2002@yahoo.com
2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **SANTIAGO DAVID RAMÍREZ PEÑALOZA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor **SANTIAGO DAVID RAMÍREZ PEÑALOZA** podrá ser citado Calle 54 N° 81 B – 26, Casa 121 Prado Verde, Barrio Calasanz, Medellín – Antioquia. E mail: santiagarro@hotmail.com
3. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **MATEO ALEJANDRO RAMÍREZ PEÑALOZA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor **MATEO ALEJANDRO RAMÍREZ PEÑALOZA** podrá ser citado Calle 54 N° 81

B – 26, Casa 121 Prado Verde, Barrio Calasanz, Medellín – Antioquia. E mail: proteito16@hotmail.com

4. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de la demandada y llamante en garantía, **EPS SANITAS S.A.S.**, sea quien sea que haga sus veces, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal podrá ser citado en la Ac 100 No. 11B-95 de Bogotá D.C. email: notificajudiciales@keralty.com
5. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de la demandada, **AVIDANTI S.A.S.**, sea quien sea que haga sus veces, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal podrá ser citado en la Calle 103 No 14A-43 Piso 2 de Bogotá D.C. Email: notificaciones@avidanti.com
6. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de la demandada, **CLÍNICA MEDICADIZ S.A.S**, sea quien sea que haga sus veces, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal podrá ser citado en la Carrera 12 Sur N.º 93 - 21 Vía Aeropuerto Perales - Ibagué – Tolima. Email: gerencia@medicadiz.com.co
7. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de la demandada, **CORPORACIÓN SALUD UN**, sea quien sea que haga sus veces, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal podrá ser citado en la Calle 44 N.º 59-75 de Bogotá D.C., Email: corporacionsaludun@hun.edu.co

DECLARACIÓN DE PARTE.

Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda, del llamamiento en garantía y, especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza RC. Profesional Clínicas AA195705.

TESTIMONIALES.

1. Solicito se sirva citar a la **DOCTORA EDNA CONSUELO OLAVE MENESES (SUBGERENTE MÉDICA)**, especialista en anestesiología que atendió a la demandante, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre la atención brindada al señor **SANTIAGO RAMIREZ CALDERON**. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones bajo las cuales fue atendida la paciente.

El testigo podrá ser citado carrera 20 sur N.º 103-40, fracción Aparco, instalaciones de la Clínica Avidanti Ibagué y/o a través en el correo electrónico: notificaciones@avidanti.com

2. Solicito se sirva citar al **DOCTOR FRANCISCO LEONARDO LEONEL LEONEL (CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA)**, especialista en anestesiología que atendió a la demandante, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre la atención brindada a **SANTIAGO RAMIREZ CALDERON**. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones bajo las cuales fue atendida la paciente.

El testigo podrá ser citado carrera 20 sur N.º 103-40, fracción Aparco, instalaciones de la Clínica Avidanti Ibagué y/o a través en el correo electrónico: notificaciones@avidanti.com

3. Solicito se sirva citar al **DOCTOR ÁLVARO LEAL RODRÍGUEZ (MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO**

INTENSIVO, especialista en anestesiología que atendió a la demandante, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre la atención brindada a **SANTIAGO RAMIREZ CALDERON**. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones bajo las cuales fue atendida la paciente.

El testigo podrá ser citado en la carrera 20 sur N.º 103-40, fracción Aparco, instalaciones de la Clínica Avidanti Ibagué y/o a través en el correo electrónico: notificaciones@avidanti.com

4. Solicito se sirva citar al **DOCTOR MARIO FERNANDO ARCIA MORENO (MEDICINA INTERNA)**, especialista en anestesiología que atendió a la demandante, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre la atención brindada a **SANTIAGO RAMIREZ CALDERON**. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones bajo las cuales fue atendida la paciente.

El testigo podrá ser citado en la carrera 20 sur N.º 103-40, fracción Aparco, instalaciones de la Clínica Avidanti Ibagué y/o a través en el correo electrónico: notificaciones@avidanti.com

5. Solicito se sirva citar al **DOCTOR ÁLVARO DELGADO BELTRÁN (CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA)**, especialista en anestesiología que atendió a la demandante, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre la atención brindada a **SANTIAGO RAMIREZ CALDERON**. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones bajo las cuales fue atendida la paciente.

El testigo podrá ser citado en la carrera 20 sur N.º 103-40, fracción Aparco, instalaciones de la Clínica Avidanti Ibagué y/o a través en el correo electrónico: notificaciones@avidanti.com

6. Solicito se sirva citar a la **JEFE DE ENFERMERÍA KELLY PAOLA SIERRA CUELLAR (CLÍNICA**

DE HERIDAS DE ALTA COMPLEJIDAD), especialista en anestesiología que atendió a la demandante, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre la atención brindada al señor **SANTIAGO RAMIREZ CALDERON**. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones bajo las cuales fue atendida la paciente.

El testigo podrá ser citado carrera 20 sur N.º 103-40, fracción Aparco, instalaciones de la Clínica Avidanti Ibagué y/o a través en el correo electrónico: notificaciones@avidanti.com

7. Solicito se sirva citar a la doctora **MARIA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en el llamamiento en garantía, así como de los fundamentos de hecho y derecho sobre la Póliza RC. Profesional Clínicas AA195705. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, y en general, sobre las excepciones propuestas frente al llamamiento.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas, entre otros, del contrato de seguro objeto del presente litigio. El testigo podrá ser citado en la Carrera 72 C No. 22 A – 24, Conjunto Residencial Los Cerros de la ciudad de Bogotá D.C. o en el correo electrónico camilaortiz27@gmail.com

II. ANEXOS.

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

3. Certificado de existencia y representación legal de la firma G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S., en donde figura el suscrito como Representante Legal.
4. Certificado de existencia y representación legal de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., emitido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

III. NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

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

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

El suscrito, en Cra 11A No. 94A – 23 Of. 201 en Bogotá D.C. o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.