

Honorables

SALA DE DECISIÓN CIVIL - TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN

Attn: M.P. Dr. JULIÁN VALENCIA CASTAÑO

secivmed@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL
DEMANDANTE: LICETH MARGOTH VALENCIA OSORIO
DEMANDADOS: COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.
LLAMADOS EN G: SEGUROS CONFIANZA S.A. y otros.
RADICADO: 050013103020-2022-00071-01

**ASUNTO: SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN CONTRA DE LA SENTENCIA
DEL 22 DE JULIO DE 2022**

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de **COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A.- SEGUROS CONFIANZA S.A.**, comedidamente procedo a **SUSTENTAR EL RECURSO DE APELACIÓN** en contra de la Sentencia No. 271 proferida por escrito por el Despacho el día 22 de julio de 2025, y notificada por Estado el día 23 de julio. Lo anterior comoquiera que en la sentencia erradamente se accedió a las pretensiones de la demanda y se declaró la responsabilidad civil de los demandados, solicitando desde ya, que se revoquen de conformidad con los siguientes fundamentos:

I. OPORTUNIDAD Y PROCEDENCIA DE LA ACTUACIÓN

De conformidad con lo dispuesto en el auto del 27 de agosto de 2025 proferido por el Honorable Tribunal de Distrito Judicial de Medellín por medio del cual se admitió en efecto devolutivo el recurso de apelación presentado en contra de la sentencia de primera instancia con fecha del 22 de julio de 2025, se otorgó a la parte apelante el término de cinco (5) días para que, vencida la ejecutoria del auto, sustentara los reparos concretos del recurso de alzada, siguiendo lo señalado en el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, que dispone lo siguiente:

“Ejecutoriado el auto que admite el recurso o el que niega la solicitud de pruebas, el apelante deberá sustentar el recurso a más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes. De la sustentación se correrá traslado a la parte contraria por el término de cinco (5) días. Vencido el término de traslado se proferirá sentencia escrita que se notificará por estado. Si no se sustenta oportunamente el recurso, se declarará desierto. Si se decretan pruebas, el juez fijará fecha y hora para la realización de la audiencia en la que se practicarán, se escucharán alegatos y se dictará sentencia. La sentencia se dictará en los términos establecidos en el Código General del Proceso.”

En el caso que nos ocupa, se tiene que el auto que admitió el recurso de apelación fue notificado por estado, mismo que se entendió realizada el 28 de agosto de 2025; ejecutoriado el día 2 de septiembre de 2025, por lo tanto, el término de cinco días para presentar la respectiva sustentación corre desde el 3 de septiembre de 2025 al **9 de septiembre de 2025**. En consecuencia, este escrito se radica dentro del término procesal legalmente establecido.

II. SINTESIS DE LA CONTROVERSIA

La parte demandante instauró la presente acción con fundamento en el supuesto incumplimiento de los servicios de atención de salud de forma oportuna, continua e integral que debía recibir la señora Liceth Margoth Valencia Osorio por parte de la EPS COOMEVA y de la IPS SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S, quien según su dicho incumplieron las normas rectoras del servicio de salud consagradas en el artículo 9 de la Ley 100 de 1993, esto durante la atención médica brindada a la señora Valencia entre los años 2011 a 2021.

No obstante, a lo largo del proceso y con base en el análisis del acervo probatorio obrante en el expediente, se evidenció que la EPS COOMEVA, en su calidad de entidad administradora de planes de beneficios en salud, cumplió de manera efectiva, completa y oportuna con sus obligaciones, autorizando los procedimientos requeridos y garantizando los recursos necesarios para la atención médica de la señora Valencia, en todos y cada uno de los momentos en los que esta los solicitó. Lo anterior se encuentra debidamente soportado en las historias clínicas y demás documentos médicos allegados, que dan cuenta de la continuidad en la atención y de la diligencia por parte de la EPS.

A pesar de ello, el A quo desestimó, sin una adecuada valoración probatoria, que no existía fundamento para atribuir responsabilidad alguna a COOMEVA EPS, desconociendo aspectos jurídicamente relevantes que debieron considerarse al momento de decidir, tales como: (i) no se acreditó que la entidad demandada hubiera incumplido con la autorización oportuna de los procedimientos requeridos; por el contrario, se probó que el deterioro en la salud de la paciente fue consecuencia directa del incumplimiento de sus propios deberes como usuaria del sistema, particularmente al no asistir a controles médicos y discontinuar sus tratamientos por periodos prolongados; (ii) obra prueba suficiente de que todos los tratamientos ordenados fueron efectivamente autorizados, y los recursos necesarios para su ejecución fueron garantizados por COOMEVA EPS; y (iii) en virtud de las reglas de la carga de la prueba, era la parte demandante quien debía acreditar los hechos constitutivos de la supuesta responsabilidad, lo cual no ocurrió, pues los peritajes obrantes se limitaron a validar el cumplimiento de la *Lex Artis* médica, sin demostrar fallas atribuibles a la EPS. Por el contrario, las historias clínicas evidencian que COOMEVA EPS actuó con la diligencia debida, autorizando los servicios y tratamientos pertinentes conforme a las necesidades de la paciente.

En ese sentido, respetuosamente se solicita al honorable Tribunal, decidir frente a la siguiente fundamentación de los reparos y especialmente en lo que atañe a las excepciones presentadas ante el llamamiento en garantía, pues de considerar la aplicación la cobertura de las pólizas expedidas por mi representada, resulta necesario referirse a las estipulaciones contractuales derivadas de la falta de cobertura temporal de la póliza, la estipulación de la cobertura en exceso y del pacto de deducible establecidos por las partes del contrato de seguro.

III. REPAROS CONCRETOS Y RECURSO DE APELACIÓN CONTRA LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

1. INDEBIDA VALORACIÓN PROBATORIA AL ACCEDER A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA RESPECTO DE COOMEVA EPS, ANTE LA AUSENCIA Y MANIFIESTA FALTA DE PRUEBAS QUE ACREDITEN OMISIÓN, NEGLIGENCIA O DILACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS QUE REQUERÍA LA DEMANDANTE QUE SEAN IMPUTADOS A LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD.

La sentencia de primera instancia declaró civilmente responsable a COOMEVA EPS por dilación y negligencia en la prestación del servicio de salud de la señora Liceth Margoth Valencia Osorio sin

contemplar ni revisar realmente si a esta EPS le era imputable omisión alguna o dilación injustificada en la garantía de la prestación del servicio de salud, pues lo cierto es que de ninguna manera quedo probado que la actuación de la EPS hubiere tenido una incidencia causal en la producción del daño sufrido por la demandante, ya que de ello no obran pruebas suficientes y contundentes en el proceso de la referencia, sin olvidar que debió existir un análisis diferenciador entre las obligaciones de COOMEVA EPS como de la IPS demandada, pues la primera bajo la calidad de ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD – EPS tienen unas funciones plenamente descritas en la ley 100 de 1993, que en ningún momento fueron incumplidas o desacatadas conforme los hechos por los que se eleva este litigio.

De manera fundante en la Ley 100 de 1993 se definió el alcance de las responsabilidades asignadas a las empresas promotoras de salud, indicando con total claridad que a aquellas les corresponde organizar y garantizar la prestación del Plan de Salud Obligatorio hoy denominado Plan de Beneficios en Salud y girar los recursos para la atención médica de sus afiliados. Así las cosas, el aseguramiento constituye todas aquellas labores administrativas que realiza la EPS para garantizar que los servicios de salud requeridos por el afiliado sean dispensados por la red de IPS contratadas. Siendo para ello, una de las labores más importantes la autorización de los servicios de salud por parte de la EPS. Prima facie, es pertinente señalar que la naturaleza de las obligaciones de COOMEVA EPS como entidad promotora de salud, no es la de decidir los tratamientos médicos que sus afiliados requieren, así como tampoco es la encargada de realizar estos. El artículo 177 de la Ley 100 de 1993 define a las EPS como entidades promotoras de salud, como aquellas responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. En ese sentido, la función básica de las EPS, como lo era COOMEVA, es la de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía.

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

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

“Para que el juez declare que un hecho es obra de un agente, deberá estar probado en el proceso (sin importar a quien corresponda aportar la prueba), que el hecho desencadenante del daño ocurrió bajo su esfera de control y que actuó o dejó de actuar teniendo el deber jurídico de evitar el daño. El juicio de imputación del hecho quedará desvirtuado si se demuestra que el demandado no tenía tal deber de actuación.”¹

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 que la ley exige (imputatio iuris). También en materia de culpabilidad, el dolo y la culpa se imputan a partir de un marco de sentido jurídico que valora la conducta concreta del agente (...)” – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

En la Ley 1122 de 2007 se le trasladó a las Entidades Promotoras de Salud las obligaciones respecto del aseguramiento de los usuarios de forma exclusiva, por lo cual no se le transfiere la de la prestación de los servicios médicos asistenciales, diagnósticos o indicación farmacológica, sino la garantía de acceder a ellos. Así pues, ignoró el A quo el fundamento fáctico de la demanda respecto de COOMEVA EPS y de forma más precisa la pretensión que buscaba endilgar responsabilidad, pues bastará con evidenciar la pretensión primera de la demanda para comprender que esta estaba basada en el supuesto

¹ Sentencia SC13925 del 24 de agosto de 2016, M.P. Ariel Salazar Ramírez.

incumplimiento de “las normas rectoras del servicio de salud consagradas en el artículo 9 de la ley 100 de 1993”, que reza:

“ARTÍCULO 9o. DESTINACIÓN DE LOS RECURSOS. *No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.”*

Entonces, lo que buscaba la demandante y lo que debía probar y no lo hizo, es que COOMEVA EPS destinó o utilizó los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella, así mismo debía probar que producto de esta supuesta desviación de recurso, se circunscribe la supuesta falla en el servicio por el deterioro de la salud en lo concerniente a la rodilla de la señora Valencia, situaciones fácticas y jurídicas no probadas durante el trámite procesal, por lo que el A quo debió desestimar las pretensiones en contra de la EPS. Lo anterior, en la medida de que ella honró todos sus compromisos contractuales de autorizar los tratamientos requeridos para mejorar la salud del paciente y que de ninguna manera quedo probada la violación al artículo 9 de la ley 100 de 1993, pretensión declarativa y base para las peticiones condenatorias de la demanda.

Bastará con realizar un análisis de las pruebas practicas y de los hechos que estas permitieron acreditar para desvirtuar cualquier factor atribuible de responsabilidad en cabeza de la EPS, por lo que se tendrá en cuenta las siguientes pruebas, por ser estas pertinentes y conducentes para el fundamento expuesto:

Aportadas por el extremo activo:

- Factura de fisioterapia particular.
- Historia Clínica de la señora Licet Margoth Valencia Osorio.

Aportadas por el extremo pasivo Coomeva EPS:

- Soportes de autorización de servicios.

Aportadas por el extremo pasivo Sinergia EPS:

- Historia Clínica de la Demandante.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el A quo sintetizó los hechos objeto del debate de la siguiente forma, se hará un análisis de la historia clínica, aportadas tanto por la activa como por la pasiva, identificando si existió alguna actuación omisiva por parte de la EPS especialmente en su obligación de autorización de

los servicios.

Fecha de la atención:	Actuación IPS	Actuación EPS	Conclusión
28 de mayo de 2011	Se encuentra probado que la IPS que la atendió fue la unidad básica de atención de Belén, quien ordenó medicamentos.	Ante la orden efectuada por una IPS, la EPS COOMEVA autorizó la entrega de los medicamentos.	Quien decidió no enviar ninguna clase de examen adicional fue la IPS, actuación no imputable a la EPS
30 de enero de 2012	Se encuentra probado que la IPS que la atendió fue la unidad básica de atención de Belén, quien ordenó medicamentos.	Dado que no se efectuó orden alguna por parte de la IPS, la EPS COOMEVA no tenía nada que autorizar.	Quien decidió no enviar ninguna clase de examen adicional fue la IPS, actuación no imputable a la EPS
27 de diciembre de 2013	Se encuentra probado que la IPS que la atendió fue la unidad básica de atención de Belén, quien ordenó 5 sesiones de terapia.	Dada la orden efectuada por la IPS, COOMEVA EPS tiene el registro de dicha autorización.	Quien decidió no enviar ninguna clase de examen adicional fue la IPS, actuación no imputable a la EPS
30 DE SEPTIEMBRE DE 2016: INICIA LA COBERTURA POR SEGUROS CONFIANZA S.A.			
3 de enero de 2017 (<u>más de tres años sin que la víctima recurriera a la EPS o IPS</u>)	Se encuentra probado que la IPS que la atendió fue sinergia Salud unidad Básica Belén, ordenó medicación y toma de radiografía.	Dada la orden efectuada por la IPS, COOMEVA EPS autorizó la medicación y radiografía, esta última fue realizada a la paciente <u>trece días después</u> , tal como se evidencia de la historia clínica y es confirmado por el demandante en su escrito, es decir un término prudente y adecuado.	No se evidencia ninguna actuación imputable a la EPS, pues autorizó los servicios médicos y quedo soportado que el servicio se presentó tan solo 13 días después de la orden médica.

Agosto de 2017	Se encuentra probado que la IPS que la atendió fue sinergia Salud unidad Básica Belén, ordenó revaloración por ortopedia.	Dada la orden efectuada por la IPS, COOMEVA EPS autorizó el procedimiento sin complicación alguna.	No se evidencia ninguna actuación imputable a la EPS, pues autorizó los servicios médicos.
5 de Octubre de 2017	la IPS que la atendió fue sinergia Salud unidad Básica Belén	Dada la orden efectuada por la IPS, COOMEVA EPS autorizó el procedimiento respectivo.	Consta en la historia clínica que la demandante recibió el servicio de fisioterapia desde el día 5 de octubre de 2017.
28 de noviembre de 2017	la IPS que atendió a la demandante fue sinergia Salud unidad Básica Belén	Dada la orden efectuada por la IPS, COOMEVA EPS autorizó el procedimiento respectivo. (TAC AXIALES DE RÓTULA)	Consta en la historia clínica que la EPS Coomeva autorizó el servicio médica, no quedo probado que la demora para que la paciente accediera a este examen haya sido omisión de la EPS Coomeva.
19 de enero de 2018	la IPS que atendió a la demandante fue sinergia Salud unidad Básica Belén	COOMEVA EPS autorizó la cita médica solicitada por la demandante.	Consta en la historia Clínica que la Cita médica fue autorizada por Coomeva EPS, cualquier demora presentada de ninguna manera puede ser atribuida a la EPS.
28 de febrero de 2018	la IPS que atendió a la demandante fue sinergia	COOMEVA EPS autorizó el examen medico tipo	Consta en la historia Clínica que el examen

	Salud unidad Básica Belén	RESONANCIA MAGNÉTICA DE RODILLA IZQUIERDA SIMPLE	médico fue autorizado por Coomeva EPS sin dilación.
28 de marzo de 2018	la IPS que atendió a la demandante fue sinergia Salud unidad Básica Belén	COOMEVA EPS autorizó la cita médica de forma oportuna.	COOMEVA EPS autorizó la cita médica de forma oportuna, pues esta se dio dentro de un término prudente y adecuado según la especialidad requerida.
16 de julio de 2018	la IPS que atendió a la demandante fue sinergia Salud unidad Básica Belén	COOMEVA EPS autorizó la cita médica de forma oportuna.	COOMEVA EPS autorizó la cita médica de forma oportuna, pues esta se dio dentro de un término prudente y adecuado según la especialidad requerida.
7 de noviembre de 2019	la IPS que atendió a la demandante fue sinergia Salud unidad Básica Belén	COOMEVA EPS autorizó la cirugía requerida por la paciente conforme orden emitida por la IPS.	COOMEVA EPS autorizó la cita médica de forma oportuna, pues esta se dio dentro de un término prudente y adecuado según la especialidad requerida
15 DE NOVIEMBRE DE 2019: FINALIZA LA COBERTURA DE SEGUROS CONFIANZA S.A.			
20 de marzo de 2020 a 22 de junio de 2021	Periodo no comprendido en la cobertura de Seguros Confianza S.A.		
26 de abril de 2021	<u>Fecha de estructuración del dictamen de PCL</u>		

En el presente asunto, es claro que COOMEVA EPS, autorizó los servicios de salud requeridos por la demandante pues precisamente estas autorizaciones fueron las que llevaron a que durante el periodo

posterior a 2017 la señora Valencia recibiera toda la atención requerida para identificar su diagnóstico y que fuera finalmente intervenida quirúrgicamente. El despacho debió realizar un análisis temporal para encontrar cual circunstancia fue la que verdaderamente ocasionó el supuesto daño a la señora Valencia Osorio, pues según los hitos temporales, se presentaron diversas situaciones desde el año 2011 hasta el mes de junio de 2021, así como atenciones por parte de diversos especialistas e IPS, centrando todas las causas en la EPS Coomeva quien se reitera, autorizó y gestionó todo trámite para una debida atención.

En contraste con lo narrado en la demanda, la señora Liceth Margoth Valencia Osorio, recibió muchas más atenciones que las descritas y presentó largos periodos sin ir a consulta debido a que las dolencias no eran constancias, principalmente en el periodo al año 2017; así como durante los diversos exámenes y atención brindadas, esto implica que los tratamientos ordenados estaban dando los resultados esperados, y que fue precisamente en cuanto la lesión se tornó más complicada que se ordenaron tratamiento mucho más invasivos, que en un principio los profesionales no consideraron necesarios basados en su experticia. Circunstancia esta que es visible incluso en los mismos dictámenes periciales aportados al proceso por la parte demandantes. Existen otros argumentos que apunta a la no responsabilidad de COOMEVA EPS frente a los hechos materia de litigio, veamos:

- **Inexistencia de la obligación de parte de COOMEVA EPS:**

En este punto de discusión es importante resaltar que las obligaciones y responsabilidades dentro del sistema general de seguridad social y salud que recaen sobre la Entidades Promotoras de Salud, tal como COOMEVA EPS, tienen una naturaleza completamente reglada, luego entonces, no es viable que se le atribuya a esta entidad la obligación de indemnizar a los demandantes por actos médicos contrarios a la lex artis que hubieren sido ejecutado por la IPS o por los médicos adscritos a la misma, ya que estos cuentan con autonomía para la prestación del servicio de salud, por lo que serían las llamadas a responder por los eventuales daños que se hubiesen generado en caso de que resulten probados estos y el nexo causal entre ellos y la actividad médica.

La obligación de COOMEVA EPS para con sus afiliados es la de garantizar la prestación de los servicios de salud requeridos por estos, siempre que se encuentren contenidos en su plan obligatorio (POS) hoy PBS, y que su autorización se encuentre vigente, con el fin de garantizar esta obligación, la entidad contrata frecuentemente a tercero (las IPS), homologados y autorizados para que sean los encargados de suministrar el servicio.

Se centra el A quo en señalar y tener como criterio orientador lo establecido por el médico especialista en salud Jaime Ignacio Mejía Pérez, quien sustentó en audiencia su dictamen, precisando que para los años 2011 a 2013, las actuaciones de los médicos GINO HERRERA CORRERA y JUAN ESTEBAN SALDARRIAGA ZAPATA resultaron determinantes pues faltaron a su deber de diligencia y cuidado acorde con las necesidades de la paciente, pues:

“Con la anterior información y dada la secuenciación de consultas repetidas por dolor de rodilla, limitación funcional y hallazgos clínicos lo conveniente, esperable y prudente hubiere sido la valoración oportuna por ortopedia sino también otros estudios de mayor especificidad como la Resonancia nuclear magnética de rodilla”

Los 2 últimos exámenes solo se vinieron a ordenar luego de 6 años de consultas repetidas por hallazgos clínicos que no eran coherentes con los hallazgos imagenológicos de Resonancia y ecografía realizados en 2017.

Con la anterior información y dada la secuenciación de consultas repetidas por dolor de rodilla, limitación funcional y hallazgos clínicos lo conveniente, esperable y prudente hubiera sido la valoración oportuna por ortopedia sino también otros estudios de mayor especificidad como la Resonancia nuclear magnética de rodilla.

12. ¿Medicamento cuáles son las consecuencias de realizar una cirugía para la enfermedad diagnosticada a la paciente un año y medio después de observar la necesidad de hacer la misma?

RESPUESTA: Que sus resultados puedan ser menos favorables, como evidentemente ocurrió

Así mismo, se tiene que el A quo centró el análisis de la causa que ocasionó el daño para el periodo de los años 2011 a 2013, como hecho determinantes pues la IPS a través de sus empleados faltó a su deber de diligencia y cuidado acorde con las necesidades de la paciente, pues:

2. ¿considera que el médico **GINO HERRERA CORREA** fue negligente al no remitir en los años 2011 y 2012 a la paciente a revisión a ortopedia o enviar TACs y/o resonancias magnéticas para verificar el motivo de las continuas dolencias de la paciente?

RESPUESTA: Falto diligencia y cuidado orientación acorde con las necesidades del paciente.

3. ¿considera que el médico **JUAN ESTEBAN SALDARRIAGA ZAPATA** fue negligente al no remitir en el año 2013 a la paciente a revisión a ortopedia o enviar TACs y/o resonancias magnéticas para verificar el motivo de las continuas dolencias de la paciente?

RESPUESTA: Falto diligencia y cuidado orientación acorde con las necesidades del paciente.

Queda claro entonces, que para el A quo, su decisión se centra en las circunstancias causales acaecidas en los años 2011 a 2013, periodos donde de ninguna manera se evidencia un falta de diligencia y de autorizaciones por parte de la EPS Coomeva.

- **Falta de nexo causal**

La Corte Suprema de Justicia como órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria ha precisado que en materia de responsabilidad médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, es necesario que la parte que la alega demuestre que la atención no cumplió con los estándares de calidad de la ciencia médica, vigentes en el momento de la ocurrencia del presunto hecho dañoso.

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.”²

Conforme lo anterior, debe tenerse en cuenta los siguientes criterios (i) No hay prueba de que la entidad demandada no haya autorizado los procedimientos en los tiempos adecuados, pues por el contrario, lo que sí se acreditó en el debate probatorio fue que el deterioro que la señora Valencia alega haber sufrido es únicamente imputable a sí misma por no haber cumplido con sus deberes y obligaciones como paciente, pues no acudía a consultas durante largos periodos, lo que interrumpía su tratamiento, (ii) Se encuentra probada que todo tratamiento ordenado para la señora Valencia fue autorizado y se destinaron los recursos necesarios para ellos, (iii) a quien le asiste la carga de la prueba en el caso de marras es al Demandante, quien no allegó ningún medio de prueba tendiente a acreditar la responsabilidad de la EPS, pues el criterio aportado en los peritajes es tendiente a validar la correcta aplicación de principios de la Lex Artis en el campo médico, más de ninguna manera es la prueba idónea para acreditar que la EPS no autorizó los tratamiento, pues conforme a las historias clínicas quedo demostrado la diligencia, servicios y recursos autorizados por la EPS Coomeva. Así las cosas, deben despacharse desfavorablemente las peticiones del accionante, toda vez que no existe prueba alguna que acredite relación de causalidad entre el supuesto perjuicio alegado y la actuación de la entidad y por el contrario está verificado que una vez se agendaba consultas, la señora Valencia hacía caso omiso a estas, lo que claramente origina un agravio en su salud.

En lo que compete a COOMEVA EPS, en el decurso del proceso de la referencia no se probó sin lugar a dudas que el servicio de salud no fue cubierto de forma diligencia, es decir, que no se prestó con el empleo

² 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

de todos y cada uno de los recursos humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance, o que el resultado (el daño) fue efectiva y totalmente atribuible a la actuación administrativa de la EPS, quien para este caso y como quedó demostrado en el proceso, dio la autorización a los servicios de salud que la demandante requirió, tal y como quedó acreditado en el devenir del debate probatorio. En ese sentido, no logra demostrar la parte demandante los supuestos facticos que lleven a la declaratoria de su pretensión, pues de ninguna manera la EPS COOMEVA desatendió al artículo 9 de la ley 100 de 1993, base que se debió tener en cuenta bajo el principio de congruencia de acuerdo al escrito demandatorio.

2. DEFECTO FÁCTICO AL CONDENAR A MI REPRESENTADA A ASUMIR UN PAGO ANTE LA AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD A CARGO DE COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN.

Ahora bien, en continuación del reparo anteriormente formulado, debe decirse que mi representada no podía ser condenada a reconocer ninguna suma de dinero en favor de los demandantes, como quiera que, según se puede observar en las condiciones de la póliza, lo que se amparaba con esta era el riesgo de que el asegurado, fuera declarado civilmente responsable, de acuerdo con la ley colombiana, con base en los amparos que se estipulan en la carátula y con sujeción a los términos y condiciones generales y particulares, cosa que en el presente caso no ocurre conforme a lo expuesto en el reparo anterior, pues de ninguna manera se acredita que la EPS COOMEVA durante la vigencia de la póliza incurriera en daños con ocasión al ejercicio de la profesión médica por actos u omisiones cometidos en el ejercicio de una actividad profesional médica por personal médico, paramédico, médico auxiliar, entre otros.

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

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), 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. Como bien se ha venido sostenido desde las etapas incipientes del proceso, y así quedó demostrado tras haberse agotado el debate probatorio, NO es posible determinar una responsabilidad imputable a COOMEVA EPS S.A., por los hechos de que trató el litigio de la referencia, pues no existe un nexo causal entre el daño alegado por la parte demandante y conducta alguna desplegado por COOMEVA EPS, que dé lugar a declarar la responsabilidad civil imputable en su contra, motivo por el cual mi representada como llamada en garantía y aseguradora debió mantenerse indemne.

En el presente asunto la parte demandante no demostró ninguno de los requisitos para que se pueda siquiera analizar si hay lugar a afectar las pólizas, puesto que:

- Se puede observar claramente que COOMEVA en su calidad de EPS prestó todos los servicios médicos requeridos por la demandante.
- No existen registros de reclamaciones efectuadas a COOMEVA EPS relacionados con la negación, retardo o delación en la prestación de los servicios médicos que requería la demandante.
- Las atenciones médicas recibidas como atenciones de urgencia, atenciones por médicos especialistas, diagnósticos, exámenes diagnósticos, tratamientos, cirugías, y terapias fueron todos desplegados por una IPS adscrita a la EPS, quien aportó pruebas para acreditar la debida atención a la paciente.
- La demandante señala como fecha de ocurrencia de los hechos a partir del 28 de mayo de 2011, mientras que la fecha de estructuración de la PCL que se trajo al proceso fue el 26 de abril de 2021, mismo en el cual se estableció un porcentaje del **33.37%** y no del 53.19% como erradamente establece el A quo:

Página 475 de 501		
7. Concepto final del dictamen		
Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I		17,27%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales - Título II		16,10%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)		33,37%
Origen: Enfermedad	Riesgo: Común	Fecha de estructuración: 26/04/2021
Sustentación fecha estructuración y otras observaciones: Se estructura el 26/04/2021, día que ortopedia señala, el estado actual de la rodilla izquierda, y orden cirugía, tendiente a mejorar la función de la rodilla.		
Nivel de pérdida: Incapacidad permanente parcial	Muerte: No aplica	Fecha de defunción:
Ayuda de terceros para ABC y AVD: No aplica	Ayuda de terceros para toma de decisiones: No aplica	Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica
Enfermedad de alto costo/catastrófica: No	Enfermedad degenerativa: No aplica	Enfermedad progresiva: No aplica

- Existe un soporte documental y probatorio robusto encaminado a demostrar que la IPS Sinergia puso a disposición de la demandante todo el conocimiento y experticia que requería para tratar su dolencia.

Como se ha dicho, El A quo tuvo como base para declarar responsable a la EPS COOMEVA la supuesta dilación y mala atención a carga tanto de la EPS como de la IPS, sin determinar cual de los múltiples hechos acaecidos desde 2011 a 2021 fue el que acarreó la estipulación de una pérdida de capacidad laboral del 33,37% estructurada el 26 de abril de 2021, es decir el daño. Partiendo del hecho de que la demandante se sometió a la atención médica en razón a un accidente de origen común y que para esto requirió una cirugía que buscaba única y exclusivamente su beneficio, debió identificar el despacho que el daño (no atribuible a la pasiva) solo ocurrió el día 26 de abril de 2021, pues antes de dicha calenda, la señora Liceth Margoth Valencia se encontraba en un regular y común proceso de recuperación ante una cirugía que por su condición requería y fue practicada.

Entonces para determinar la fecha en la cual se ocasionó ese supuesto daño, resulta necesario tener como punto de partida el dictamen de pérdida de la capacidad laboral emanado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, emitido el día 4 de octubre de 2021 y donde fue dictaminado que la fecha de estructuración acaeció el día 26 de abril de 2021, véase:

7. Concepto final del dictamen		
Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I		17,27%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales - Título II		16,10%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)		33,37%
Origen: Enfermedad	Riesgo: Común	Fecha de estructuración: 26/04/2021
Fecha declaratoria: 04/10/2021		
Sustentación fecha estructuración y otras observaciones: Se estructura el 26/04/2021, día que ortopedia señala, el estado actual de la rodilla izquierda, y orden cirugía, tendiente a mejorar la función de la rodilla.		
Nivel de pérdida: Incapacidad permanente parcial	Muerte: No aplica	Fecha de defunción:
Ayuda de terceros para ABC y AVD: No aplica	Ayuda de terceros para toma de decisiones: No aplica	Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica
Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica	Enfermedad degenerativa: No aplica	Enfermedad progresiva: No aplica
8. Grupo calificador		

En ese sentido, una vez se valida el fundamento temporal para que se estableciera dicha calenda como

la fecha de estructuración se encuentra que de acuerdo a la historia médica que reposa en el expediente, el día 26 de abril de 2021 se efectuó control por ortopedia luego de 6 meses posterior a cirugía de rodilla izquierda y más de 30 sesiones fisioterapia, donde encontraron cambios post quirúrgicos y la no unión tuberosidad tibial anterior, se explica posibilidad de nueva cirugía, generando la autorización para ello:

26/04/2021 Ortopedia control: cumple 6 meses POP, liberación de adherencia de rodilla izquierda, se siente mejor, realizó más de 30 sesiones de fisioterapia; tiene antecedente de reconstrucción de ligamento patelo femoral medial, condroplastia y realineación de rótula con osteotomía en Noviembre de 2020; consultó al HPTU, donde le solicitaron resonancia; al EF: rodilla izquierda: cicatriz en buen estado, no signos de infección, extensión completa, flexión de 90°, crepitación femoro patelar a flexión de 30°, rótula estable; TAC de rótulas 19/04/2021: cambios postquirúrgicos de osteotomía tibial, sin evidencia de fusión en sitio de osteotomía, cambios post quirúrgicos de ligamento patelo femoral medial, aplanamiento de surcos trocleares, patela alta con inclinación lateral de ambas rótulas, subluxación lateral de rótula derecha, artrosis patelofemoral bilateral, con lesiones osteocondrales en facetas articulares de las rótulas, lesión osteocondral de margen lateral de cóndilo femoral lateral izquierdo; Dx: luxación recidivante de la rótula; análisis: paciente con dolor, artrosis patelofemoral izquierda, no unión tuberosidad tibial anterior, se explica posibilidad de nueva cirugía: corrección de no unión, condroplastia, sinovectomía, injerto osteocondral con aplicación de chondrofiller (matriz inductora de condrocitos autólogos); plan: solicitan autorización de cirugía y prequirúrgicos.

Transcripción: 26/04/2021 Ortopedia control: cumple 6 meses POP, liberación de adherencia de rodilla izquierda, se siente mejor, realizó más de 30 sesiones de fisioterapia; tiene antecedente de reconstrucción de ligamento patelo femoral medial, condroplastia y realineación de rótula con osteotomía en Noviembre de 2020; consultó al HPTU, donde le solicitaron resonancia; al EF: rodilla izquierda: cicatriz en buen estado, no signos de infección, extensión completa, flexión de 90°, crepitación femoro patelar a flexión de 30°, rótula estable; TAC de rótulas 19/04/2021: cambios postquirúrgicos de osteotomía tibial, sin evidencia de fusión en sitio de osteotomía, cambios post quirúrgicos de ligamento patelo femoral medial, aplanamiento de surcos trocleares, patela alta con inclinación lateral de ambas rótulas, subluxación lateral de rótula derecha, artrosis patelofemoral bilateral, con lesiones osteocondrales en facetas articulares de las rótulas, lesión osteocondral de margen lateral de cóndilo femoral lateral izquierdo; Dx: luxación recidivante de la rótula; análisis: paciente con dolor, artrosis patelofemoral izquierda, no unión osteocondral con aplicación de chondrofiller (matriz inductora de condrocitos autólogos); plan: solicitan autorización de cirugía y prequirúrgicos.”

Resulta claro entonces, que la causa de un daño, si es que se presentó, no puede ser otra que el procedimiento médico realizado por la IPS y de ninguna manera este se debe, así como no fue probado, a procesos administrativos o similares a cargo de COOMEVA EPS S.A., pues queda claro que la estructuración de esta lesión acaeció en razón a circunstancias exclusivamente derivadas de la

intervención quirúrgica practica a la señora Valencia y no a la actuación de la EPS quien se limitó a su debida y adecuada autorización.

En conclusión, resulta evidente que no se cumplen los presupuestos fácticos ni jurídicos para comprometer la responsabilidad civil de COOMEVA EPS S.A., ni para activar las coberturas de la póliza de responsabilidad suscrita con mi representada. La inexistencia de un nexo causal entre el daño alegado y una conducta atribuible a la asegurada, sumada a la ausencia de incumplimientos en la prestación de los servicios médicos requeridos por la parte demandante, impide jurídicamente cualquier condena en contra de la aseguradora llamada en garantía dado que no se acreditó la ocurrencia de un riesgo amparado por el contrato de seguro ni se configuran los elementos esenciales de la responsabilidad civil, mi representada no puede ser compelida a indemnizar suma alguna, debiendo, en consecuencia, ser absuelta de toda obligación derivada del presente litigio.

3. ERROR SUSTANTIVO AL ORDENAR AFECTAR LAS PÓLIZAS EXPEDIDAS POR SEGUROS CONFIANZA S.A.- FALTA DE COBERTURA TEMPORAL.

Por otra parte, debe indicarse que otro de los motivos de inconformidad con la Sentencia proferida el día 22 de julio de 2025 es que se haya ordenado la afectación de las pólizas expedidas por Seguros Confianza S.A., cuando las mismas no tienen cobertura temporal frente a los hechos materia de litigio, pues para el caso en particular, bajo cualquiera de las perspectivas que hubiera adoptado el despacho, le era del caso señalar que la póliza no se encontraba llamada a ser afectada, pues **(i)** de entenderse que la responsabilidad deprecada tiene su génesis en su afloración con la pérdida de capacidad laboral de la demandante, los hechos que se discuten dentro proceso de responsabilidad acaecieron varios años por fuera de la vigencia, o **(ii)** en su defecto, de entenderse que la presunta responsabilidad empezó a exhibirse desde el año 2011 con las presuntas falencias administrativas para la adecuada prestación de servicios de salud, permiten concluir inequívocamente que el riesgo principió a correr con anterioridad a la vigencia de las mencionadas pólizas, lo que excluye la responsabilidad de mi prohijada conforme al Art. 1073 del Código de Comercio.

De lo anterior, es claro que la jurisprudencia ha precisado que es necesario que el hecho ocurra dentro de la vigencia de la Póliza, para que sea jurídicamente posible la afectación de la misma. Por tanto, resulta indispensable que el riesgo asegurado haya acaecido dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro. En el mismo sentido, la Legislación Colombiana estableció en el artículo 1057 del

Código de Comercio, desde qué momento se asumen los riesgos por parte de la Aseguradora, así:

“ARTÍCULO 1057. TÉRMINO DESDE EL CUAL SE ASUMEN LOS RIESGOS. En defecto de estipulación o de norma legal, los riesgos principiarán a correr por cuenta del asegurador a la hora veinticuatro del día en que se perfeccione el contrato.”

En primer lugar debe quedar en claro que la base de cobertura temporal de las pólizas es **por ocurrencia**, es decir, que para que preste cobertura a los hechos, estos debieron ocurrir durante la vigencia de la póliza. Esto cobra especial relevancia pues tal y como se explica en la parte considerativa del fallo, los hechos de que trata la demanda y sobre los cuales resolvió la Sentencia ocurrieron desde mayo de 2011, fecha para la cual ninguna de las pólizas se encontraba vigente, en tanto los contratos de seguro se perfeccionaron desde el año 2016 y terminaron en el año 2019. Por lo que es claro que los hechos no tuvieron lugar dentro de sus extremos temporales. Es más, el dictamen de pérdida de capacidad laboral que fue incorporado al proceso por la parte demandante indicó que la fecha de estructuración fue del 26 de abril de 2021, dos años después de la terminación de la Póliza 03RC001197. Veamos:

Fecha de la atención:	Actuación IPS	Actuación EPS	Conclusión
28 de mayo de 2011	Se encuentra probado que la IPS que la atendió fue la unidad básica de atención de Belén, quien ordenó medicamentos.	Ante la orden efectuada por una IPS, la EPS COOMEVA autorizó la entrega de los medicamentos.	Quien decidió no enviar ninguna clase de examen adicional fue la IPS, actuación no imputable a la EPS
30 de enero de 2012	Se encuentra probado que la IPS que la atendió fue la unidad básica de atención de Belén, quien ordenó medicamentos.	Dado que no se efectuó orden alguna por parte de la IPS, la EPS COOMEVA no tenía nada que autorizar.	Quien decidió no enviar ninguna clase de examen adicional fue la IPS, actuación no imputable a la EPS
27 de diciembre de 2013	Se encuentra probado que la IPS que la	Dada la orden efectuada por la IPS, COOMEVA EPS	Quien decidió no enviar ninguna clase de

	atendió fue la unidad básica de atención de Belén, quien ordenó 5 sesiones de terapia.	tiene el registro de dicha autorización.	examen adicional fue la IPS, actuación no imputable a la EPS
30 DE SEPTIEMBRE DE 2016 INICIA LA COBERTURA POR PARTE DE SEGUROS CONFIANZA S.A.			
3 de enero de 2017	Se encuentra probado que la IPS que la atendió fue sinergia Salud unidad Básica Belén, ordenó medicación y toma de radiografía.	Dada la orden efectuada por la IPS, COOMEVA EPS autorizó la medicación y radiografía, esta última fue realizada a la paciente <u>trece días después</u> , tal como se evidencia de la historia clínica y es confirmado por el demandante en su escrito, es decir un término prudente y adecuado.	No se evidencia ninguna actuación imputable a la EPS, pues autorizó los servicios médicos y quedo soportado que el servicio se presentó tan solo 13 días después de la orden médica.
Agosto de 2017	Se encuentra probado que la IPS que la atendió fue sinergia Salud unidad Básica Belén, ordenó revaloración por ortopedia.	Dada la orden efectuada por la IPS, COOMEVA EPS autorizó el procedimiento sin complicación alguna.	No se evidencia ninguna actuación imputable a la EPS, pues autorizó los servicios médicos.
5 de Octubre de 2017	la IPS que la atendió fue sinergia Salud unidad Básica Belén	Dada la orden efectuada por la IPS, COOMEVA EPS autorizó el procedimiento respectivo.	Consta en la historia clínica que la demandante recibió el servicio de fisioterapia desde el día 5 de octubre de 2025.
28 de noviembre	la IPS que atendió a la	Dada la orden efectuada	Consta en la historia

de 2017	demandante fue sinergia Salud unidad Básica Belén	por la IPS, COOMEVA EPS autorizó el procedimiento respectivo. (TAC AXIALES DE RÓTULA)	clínica que la EPS Cooameva autorizó el servicio médica, no quedo probado que la demora para que la paciente accediera a este examen haya sido omisión de la EPS Cooameva.
19 de enero de 2018	la IPS que atendió a la demandante fue sinergia Salud unidad Básica Belén	COOMEVA EPS autorizó la cita médica solicitada por la demandante.	Consta en la historia Clínica que la Cita médica fue autorizada por Coomeva EPS, cualquier demora presentada de ninguna manera puede ser atribuida a la EPS.
28 de febrero de 2018	la IPS que atendió a la demandante fue sinergia Salud unidad Básica Belén	COOMEVA EPS autorizó el examen médico tipo RESONANCIA MAGNÉTICA DE RODILLA IZQUIERDA SIMPLE	Consta en la historia Clínica que el examen médico fue autorizado por Coomeva EPS sin dilación.
28 de marzo de 2018	la IPS que atendió a la demandante fue sinergia Salud unidad Básica Belén	COOMEVA EPS autorizó la cita médica de forma oportuna.	COOMEVA EPS autorizó la cita médica de forma oportuna, pues esta se dio dentro de un término prudente y adecuado según la especialidad requerida.
16 de julio de 2018	la IPS que atendió a la demandante fue sinergia Salud unidad	COOMEVA EPS autorizó la cita médica de forma oportuna.	COOMEVA EPS autorizó la cita médica de forma oportuna,

	Básica Belén		pues esta se dio dentro de un término prudente y adecuado según la especialidad requerida.
7 de noviembre de 2019	la IPS que atendió a la demandante fue sinergia Salud unidad Básica Belén	COOMEVA EPS autorizó la cirugía requerida por la paciente conforme orden emitida por la IPS.	COOMEVA EPS autorizó la cita médica de forma oportuna, pues esta se dio dentro de un término prudente y adecuado según la especialidad requerida
15 DE NOVIEMBRE DE 2019 FINALIZA LA COBERTURA POR PARTE DE SEGUROS CONFIANZA S.A.			
20 de marzo de 2020 a 22 de junio de 2021	Periodo no comprendido en la cobertura de Seguros Confianza S.A.		
26 de abril de 2021	<i>Fecha de estructuración del dictamen de PCL</i>		

A fin de corroborar lo anterior, deberá indicarse que las pólizas vinculadas al proceso tenían las siguientes vigencias pactadas:

A. Póliza 03RC001060:

VIGENCIA								ANTERIOR
DESDE	DD	MM	AAAA	HASTA	DD	MM	AAAA	
	01	10	2016		01	10	2017	
INTERMEDIARIO				COASEGURO				

B. Póliza 03RC001136:

VIGENCIA							ANTERIOR
DESDE	DD	MM	AAAA	HASTA	DD	MM	
	25	10	2017		25	10	2018

C. Póliza 03RC001197:

VIGENCIA							ANTERIOR
DESDE	DD	MM	AAAA	HASTA	DD	MM	
	25	10	2018		25	10	2019

Al respecto, la cláusula séptima de las condiciones generales del seguro estableció que la modalidad de cobertura se definiría en la carátula de la póliza y su vez en esta se indica que es por ocurrencia, como a continuación se ilustra:

**Cláusula Séptima
Vigencia del Seguro**

La vigencia de la póliza será el periodo de seguro estipulado en la carátula de la póliza y por lo tanto, CONFIANZA S.A. solo otorgará amparo para los siniestros ocurridos en el mismo periodo, a menos que se contrate la base de cobertura Claims Made.

OBJETO DE LA POLIZA :
INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL ASEGURADO POR LOS DAÑOS QUE CAUSE EN VIRTUD DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL Y EXTRA CONTRACTUAL EN QUE PUDIERE INCURRIR, DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD COMO ENTIDAD PROMOTORA DE SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES RELACIONADOS CON EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD.

MODALIDAD : OCURRENCIA.

Por lo tanto, cualquier reclamación sobre hechos anteriores a la fecha indica en las pólizas como la de inicio de la vigencia se hace inane, ya que a las voces del artículo 1047 del Código de Comercio *“La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato” entre otras “la vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras”*.

Habiendo determinando claramente las circunstancias fácticas que se debaten en este proceso, así como

los periodos de vigencia de las pólizas expedidas por mi representada, y conociendo que estas operan bajo la modalidad de **ocurrencia**, debía el A quo y no lo hizo, establecer el momento histórico donde concurrieron los elementos de la responsabilidad civil y especialmente se materializó el supuesto daño, pues sin este último elemento resulta innecesario un análisis frente al hecho generador y nexo causal, ante esto se exponen las siguientes teorías:

A. Materialización del daño con el dictamen de PCL.

Si a juicio del A quo, quien omitió referirse al respecto, se materializó el daño con la estructuración del dictamen de pérdida de capacidad laboral PCL, aquello solo ocurrió **el día 26 de abril de 2021**, es decir fuera de la cobertura temporal de las pólizas expedidas por mi representada, pues como ha quedado establecido estas prestaron cobertura hasta el día **25 de octubre de 2019**. En ese sentido, antes del día 26 de abril de 2021 no existía daño alguno, por lo que de ninguna manera se puede establecer la existencia de responsabilidad civil en cabeza SEGUROS CONFIANZA S.A., pues sin la existencia del daño, no habrá lugar siquiera a estudiar la responsabilidad, al respecto ha establecido la Corte Suprema de Justicia:

“(…) los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al profesional, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado)”³

Así mismo la doctrina ha establecido:

“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

³ CSJ SC de 30 de enero de 2001 Rad. 5507 reiterada en sentencia SC3919 de 2021 MP. Aroldo Wilson Quiroz

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.”⁴

Entonces, se puede concluir que ante esta hipótesis, si el honorable Tribunal decide establecer que el daño se materializó con la existencia del dictamen de PCL con fecha de estructuración del día 26 de abril de 2021, solo en esa fecha se podrá decir que concurrieron los presupuestos de la responsabilidad civil, pues antes de dicha calenda no existía el daño, elemento sin el cual no puede configurarse el juicio de reproche. Ahora, teniendo en cuenta que la modalidad de la cobertura de la póliza es de ocurrencia, se requiere que el daño haya acaecido durante la vigencia de la póliza, es decir que se estructuraran todos los elementos de la responsabilidad civil, por lo que ocurrió el daño extemporáneamente, no podrá afectarse la cobertura y en ese sentido no puede imponerse condena alguna a mi representada.

B. Materialización del daño desde el año 2011 (fecha la supuesta dilación administrativa para el acceso a los servicios de salud)

Por otro lado, de aplicar la teoría de que la responsabilidad se materializó desde el año 2011, como parecer ser fue aplicada por el A quo, periodo en el cual presuntamente inició la dilación administrativa para acceder de forma oportuna a los servicios de salud requeridos por el demandante, no podrá declararse obligación indemnizatoria alguna en cabeza de mi representada pues a la luz del artículo 1073, si el siniestro se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, este no será responsable del siniestro, tal como ocurre en el caso de marras, veamos:

“ARTÍCULO 1073. RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR SEGÚN EL INICIO DEL SINIESTRO. Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consume la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.

⁴ 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

Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro.” (negrita y subrayado fuera de texto-

Ahora bien, el A quo en su sentencia establece:

Por otro lado, en lo que atañe a la póliza 8001083890 a cargo de Axa Colpatria Seguros S.A., en favor de Sinergial IPS, con vigencia del 2018 al 2019 y cobertura de responsabilidad civil extracontractual; y las pólizas 001060, 001136 y 001197 a cargo de Seguros Confianza S.A en favor de Coomeva EPS, con vigencia del 2016 al 2019, que cubrían los riesgos contractuales y extracontractuales; es claro que resultan válidas para el asunto, teniendo en cuenta que los hechos que se reclaman, tuvieron ocurrencia desde el año 2011 en adelante.

TRANSCRIPCIÓN RELEVANTE: “Por otro lado, en lo que atañe a la póliza 8001083890 a cargo de Axa Colpatria Seguros S.A., en favor de Sinergial IPS, con vigencia del 2018 al 2019 y cobertura de responsabilidad civil extracontractual; y las pólizas 001060, 001136 y 001197 a cargo de Seguros Confianza S.A en favor de Coomeva EPS, con vigencia del 2016 al 2019, que cubrían los riesgos contractuales y extracontractuales; **es claro que resultan válidas para el asunto, teniendo en cuenta que los hechos que se reclaman, tuvieron ocurrencia desde el año 2011 en adelante.**”

Entonces resulta claro que para el A quo, el hecho dañino tuvo como ocurrencia el año 2011, es decir un hito temporal previo al inicio de la vigencia de las pólizas expedidas por mi representada, que como se ha dicho, solo inició su cobertura desde el **01 de octubre de 2016.** En ese sentido, debió el A quo dar aplicación a lo reglado en el artículo 1073 del Código de Comercio, pues conforme a esta hipótesis, no habría lugar surgir obligación indemnizatoria de SEGUROS CONFIANZA S.A. pues el riesgo asegurado principió antes de la vigencia de las pólizas y se consumó en la misma.

En conclusión, la compañía que representó no podría responder por indemnización alguna, como quiera

que es evidente que los hechos por los cuales se discute la responsabilidad se encuentran fuera de la cobertura temporal de las pólizas, en tanto sucedieron desde mayo de 2011. Es decir, 5 años antes de que iniciara el término de cobertura e incluso como se evidenció, la fecha de estructuración contemplada en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral es del año 2021, calenda que tampoco se encuentra dentro de los extremos temporales. De ese modo, no resulta procedente exigir prestación alguna respecto de mi prohijada, por lo cual debe proceder el honorable Tribunal a revocar la sentencia de primera instancia en lo que respecta a la condena a mi representada.

4. DEFECTO SUSTANTIVO POR ERRÓNEA INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO: LAS PÓLIZAS EXPEDIDAS POR SEGUROS CONFIANZA OPERAN EN EXCESO DE LAS PÓLIZAS PROPIAS QUE DEBÍAN TENER CONTRATADAS LAS IPS Y LOS MÉDICOS ADSCRITOS A COOMEVA EPS.

Como bien se ha indicado desde los albores del proceso, la vinculación de mi representada no obedece a la existencia de solidaridad sino a la existencia de una cobertura emitida por medio de un contrato de seguro donde COOMEVA EPS tenía la condición de asegurado, luego entonces, una vez explicado de forma clara y completa que; (i) No se configuro responsabilidad en cabeza de Coomeva EPS pues desde su rol efectuó y autorizó todo procedimiento médico que requirió la demandante para su adecuado y completo tratamiento; (ii) erro el A quo al validar los hechos constitutivos de responsabilidad, pues luego de un estudio pormenorizado de las pruebas, queda en evidencia que el daño solo puede ser atribuible a la IPS en razón a los procedimiento médicos practicados, pues estos son el origen del único daño acaecido a la señora Valencia, más no de ninguna manera un trámite administrativo y (iii) no existe cobertura temporal para las pólizas de seguros por las cuales mi representada es llamada al proceso, pues como se ha dicho, el daño solo se estructuró el día 26 de abril de 2021, es decir luego del término de cobertura de la póliza, pues esta finalizó el día 15 de noviembre de 2019. Bajo estos preceptos, en caso de que el Honorable Tribunal decida que esta póliza presta cobertura, su afectación debe analizarse de conformidad con lo pactado entre las partes, pues el seguro contratado con mi prohijada opera en exceso de la póliza propia que debe tener o no contratada la IPS SINERGIA.

Al respecto, en todas las pólizas a este proceso traídas, tienen expresamente establecido en su condicionado particular la estipulación de la operancia en exceso, por lo que si el Honorable Tribunal decida alguna de ellas afectar, estas como se ha dicho solo operarán en exceso de la cobertura adquirida por la EPS:

A. Póliza 03RC001060 – Página 4.

600.000.000. POR EVENTO /VIGENCIA (PARA LOS 2 AMPAROS).

*** COBERTURA SOLIDARIA DE COOMEVA EPS POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE 352 PROFESIONALES DE LA SALUD Y SUS RESPECTIVOS CARGOS DISTRIBUIDOS EN DIFERENTES UNIDADES BÁSICAS ASISTENCIALES (UBA), DE ACUERDO A LISTADO ADJUNTO QUE HACE PARTE INTEGRAL DE LA PRESENTE PÓLIZA. DICHOS PROFESIONALES PUEDEN SER REEMPLAZADOS POR LOS QUE OCUPEN SU CARGO YA SEA POR LICENCIA, PERMISO O INCAPACIDAD, LOS PROFESIONALES EN REEMPLAZO TAMBIÉN ESTARÁN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO ESTE REEMPLAZO OBEDEZCA A LOS CARGOS AMPARADOS Y A QUE AL MOMENTO DEL SINIESTRO SE DEMUESTRE EFECTIVAMENTE LA SITUACIÓN DE REEMPLAZO Y EL VÍNCULO CON COOMEVA EPS (CTO LABORAL O PRESTACIÓN DE SERVICIOS). ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INDIVIDUAL DE CADA ADSCRITO (CONTRATADA O NO) CON UN LÍMITE MÍNIMO POR EVENTO DE \$50.000.000.

***COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA SOLIDARIA DERIVADA DE LA MALA PRAXIS DE LAS IPS (DE ACUERDO A LISTADO ADJUNTO QUE HACE PARTE INTEGRAL DE ESTA PÓLIZA) CONTRATADAS POR COOMEVA EPS Y DE LOS RESPECTIVOS MÉDICOS QUE ATIENDEN EL SERVICIO CONTRATADO. ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LA PROPIA PÓLIZA DE LA IPS Y LA INDIVIDUAL DE LOS MÉDICOS, PÓLIZAS (CONTRATADAS O NO) CON UN LÍMITE MÍNIMO PARA LA PÓLIZA PRIMARIA DE LOS MÉDICOS POR EVENTO DE \$50.000.000 Y PARA LA PRIMARIA DE LA IPS POR EVENTO DE \$100.000.000.

B. Póliza 03RC001136 – pagina 4:

CONFIANZA
Swiss Re
Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

**PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y**

Página 4
PÓLIZA 03 RC001136
CERTIFICADO 03 RC002080

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0338002080

SUCURSAL: 03. CALI USUARIO: AGUIRRE1 TIP CERTIFICADO: Nuevo FECHA DD MM AAAA 26 10 2017

TOMADOR: COOMEVA EPS C.C. O NIT: 805000427 1
DIRECCIÓN: CR 100 11 60 LC 250 LO CIUDAD: CALI
E-MAIL: CLAUDIAP_HENAO@COOMEVA.COM.CO TELÉFONO: 4155000
ASEGURADO: COOMEVA EPS C.C. O NIT: 805000427 1
DIRECCIÓN: CR 100 11 60 LC 250 LO CIUDAD: CALI TEL. 4155000
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS C.C. O NIT: 082740
DIRECCIÓN: 0 CIUDAD: 0 TEL. 0

VIGENCIA				VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	
DESDE	25	10	2017	HASTA	25	10
				ANTERIOR		NUEVA
						2,500,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA		
%	NOMBRE	COMPañIA	%	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	DELIMA MARSH S.A. CORR			PRIMA	PESOS	526,859,722.00
				CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
				IVA	PESOS	0.00
				TOTAL		526,859,722.00

600.000.000. POR EVENTO /VIGENCIA (PARA LOS 2 AMPAROS).

*** COBERTURA SOLIDARIA DE COOMEVA EPS POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE 222 PROFESIONALES DE LA SALUD Y SUS RESPECTIVOS CARGOS DISTRIBUIDOS EN DIFERENTES UNIDADES BÁSICAS ASISTENCIALES (UBA), DE ACUERDO A LISTADO ADJUNTO QUE HACE PARTE INTEGRAL DE LA PRESENTE PÓLIZA. DICHOS PROFESIONALES PUEDEN SER REEMPLAZADOS POR LOS QUE OCUPEN SU CARGO YA SEA POR LICENCIA, PERMISO O INCAPACIDAD, LOS PROFESIONALES EN REEMPLAZO TAMBIÉN ESTARÁN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO ESTE REEMPLAZO OBEDEZCA A LOS CARGOS AMPARADOS Y A QUE AL MOMENTO DEL SINIESTRO SE DEMUESTRE EFECTIVAMENTE LA SITUACIÓN DE REEMPLAZO Y EL VÍNCULO CON COOMEVA EPS (CTO LABORAL O PRESTACIÓN DE SERVICIOS). ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INDIVIDUAL DE CADA ADSCRITO (CONTRATADA O NO) CON UN LÍMITE MÍNIMO POR EVENTO DE \$50.000.000.

***COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA SOLIDARIA DERIVADA DE LA MALA PRAXIS DE LAS IPS ADSCRITAS CONTRATADAS POR COOMEVA EPS Y DE LOS RESPECTIVOS MÉDICOS ADSCRITOS QUE ATIENDEN EL SERVICIO CONTRATADO. ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LA PROPIA PÓLIZA DE LA IPS Y LA INDIVIDUAL DE LOS MÉDICOS, PÓLIZAS (CONTRATADAS O NO) CON UN LÍMITE MÍNIMO PARA LA PÓLIZA PRIMARIA DE LOS MÉDICOS ADSCRITOS POR EVENTO DE \$100.000.000 Y PARA LA PRIMARIA DE LA IPS ADSCRITA POR EVENTO DE \$200.000.000.

C. Póliza 03RC001197 – pagina 2:

ESTE AMPARO SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE:

1. LA SOLIDARIDAD DEL ASEGURADO POR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE EN LOS ACTOS U OMISIONES PROFESIONALES COMETIDOS POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE 41 PROFESIONALES DE LA SALUD Y SUS RESPECTIVOS CARGOS DISTRIBUIDOS EN DIFERENTES UNIDADES BÁSICAS ASISTENCIALES (UBA), DE ACUERDO A LISTADO ADJUNTO QUE HACE PARTE INTEGRAL DE LA PRESENTE PÓLIZA. DICHS PROFESIONALES PUEDEN SER REEMPLAZADOS POR LOS QUE OCUPEN SU CARGO YA SEA POR LICENCIA, PERMISO O INCAPACIDAD. LOS PROFESIONALES EN REEMPLAZO TAMBIÉN ESTARÁN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO ESTE REEMPLAZO OBEDEZCA A LOS CARGOS AMPARADOS Y A QUE AL MOMENTO DEL SINIESTRO SE DEMUESTRE EFECTIVAMENTE LA SITUACIÓN DE REEMPLAZO Y EL VÍNCULO CON COOMEVA EPS (CTO LABORAL O PRESTACIÓN DE SERVICIOS). ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INDIVIDUAL DE CADA ADSCRITO (CONTRATADA O NO) CON UN LÍMITE MÍNIMO POR EVENTO DE \$50.000.000.

2. COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA SOLIDARIA DERIVADA DE LA MALA PRAXIS DE LAS IPS (DE ACUERDO A LISTADO ADJUNTO QUE HACE PARTE INTEGRAL DE ESTA PÓLIZA) CONTRATADAS POR COOMEVA EPS Y DE LOS RESPECTIVOS MÉDICOS QUE ATIENDEN EL SERVICIO CONTRATADO. ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LA PROPIA PÓLIZA DE LA IPS Y LA INDIVIDUAL DE LOS MÉDICOS, PÓLIZAS (CONTRATADAS O NO) CON UN LÍMITE MÍNIMO PARA LA PÓLIZA PRIMARIA DE LOS MÉDICOS POR EVENTO DE \$50.000.000 Y PARA LA PRIMARIA DE LA IPS POR

*Transcripción: COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA SOLIDARIA **DERIVADA DE LA MALA PRAXIS DE LAS IPS** (DE ACUERDO A LISTADO ADJUNTO QUE HACE PARTE INTEGRAL DE ESTA PÓLIZA) CONTRATADAS POR COOMEVA EPS Y DE LOS RESPECTIVOS MÉDICOS QUE ATIENDEN EL SERVICIO CONTRATADO. **ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LA PROPIA PÓLIZA DE LA IPS Y LA INDIVIDUAL DE LOS MÉDICOS, PÓLIZAS (CONTRATADAS O NO) CON UN LÍMITE MÍNIMO PARA LA PÓLIZA PRIMARIA DE LOS MÉDICOS POR EVENTO DE \$50.000.000 Y PARA LA PRIMARIA DE LA IPS POR EVENTO DE \$100.000.000.** (negrita y subrayado fuera de texto)*

Entonces, teniendo en cuenta que la causa de un daño, si es que se presentó, no puede ser otra que el procedimiento médico realizado por la IPS y de ninguna manera este se debe, así como no fue probado, a procesos administrativos o similares a cargo de COOMEVA EPS S.A., pues queda claro que la estructuración de esta lesión acaeció en razón a circunstancias exclusivamente derivadas de la intervención quirúrgica practica a la señora Valencia y no a la actuación de la EPS quien se limitó a su debida y adecuada autorización, debe operar la clausula establecida en el contrato donde regla que la cobertura brindada por mi representada solo opera en exceso de las pólizas propias de la IPS demandada, la cual debe agotarse en el monto de la condena para solo una vez esto ocurra, afectar la póliza otorgada por mi representada.

Así las cosas, al momento de resolver la alzada y si aún en segunda instancia se mantiene la declaración de responsabilidad del Asegurado, debe tenerse en cuenta que la última póliza expedida por seguros confianza **opera en exceso de las pólizas propias que debía tener contratadas o no contratada la IPS SINERGIA** (Es decir la cobertura de Axa Colpatria Seguros S.A. y Chubb Seguros Colombia S.A.), que se encargó de atender a la demandante, pólizas que deberá tener un limite asegurado que se

encuentra delimitado en la póliza como se avizora en la anterior imagen, dicho límite se encuentra operando en primera capa su cobertura y en exceso al no llegar a alcanzar su valor asegurado, entraría a responder, solo en ese caso, la póliza de COOMEVA EPS.

5. ERROR FÁCTICO Y SUSTANCIAL AL NO TENER EN CUENTA EN LA PARTE RESOLUTIVA DEL FALLO EL DEDUCIBLE PACTADO, PUES EL A QUO NO EFECTÚA LA LIQUIDACIÓN CONFORME A LAS PÓLIZAS

Continuando con el análisis del llamamiento en garantía, las pólizas vinculadas y el contrato de seguro expedido por mi representa, sin perjuicio de los fundamentos expuestos frente a la póliza, especialmente su falta de cobertura temporal y la operancia en exceso frente a la cobertura de las pólizas que amparan a la IPS, en la parte resolutive de la Sentencia el A quo haya omitió pronunciarse frente al deducible que se pactó como parte de los amparos contratados, pues, en uso y disposición de las facultades que le otorga el artículo 1056 del Código de Comercio, Seguros Confianza S.A., estableció un porcentaje de la pérdida indemnizable (esto es, el porcentaje se descuenta del valor que tenga que asumir la aseguradora, no del valor total de la condena), que deberá ser cubierto directamente por el asegurado, COOMEVA EPS. Cabe precisar que el deducible es una parte del riesgo que queda a cargo del asegurado, con el fin de que este mantenga algún interés sobre él y en tal sentido, conserve una actitud diligente frente a la prevención del mismo.

Sobre el particular, es importante señalar que el deducible se encuentra regulado en el artículo 1103 del Código de Comercio, como a continuación se describe:

“Artículo 1103. Deducible Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original.”

Teniendo en cuenta lo anterior, debe desde ya informarse que, el límite de la indemnización corresponde al acordado entre el asegurado y asegurador conforme a lo preceptuado en el artículo 1089, a saber:

“ARTÍCULO 1089. LIMITE MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN. 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.

Se presume valor real del interés asegurado el que haya sido objeto de un acuerdo expreso entre el asegurado y el asegurador. Este, no obstante, podrá probar que el valor acordado excede notablemente el verdadero valor real del interés objeto del contrato, mas no que es inferior a él.”

Por otra parte, resulta de suma importancia que el Honorable Tribunal 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”

⁵.

De esta manera, en el hipotético evento en el que el *Ad quem* confirme la decisión que se impugna, es de suma importancia que se pronuncie sobre los amparos y el deducible pactado, los cuales se encuentran estipulados en la carátula de la póliza.

⁵ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

En el caso de que se confirme la Sentencia de Primera instancia, deberá el superior, pronunciarse frente a lo pactado en las condiciones generales de la póliza, así:

3. Deducible: Es la suma o porcentaje, indicado en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, a cargo del Asegurado y, en consecuencia, se descuenta del monto de cada indemnización.

Como ha sido mencionado, el A quo se limitó a proferir una decisión condenatoria sin considerar cual es la vigencia que se debe afectar, considerando que existieron diversos hitos temporales que estuvieron amparados de la siguiente manera:

A. Póliza 03RC001060:

VIGENCIA							ANTERIOR
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA		
DESDE	01	10	2016	HASTA	01	10	2017
INTERMEDIARIO				COASEGURO			

B. Póliza 03RC001136:

VIGENCIA							ANTERIOR
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA		
DESDE	25	10	2017	HASTA	25	10	2018

C. Póliza 03RC001197:

VIGENCIA							ANTERIOR
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA		
DESDE	25	10	2018	HASTA	25	10	2019

Finalmente, en la caratula de la póliza, se observa el cuadro de amparos contratos, valores asegurados y los valores pactados como deducible de la siguiente manera:

AMPAROS			VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
Desde	Hasta	%	Mínimo						
Responsabilidad Civil Profesional Clínicas,	01-10-2016	01-10-2017	0.00	2,500,000,000.00	369,517,000.00	10.00	9,000,000.00		
Predios, Labores y Operaciones - Vigencia	01-10-2016	01-10-2017	0.00	2,500,000,000.00	0.00	10.00	7,000,000.00		
Predios, Labores y Operaciones - Evento	01-10-2016	01-10-2017	0.00	2,500,000,000.00	0.00	10.00	7,000,000.00		
Gastos Médicos - Vigencia	01-10-2016	01-10-2017	0.00	750,000,000.00	0.00	0.00	0.00		
Gastos Médicos - Evento	01-10-2016	01-10-2017	0.00	750,000,000.00	0.00	0.00	0.00		
Daño Moral - Vigencia	01-10-2016	01-10-2017	0.00	2,500,000,000.00	0.00	10.00	7,000,000.00		
Daño Moral - Evento	01-10-2016	01-10-2017	0.00	2,500,000,000.00	0.00	10.00	7,000,000.00		
Lucro Cesante - Vigencia	01-10-2016	01-10-2017	0.00	2,500,000,000.00	0.00	10.00	7,000,000.00		
Lucro Cesante - Evento	01-10-2016	01-10-2017	0.00	2,500,000,000.00	0.00	10.00	7,000,000.00		
Gastos Judiciales de Defensa - Vigencia	01-10-2016	01-10-2017	0.00	2,500,000,000.00	0.00	10.00	0.00		
Gastos Judiciales de Defensa - Evento	01-10-2016	01-10-2017	0.00	2,500,000,000.00	0.00	10.00	0.00		
***** COBERTURAS									

Por lo anterior, es claro que el *Ad-quem* debe valorar íntegramente las condiciones pactadas como parte del contrato de seguro y dar aplicación a las mismas, pues en el eventual caso de una condena debe quedar establecido cual es la vigencia que se afectará y con fundamento a que hecho debidamente acaecido durante dicha vigencia, pues solo de esta manera, puede encontrarse acaecido el siniestro y que determinada póliza resultará afectada, según sea procedente.

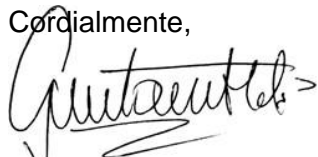
IV. PETICIÓN

Con fundamento en los argumentos anteriores y en lo pertinente a cada reparo, solicito respetuosamente al Honorable Tribunal que:

1. **REVOQUE** los numerales Segundo, Tercero, Cuarto, Quinto, y Sexto de la sentencia proferida el día 22 de julio de 2025 por parte del Juzgado Veinte (20) Civil del Circuito de Medellín, en donde de manera equivocada declaró responsable y condeno a COOMEVA EPS, y en razón al llamamiento en garantía a la **COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A.- SEGUROS CONFIANZA S.A.**, por el daño que sufrieron los demandantes en virtud de la supuesta responsabilidad derivada de la atención médica brindada durante los años 2011 a 2021.
2. En su lugar, comedidamente solicitó se **DECLAREN** probadas todas y cada una de las excepciones propuestas por mi representada en la contestación de la demanda.
3. Como consecuencia de la anterior petición, comedidamente solicitó se **NIEGUEN** las pretensiones de la demanda.

4. Subsidiariamente, en caso de no acceder a las solicitudes precedentes, solicitó **ESTABLECER DE FORMA ESPECIFICA** el orden de afectación de las pólizas, la vigencia afectada, la aplicación del deducible en conjunto con las de los llamados en garantía AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. y CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., para así **MODIFICAR** el numeral quinto y resulta claro para los extremos procesales la estipulación y obligación de cualquier condena.
5. Subsidiariamente, solicitó **REVOCAR** el numeral tercero, Cuarto de la sentencia proferida el día 17 de julio de 2025 por parte del Juzgado Diecisiete (17) Civil del Circuito de Oralidad de Cali, en donde de manera equivocada declaró responsable y condeno a COOMEVA EPS, y en razón al llamamiento en garantía a la **COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A.- SEGUROS CONFIANZA S.A.**, y en su lugar **MODIFIQUE** y **TASE ADECUADAMENTE** el valor de los perjuicios materiales e inmateriales conforme los fundamentos esbozados en este escrito.

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá

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