Señores

**JUZGADO PRIMERO (1°) CIVIL MUNICIPAL DE NEIVA - HUILA**

[cmpl01nei@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:cmpl01nei@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

|  |  |
| --- | --- |
| **REFERENCIA:**  **RADICADO:** | VERBAL  41001-40-03-001-**2024-00541**-00 |
| **DEMANDANTE:** | LUIS FELIPE PERALTA GARCÍA Y OTROS |
| **DEMANDADO:** | CLÍNICA UROS S.A.S. Y OTRO |
| **LLAMADO EN GARANTÍA:** | ALLIANZ SEGUROS S.A. |

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

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Apoderado General de **ALLIANZ SEGUROS S.A**., sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT 860.026.182-5, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio que se aporta con el presente documento, donde se observa el mandato general a mi conferido a través de escritura pública No. 5107 del 05 de mayo de 2004 otorgada en la Notaría 29 de la ciudad de Bogotá. Comedidamente procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** formulada por Luis Felipe Peralta García y otros y en acto seguido a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por la Clínica Uros S.A.S. en contra de Allianz Seguros S.A., anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

# CAPÍTULO I SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA PARCIAL

Se formula la presente solicitud toda vez que la Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0 mediante la cual se vincula a mi representada **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, mediante llamamiento en garantía, NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL para el caso de marras por cuanto no concurren los elementos de la modalidad *SUNSET* en la que fue pactada, configurándose la carencia de legitimación en la causa por pasiva por parte de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**

En este punto, es preciso rememorar que el artículo 278 del Código General del Proceso, que a su tenor literal reza:

***“ARTÍCULO 278. CLASES DE PROVIDENCIAS.*** *Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias.*

*(…)*

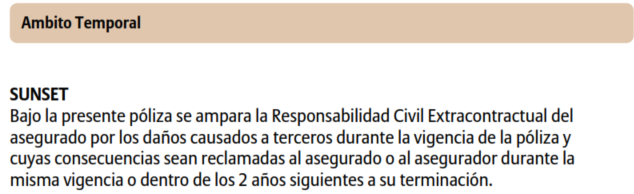
*En cualquier estado del proceso,* ***el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:***

*1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.*

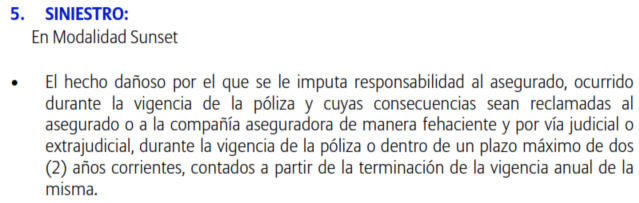
*2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.*

*3****.*** *Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva* ***y la carencia de legitimación en la causa****.”* (subrayado y negrilla fuera del texto original)”

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que mi representada expidió la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, vigente entre el 26 de junio de 2018 y el 25 de junio de 2019, la cual se pactó bajo la modalidad de cobertura denominada *SUNSET*, tal como se ilustra a continuación:



Lo anterior implica que la póliza solo podrá afectarse cuando concurran los siguientes presupuestos: **(i)** que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza, y **(ii)** **que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza o dentro de los 2 años siguientes a su terminación**. Así quedó expresamente consignado en la póliza:



Así las cosas, debe precisarse desde ya que el contrato de seguro documentado en la Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, **NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL** para los hechos objeto de litigio, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados. En efecto, si bien los hechos materia del litigio habrían ocurrido 04 de marzo de 2019 como lo enuncia el demandante, es decir, dentro de la vigencia de la mentada póliza (26 de junio de 2018 hasta el 25 de junio de 2019.), la reclamación que los demandantes formularon al asegurado Clínica Uros S.A.S ocurrió el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevada a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, la reclamación se produjo cuando el contrato de seguro ya no se encontraba vigente y cuando se había superado los dos años siguientes a esa terminación.

En consecuencia, solicito se profiera SENTENCIA ANTICIPADA PARCIAL declarando probada la excepción “NO SE CUMPLEN DE MANERA SIMULTÁNEA LOS PRESUPUESTOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA PACTADA EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022292076/0 Y, POR LO TANTO, NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS S.A.”, desestimando así cualquier pretensión a cargo de mi mandante. En atención a lo expuesto, solicito respetuosamente al señor Juez dictar sentencia anticipada.

**CAPÍTULO II**

**PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

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

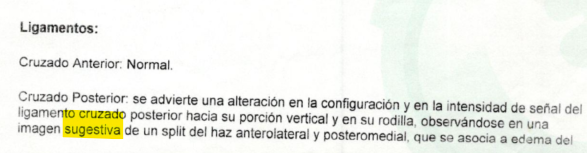
**Frente al SEGUNDO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del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

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

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

Sin perjuicio de lo anterior, de las pruebas obrantes en el plenario se observa que la Resonancia magnética de rodilla izquierda a la que se hace alusión en el hecho, no contiene un diagnóstico y en su lugar, se hace mención a una “imagen sugestiva”:

* **Resonancia de Rodilla Izquierda – 27 de julio de 2018**



Documento: Resonancia de Rodilla Izquierda 27/07/2018- Clínica Uros. S.A.

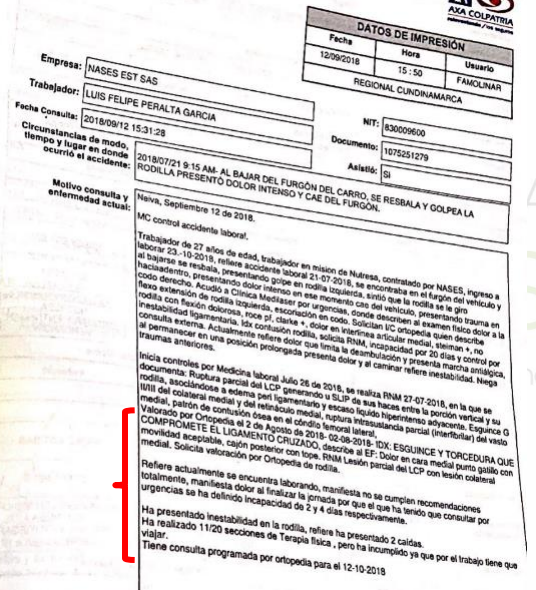
Transcripción esencial: “observándose una imagen sugestiva de un Split de haz anterolateral y posteromedial…*”*

De dicho estudio se emitió una mera opinión por parte de la especialidad de Radiología que de cualquier manera no constituye un diagnóstico final para el paciente y en tal sentido incurre en error la parte demandante.

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

Sin perjuicio de lo anterior, de las pruebas obrantes en el plenario se observa que el demandante acudió entre varias a una valoración médica laboral ante su ARL en donde se hicieron las siguientes anotaciones:

* **Valoración médico laboral del 12 de septiembre de 2018**



Documento: Concepto médico de aptitud laboral 12/09/2018 - ARL AXA Colpatria

Transcripción esencial: “refiere actualmente se encuentra laborando, manifiesta no se cumplen recomendaciones totalmente…(…) Ha realizado 11/20 secciones de terapia física, pero ha incumplido…(…)*”*

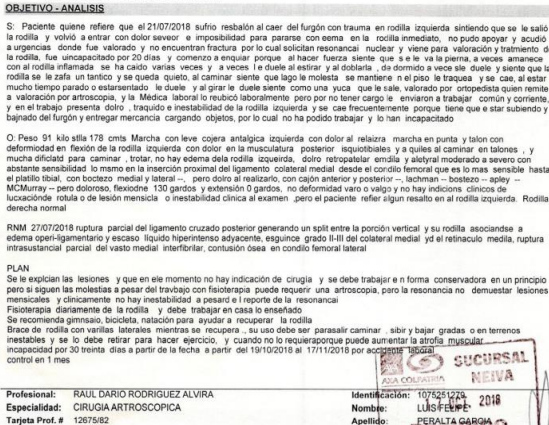
Es de vital importancia poner de presente la conducta del señor Peralta García, la cual claramente influyó en sus condiciones sintomatológicas por cuanto era necesario tratar su patología con una fase inicial de terapias descartándose en principio una intervención quirúrgica como vía de mayor resultado para su recuperación, lo cual exigía entonces que el paciente fuese diligente y responsable con el autocuidado y las propias recomendaciones médicas en pro de su recuperación.

No obstante, del material documental que se encuentra en el dossier se extrae que el señor Peralta García no seguía las recomendaciones médicas, circunstancias que influyó ciertamente en su condición general de salud y sus posibilidades físicas, en especial las que atañen a su extremidad inferior izquierda.

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

Sin perjuicio de lo anterior, de las pruebas obrantes en el plenario se observa que las lesiones padecidas por el señor Peralta contaban con una indicación de fisioterapia diaria de rodilla, trabajo sobre tales terapias en casa y un manejo conservador de su extremidad:

* **Valoración por especialidad de Ortopedia – Traumatología del 12 de octubre de 2018**



Documento: Valoración médica especialidad ortopedia – traumatología – sub especialidad cirugía artroscópica 12/10/2018 - ARL AXA Colpatria

Transcripción esencial: “PLAN Se le explican las lesiones y que en el evento no hay indicación de cirugía y se debe trabajar en forma conservadora en un principio, pero si siguen las molestias a pesar del trabajo con fisioterapia puede requerir una artroscopia, pero la resonancia no demuestra lesiones meniscales y clínicamente no hay inestabilidad a pesar del reporte de la resonancia. Fisioterapia diariamente de la rodilla y debe trabajar en casa lo enseñadlo. Se recomienda gimnasio, bicicleta, natación para ayudar a recuperar rodilla. (…)*”*

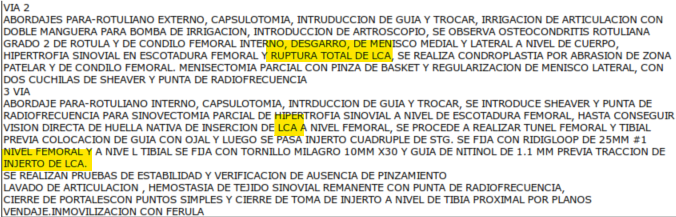
De la anterior valoración médica se resalta la importancia que tenía para la correcta recuperación del paciente el seguimiento estricto de las indicaciones médicas y el fortalecimiento de su rodilla izquierda con la práctica deportiva sumado a un ajuste de sus labores para cuidar de la misma. Dicha condición goza de especial relevancia, pues, el paciente no se adhirió al tratamiento y recomendaciones impartidas por el personal médico especialista.

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

Sin perjuicio de lo anterior, de las pruebas obrantes en el plenario se observa que la parte demandante incurre en error al afirmar que se indicó realizar una intervención quirúrgica en el ligamento que no correspondía. Lo anterior, pues, al persistir dudas sobre la condición del ligamento cruzado del paciente debido a que se mantenía una sospecha de lesión probable de ligamento cruzado, el personal médico y especialista solicitó cirugía artroscópica diagnostica terapéutica, la cual fue practicada el 04 de marzo de 2019 de la cual emanan múltiples anotaciones y descripciones del procedimiento así:

* **Cirugía del 04 de marzo de 2019**





Documento: Descripciones técnicas quirúrgicas 04/03/2019 – Clínica Uros S.A.S.

Transcripción esencial: “Introducción de artroscopio, se observa osteocondritis rotuliana grado 2 de rótula y de cóndilo femoral interno, desgarro, de menisco medial y lateral a nivel del cuerpo, hipertrofia sinovial en escotadura femoral y **ruptura total de LCA** (…)*”*

Tal y como se indica en las notas clínicas del paciente, la solicitud de cirugía artroscópica tenía fines diagnósticos, atendiendo a que subsistían dudas de que el ligamento cruzado posterior estuviese roto y fue entonces en el abordaje quirúrgico del 04 de marzo de 2019 el profesional especialista que adelantó el procedimiento encontró una ruptura total de ligamento cruzado anterior y realizó la corrección respectiva colocando un injerto en el ligamento cruzado anterior y finalizó con las pruebas de estabilidad y verificación de ausencia de pinzamiento. Finalmente, la intervención concluyó de manera exitosa.

Con lo anterior se descarta entonces la hipótesis a partir de la cual se estructura la imputación de responsabilidad que persigue la actora, entre tanto, en el caso que nos ocupa no existió un diagnóstico inicial de ruptura de ligamento cruzado posterior, pues lo que existió en un primer momento fue una mera opinión que llevo al personal médico a programar la intervención quirúrgica del 04 de marzo de 2019 y fue en la misma que se pudo establecer y concluir ciertamente como diagnóstico del señor Luis Felipe Peralta García una ruptura del ligamento cruzado **anterior.** De allí que no haya existido actuación u omisión alguna en cabeza de la Clínica Uros S.A.S. en tanto no existió error de diagnóstico, y mucho menos se operó un ligamento equivocado como afirma la parte activa de la litis, con ello queda sn sustento alguno la tesis de la demanda y deberán negarse las pretensiones.

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

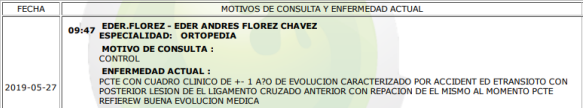
Sin perjuicio de lo anterior, de las pruebas obrantes en el plenario se observa que, la solicitud de cirugía artroscópica tenía fines diagnósticos, atendiendo a que subsistían dudas de que el ligamento cruzado posterior estuviese roto y fue entonces en el abordaje quirúrgico del 04 de marzo de 2019 el profesional especialista que adelantó el procedimiento encontró una ruptura total de ligamento cruzado anterior y realizó la corrección respectiva colocando un injerto en el ligamento cruzado anterior y finalizó con las pruebas de estabilidad y verificación de ausencia de pinzamiento. Finalmente, la intervención concluyó de manera exitosa.

Con lo anterior se descarta entonces la hipótesis a partir de la cual se estructura la imputación de responsabilidad que persigue la actora, entre tanto, en el caso que nos ocupa no existió un diagnóstico inicial de ruptura de ligamento cruzado posterior, pues lo que existió en un primer momento fue una mera opinión que llevo al personal médico a programar la intervención quirúrgica del 04 de marzo de 2019 y fue en la misma que se pudo establecer y concluir ciertamente como diagnóstico del señor Luis Felipe Peralta García una ruptura del ligamento cruzado **anterior.** De allí que no haya existido actuación u omisión alguna en cabeza de la Clínica Uros S.A.S.

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

Sin perjuicio de lo anterior, de las pruebas obrantes en el plenario se puede constatar a partir de las anotaciones de la historia clínica del paciente que el señor Peralta García tuvo una evolución postoperatoria satisfactoria:

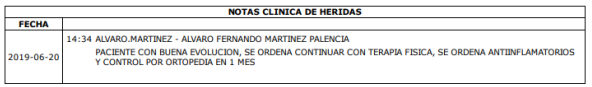
* **Consulta médica del 27 de mayo de 2019**



Documento: Consulta médica 27/05/2019 – Clínica Uros S.A.S.

Transcripción esencial: “Pcte con cuadro clínico del +-1 año de evolución caracterizado por accidente de tránsito con posterior lesión del ligamento cruzado anterior con reparación del mismo. Al momento **paciente refiere buena evolución médica**.*”*

* **Consulta médica del 20 de junio de 2019**



Documento: Consulta médica 20/06/2019 – Clínica Uros S.A.S.

Transcripción esencial: “paciente con buena evolución, se ordena continuar con terapia física.*”*

De las notas anteriores se concluye ciertamente que, el paciente gozó de seguimientos médicos estrictos y adecuados, con un acompañamiento en su evolución postquirúrgica la cual fue conveniente sin que haya existido una manifestación propia del paciente que lleve a considerar lo contrario y como se logra observar de dichas notas clínicas la recomendación médica de continuación con terapia física siempre se mantuvo. No obstante, como se puso de presente al despacho, el paciente no se adhirió a dichas recomendaciones médicas con anterioridad a la realización de la cirugía, lo que se extendió a su vez en su etapa postoperatoria como se consignó en anotaciones clínicas realizadas por personal médico de instituciones ajenas a mi asegurada, de las cuales se extraen anotaciones de atrofia de cuádriceps con indicación de fortalecimiento de cuádriceps para reacondicionamiento de su miembro inferior izquierdo incluyendo terapias para seguir haciendo en su casa.

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

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

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

Sin embargo, de las piezas documentales que obran en el expediente se encuentraun formulario de calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila con fecha del 15 de octubre de 2020 en donde se emitió un concepto final con valoración del 0,00%.

**Frente al hecho DÉCIMO TERCERO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin perjuicio de lo anterior, se hacen afirmaciones en el hecho que carecen de sustento y son totalmente subjetivas.

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

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

Sin perjuicio de lo anterior, se pone de presente al despacho que el análisis al que se hace referencia no fue emitido un una Junta debidamente autorizada de conformidad con lo establecido en la ley. Se reitera que, en el expediente se encuentraun formulario de calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila con fecha del 15 de octubre de 2020 en donde se emitió un concepto final con valoración del 0,00%.

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

Sin perjuicio de lo anterior, se pone de presente al despacho que el análisis al que se hace referencia no fue emitido un una Junta debidamente autorizada de conformidad con lo establecido en la ley. Se reitera que, en el expediente se encuentraun formulario de calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila con fecha del 15 de octubre de 2020 en donde se emitió un concepto final con valoración del 0,00%.

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

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

**Frente al hecho DÉCIMO NOVENO:** No es un hecho, es una simple manifestación subjetiva que realiza la actora sin fundamentos ni criterios médico – científicos, por lo que no revisten de valor alguno. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

No obstante, es adecuado precisar al Despacho que en el trámite de conciliación extrajudicial al que se hace referencia no fue convocada Allianz Seguros S.A.

**Frente al hecho VIGÉSIMO:** Es cierto de conformidad con las documentales que obran en el plenario.

**OPOSICIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

**FRENTE A LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS**

**Frente a la primera pretensión:** ME OPONGO a la declaratoria de responsabilidad civil de las demandadas. Toda vez que en este caso no se probó que la Clínica Uros S.A. ni sus médicos adscritos hayan incumplido con alguna obligación contractual a su cargo. En ese punto debe tenerse en consideración que a quien le asiste la carga de la prueba en el caso de marras es al Demandante, quien no allegó ningún medio de prueba tendiente a acreditar que la entidad médica o sus médicos adscritos incumplieron con su obligación de prestar el servicio médico en debida forma al paciente, por el contrario en la Historia Clínica es posible evidenciar que, la institución asegurada atendió con oportunidad, celeridad y pericia a los requerimientos del paciente, quien fue tratado sin demoras realizando con éxito una intervención quirúrgica el día 04 de marzo de 2019, sin que existan anotaciones en la historia clínica de las cuales pueda emitirse un reproche o que se pueda interpretar como una falencia en la atención médica. Del recuento documental obrante en el plenario se descarta la hipótesis a partir de la cual se estructura la imputación de responsabilidad que persigue la actora, entre tanto, en el caso que nos ocupa no existió un diagnóstico inicial de ruptura de ligamento cruzado posterior, pues lo que existió en un primer momento fue una mera opinión que llevo al personal médico a programar la intervención quirúrgica exploratoria del 04 de marzo de 2019 y fue en la misma que se pudo establecer y concluir ciertamente como se diagnosticó del señor Luis Felipe Peralta García una ruptura del ligamento cruzado **anterior.** Por lo indicado, se encuentra probado que la entidad hospitalaria, actuó con el cuidado y diligencia, destinando todos los medios para procurar el bienestar del paciente logrando un egreso en buenas condiciones y con adecuada evolución. Por lo anterior no están llamadas a prosperar las pretensiones de la demanda.

**Frente a la segunda pretensión:** Si bien en la misma no se hace referencia alguna a ALLIANZ SEGUROS S.A. ME OPONGO a lo pretendido por la parte demandante. A su vez, indistintamente de la existencia o no de una relación contractual entre el señor Álvaro Fernando Martínez Palencia y la Clínica Uros S.A., este último atendió con oportunidad, celeridad y pericia a los requerimientos del paciente, quien fue tratado sin demoras realizando con éxito una intervención quirúrgica el día 04 de marzo de 2019, sin que existan anotaciones en la historia clínica de las cuales pueda emitirse un reproche o que se pueda interpretar como una falencia en la atención médica. Del recuento documental obrante en el plenario se descarta la hipótesis a partir de la cual se estructura la imputación de responsabilidad que persigue la actora, entre tanto, en el caso que nos ocupa no existió un diagnóstico inicial de ruptura de ligamento cruzado posterior, pues lo que existió en un primer momento fue una mera opinión que llevo al personal médico a programar la intervención quirúrgica del 04 de marzo de 2019 y fue en la misma que se pudo establecer y concluir ciertamente como se diagnosticó del señor Luis Felipe Peralta García una ruptura del ligamento cruzado **anterior.** Por lo indicado, se encuentra probado que la entidad hospitalaria, actuó con el cuidado y diligencia, destinando todos los medios para procurar el bienestar del paciente logrando un egreso en buenas condiciones y con adecuada evolución. Por lo anterior no están llamadas a prosperar las pretensiones de la demanda.

**Frente a la tercera pretensión:** Del recuento documental obrante en el plenario se descarta la hipótesis a partir de la cual se estructura la imputación de responsabilidad que persigue la actora, entre tanto, en el caso que nos ocupa no existió un diagnóstico inicial de ruptura de ligamento cruzado posterior, pues lo que existió en un primer momento fue una mera opinión que llevo al personal médico a programar la intervención quirúrgica del 04 de marzo de 2019 y fue en la misma que se pudo establecer y concluir ciertamente como se diagnosticó del señor Luis Felipe Peralta García una ruptura del ligamento cruzado **anterior.** Por lo indicado, no están llamadas a prosperar las pretensiones de la demanda.

**FRENTE A LAS PRETENSIONES DE CONDENA**

**Frente a la primera pretensión:** ME OPONGO a la solicitud de pago de cualquier indemnización reclamada por la parte demandante atendiendo a la orfandad probatoria del asunto y que lleve a declarar la existencia de responsabilidad civil en cabeza de las demandadas. No sobra indicar que las pretensiones reclamadas carecen de fundamento y son por demás exorbitantes.

**PERJUICIOS PATRIMONIALES**

* **Oposición al reconocimiento del LUCRO CESANTE:** ME OPONGOa que se condene a los demandados al pago de suma alguna derivada del lucro cesante solicitado por la parte Demandante, por cuanto, para su reconocimiento resultaba necesario aportar medios probatorios adecuados que permitan pormenorizar a detalle el origen de cada una de las sumas que se enlistan en favor de cada demandante, no obstante, la suma total de $30.044.344 no se soportó de ninguna forma.

Así, resulta evidente que para reconocer la indemnización del lucro cesante es necesario, de un lado, estar en presencia de una alta probabilidad de que la ganancia esperada iba a obtenerse y de otro, que sea susceptible de evaluarse concretamente. Sin que ninguna de esas deducciones pueda estar soportada en simples suposiciones o conjeturas, porque de ser así, se estaría en frente de una utilidad meramente hipotética o eventual, máxime tratándose de una persona que mantuvo una relación laboral determinada por la obra o naturaleza de la labor contratada con pago por horas y sin una duración establecida. En este orden de ideas, es claro que en ningún caso procede el reconocimiento solicitado por la parte Demandante, toda vez que los supuestos perjuicios en los que se fundamentan las pretensiones de la demanda, fueron calculados con base a un supuesto ingreso que no se encuentra sustentado por ninguna prueba idónea.

**PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES**

* **Oposición al reconocimiento del DAÑO MORAL:** ME OPONGO a esta pretensión ante la desmesurada solicitud de perjuicios morales en favor de los demandantes. Lo cual es a todas luces improcedente, puesto que refleja un evidente ánimo especulativo y una errónea tasación de los perjuicios, en tanto que los mismos resultan exorbitantes según los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Suprema de Justicia. En efecto, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte Demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada y en tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto que supere los montos fijados a partir del desarrollo jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia. Lo anterior, por cuanto la indemnización como forma de reparar en cierta medida a la víctima no debe tener asomo de arbitrariedad, sino que debe obedecer a la evaluación de distintos factores que rodean tanto la ocurrencia del hecho, las condiciones de la propia víctima y la intensidad de las secuelas.

Teniendo en cuenta los elementos probatorios que reposan en el expediente y contemplando como parámetro y límite que en los casos más graves en los que las personas han quedado en condición de invalidez, la jurisprudencia ha reconocido una indemnización hasta de $60.000.000 a la víctima directa. Analizando lo anterior, de cara al caso concreto, es claro que, la suma solicitada para Luis Felipe Peralta y alcanza un total de $33.505.464 resulta claramente exorbitante en atención a los baremos indemnizatorios fijados en la jurisprudencia, máxime, porque en este caso no procede ninguna indemnización al no existir falla médica imputable a Clínica Uros.

* **Oposición al reconocimiento por DAÑO A LA SALUD:** ME OPONGO a que se condene a los demandados al pago de suma alguna por concepto de indemnización por daño a la salud a favor de la parte Demandante. Lo anterior, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a la pretensión principal y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo. Además, está pretensión resulta completamente improcedente toda vez que el daño a la salud en la jurisdicción civil no constituye un daño resarcible. Lo anterior, tal y como lo ha reconocido la Corte Suprema de Justicia en la sentencia del 05 de agosto de 2014.

**Frente a la segunda pretensión:** ME OPONGO a la solicitud de pago de cualquier indemnización reclamada por la parte demandante atendiendo a la orfandad probatoria del asunto y que lleve a declarar la existencia de responsabilidad civil en cabeza de las demandadas. No sobra indicar que las pretensiones reclamadas carecen de fundamento y son por demás exorbitantes.

**PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES**

* **Oposición al reconocimiento del DAÑO MORAL:** ME OPONGO a esta pretensión ante la desmesurada solicitud de perjuicios morales en favor de los demandantes. Lo cual es a todas luces improcedente, puesto que refleja un evidente ánimo especulativo y una errónea tasación de los perjuicios, en tanto que los mismos resultan exorbitantes según los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Suprema de Justicia. En efecto, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte Demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada y en tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto que supere los montos fijados a partir del desarrollo jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia. Lo anterior, por cuanto la indemnización como forma de reparar en cierta medida a la víctima no debe tener asomo de arbitrariedad, sino que debe obedecer a la evaluación de distintos factores que rodean tanto la ocurrencia del hecho, las condiciones de la propia víctima y la intensidad de las secuelas.

Teniendo en cuenta los elementos probatorios que reposan en el expediente y contemplando como parámetro y límite que en los casos más graves en los que las personas han quedado en condición de invalidez, la jurisprudencia ha reconocido una indemnización hasta de $60.000.000 a la víctima directa. Analizando lo anterior, de cara al caso concreto, es claro que, la suma solicitada para Joyce Ariana Peralta Mora y alcanza un total de $33.505.464 resulta claramente exorbitante en atención a los baremos indemnizatorios fijados en la jurisprudencia, máxime, porque en este caso no procede ninguna indemnización al no existir falla médica imputable a Clínica Uros.

**Frente a la tercera pretensión:** ME OPONGO a la solicitud de pago de cualquier indemnización reclamada por la parte demandante atendiendo a la orfandad probatoria del asunto y que lleve a declarar la existencia de responsabilidad civil en cabeza de las demandadas. No sobra indicar que las pretensiones reclamadas carecen de fundamento y son por demás exorbitantes.

**PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES**

* **Oposición al reconocimiento del DAÑO MORAL:** ME OPONGO a esta pretensión ante la desmesurada solicitud de perjuicios morales en favor de los demandantes. Lo cual es a todas luces improcedente, puesto que refleja un evidente ánimo especulativo y una errónea tasación de los perjuicios, en tanto que los mismos resultan exorbitantes según los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Suprema de Justicia. En efecto, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte Demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada y en tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto que supere los montos fijados a partir del desarrollo jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia. Lo anterior, por cuanto la indemnización como forma de reparar en cierta medida a la víctima no debe tener asomo de arbitrariedad, sino que debe obedecer a la evaluación de distintos factores que rodean tanto la ocurrencia del hecho, las condiciones de la propia víctima y la intensidad de las secuelas.

Teniendo en cuenta los elementos probatorios que reposan en el expediente y contemplando como parámetro y límite que en los casos más graves en los que las personas han quedado en condición de invalidez, la jurisprudencia ha reconocido una indemnización hasta de $60.000.000 a la víctima directa. Analizando lo anterior, de cara al caso concreto, es claro que, la suma solicitada para Keity Thaliana Peralta Mora y alcanza un total de $33.505.464 resulta claramente exorbitante en atención a los baremos indemnizatorios fijados en la jurisprudencia, máxime, porque en este caso no procede ninguna indemnización al no existir falla médica imputable a Clínica Uros.

Teniendo en cuenta los elementos probatorios que reposan en el expediente y contemplando como parámetro y límite que en los casos más graves en los que las personas han quedado en condición de invalidez, la jurisprudencia ha reconocido una indemnización hasta de $60.000.000 a la víctima directa. Analizando lo anterior, de cara al caso concreto, es claro que, la suma solicitada para Joyce Ariana Peralta Mora y alcanza un total de $33.505.464 resulta claramente exorbitante en atención a los baremos indemnizatorios fijados en la jurisprudencia, máxime, porque en este caso no procede ninguna indemnización al no existir falla médica imputable a Clínica Uros.

**Frente a la cuarta pretensión:** ME OPONGO a que se condene a las demandadas al pago de cualquier concepto de forma indexada atendiendo a la orfandad probatoria del asunto y que lleve a declarar la existencia de responsabilidad civil en cabeza de las demandadas.

**Frente a la quinta pretensión:** ME OPONGO a la condena en costas y agencias en derecho, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo de la litis. En su lugar, solicito condena en costas y agencias en derecho para la parte Demandante.

**OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO**

De conformidad con lo establecido en el inciso primero del Art. 206 del CGP[[1]](#footnote-1) y con el fin mantener

un equilibrio procesal, garantizar pedimentos razonables y salvaguardar el derecho de defensa de

mi procurada, procedo a **OBJETAR** el Juramento Estimatorio de la Demanda. Lo mencionado, toda

vez que se evidencia la ausencia de pruebas que permitan inferir la viabilidad del reconocimiento de las sumas que se indican en dicho acápite en suma de la inclusión de conceptos que obedecen a perjuicios extrapatrimoniales.

Es preciso señalar que, en materia de indemnización de perjuicios, opera el principio de que el daño y su cuantía deben estar plenamente probados para proceder a su reconocimiento, toda vez que al juzgador le está relegada la posibilidad de presumir como cierto un perjuicio y más aún la magnitud del mismo. En efecto, con miras a la obtención de una indemnización, no basta alegar el supuesto detrimento, por cuanto el mismo no es susceptible de presunción, sino que es obligatorio acreditar debidamente su cuantificación.

En este sentido lo ha indicado la H. Corte Suprema de Justicia, como se expone a continuación:

*“(...) No sobra indicar que* ***la valoración del juramento estimativo debe sujetarse a las reglas de apreciación del mismo****, en virtud de las cuales,* ***no basta con las afirmaciones del demandante, pues es menester de una parte, que las sumas se encuentren señaladas de manera razonada****, y de otra, que de conformidad con la sustancialidad de las formas debe mediar un principio de acreditación, siquiera precario, de cuanto se expresa en él (…) Luego,* ***si no se tiene prueba del daño****, pues el juramento estimatorio a lo sumo constituye —de ser razonable— prueba de su cuantía,* ***no se puede reconocer indemnización en los términos reclamados por el recurrente****, como ocurre en el presente asunto (…)”[[2]](#footnote-2)* (Negrilla por fuera del texto original.)

De acuerdo con el Art. 206 del CGP, la parte demandante deberá indicar en el texto en el cual se hace el juramento estimatorio lo siguiente: 1. Que se afirma bajo la gravedad del juramento; 2. Que se trata de juramento estimatorio; 3. El valor de cada uno de los conceptos, rubros o partidas que componen la indemnización, frutos, mejoras o compensación, en este tipo de escenarios, incluir los conceptos por perjuicios materiales (lucro cesante); 4. El valor total y; 5. Las razones que se tuvo en cuenta para cada uno de los valores asignados, exponiéndolos con precisión, claridad y con fundamento en pruebas.

En el caso que nos convoca, es vital indicar que se no se cumple con el quinto requisito puesto que*,* si bien expone las razones por las cuales presuntamente se le causaron unos perjuicios materiales y de lucro cesante, sus aseveraciones no fueron respaldadas con medios de prueba suficientes. En efecto, solicitó la actora por concepto de **lucro cesante** la suma de **$30.044.344,** que según aducen los demandantes emanan de una pérdida de ganancia legítima o de utilidad económica que no se enuncia de la más mínima forma, procediendo a enlistar las sumas pretendidas sin mayor explicación, sustento y mucho menos sin anexar un documento que las soporte ya que no hay prueba del ingreso y sobre todo del nexo causal entre la atención médica y la cesación del puesto de trabajo. Nótese como brilla por su ausencia la sustento sobre los ingresos fijos del demandante, periodos de tiempo o en su defecto cualquier clase de dato que permita acreditar que la cuantificación pretendida para el demandante tiene sentido, sin que deba omitir el despacho que en todo caso no existencia de prueba alguna de la mera existencia de una ganancia percibida por el demandante y que a partir de la misma se pueda desarrollar un cálculo que brinde un valor como el que se pretende sin argumentos.

Con lo dicho, es preciso advertir que la estimación de perjuicios realizada por el extremo actor adolece de serios defectos en su liquidación. la estimación de perjuicios liquidada por los demandantes adolece de sendas falencias aritméticas al tomar por ciertos unos ingresos no acreditados, y sin fundamento alguno. Siendo en todo caso preciso advertir que la operación matemática empleada en la demanda desconoce las fórmulas matemáticas empleadas por la H. Corte Suprema de Justicia para la estimación económica de estos perjuicios. En conclusión, las determinaciones arbitrarias de la parte actora para liquidar un perjuicio que hasta esta instancia procesal es inexistente por no estar debidamente probado, sólo revela un afán de lucro injustificado.

De conformidad con lo expuesto, se puede concluir que es evidente que, con las peticiones indemnizatorias por concepto de lucro cesante y daño emergente, indiscutiblemente la actora desea lucrarse, pues la configuración de los presupuestos para el reconocimiento de dichos conceptos no está acreditada en el plenario. Con todo, en el entendido de que las sumas consignadas en el acápite del juramento estimatorio no obedecen a la realidad probatoria allegada al proceso, solicito respetuosamente ordenar la regulación de la cuantía y dar aplicación a lo dispuesto en el inciso primero del Art. 206 del CGP.

**EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA**

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

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

1. **INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA Y DE RESPONSABILIDAD, DEBIDO A LA PRESTACIÓN DILIGENTE, OPORTUNA, ADECUADA, CUIDADOSA CARENTE DE CULPA REALIZADA POR LA CLÍNICA UROS S.A.**

En el caso que nos atañe, no existe falla médica que se pueda imputar a la Clínica Uros S.A.S., o a sus galenos por la atención médica prestada al señor Luis Felipe Peralta García, dado que el accionar del personal médico fue adecuado y diligente desde su ingreso a las instalaciones de la clínica. Debe aclararse que, la intervención quirúrgica narrada en la demanda, la cual fue programada y realizada el día 04 de marzo de 2019 en la cual se hizo una cirugía artroscópica diagnóstica terapéutica se adelantó con normalidad y fue exitoso conforme se encuentra descrito en las anotaciones de la historia clínica del paciente, de hecho dicho procedimiento era necesario para definir el tipo de afectación del ligamento cruzado que presentó el paciente puesto que con anterioridad los medios imagenológicos no brindaban certeza, por lo tanto lo cierto es que la Clínica Uros a través de sus galenos puso en marcha toda la atención necesaria para tratar al paciente, en consecuencia no hubo error de diagnóstico y mucho menos se operó un ligamento equivocado como lo sostiene el demandante.

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

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

“*La comunicación de que* ***la obligación médica es de medio y no de resultado,*** *es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacérsele saber cuál es la responsabilidad médica*”.[[3]](#footnote-3) - (Subrayado y negrilla por fuera de texto).

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

“(…) **El médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo;** de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”.[[4]](#footnote-4) - (Subrayado y negrilla por fuera de texto).

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

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

*(…)*

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

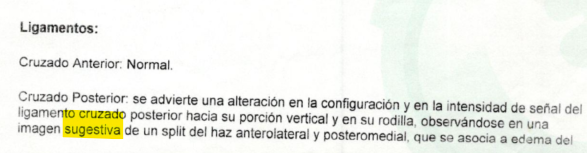
Previo al análisis que se realizará respecto de la diligencia de los sujetos que componen el extremo pasivo del litigio, es menester precisar el contenido obligacional al que están sometidos los médicos y el régimen jurídico que de este se desprende. Esto es, la sujeción a una obligación de medios en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

Conforme a lo precitado, en el presente caso se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por la parte activa para configurar responsabilidad de las Instituciones médicas. Puesto que la obligación en la prestación del servicio de salud es de medios, en virtud de la norma precitada. Aunado a ello, la parte demandante debe demostrar la configuración de los tres elementos sine qua non para determinar la responsabilidad, esto es (i) La falla, (ii) El daño antijurídico y (iii) El nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, lejos de probar el error médico y los tres aspectos anotados con anterioridad, de la documentación que conforma el expediente se puede observar que la atención médica brindada por Clínica Uros S.A.S. y sus galenos quienes brindaron una atención médica diligente en la intervención quirúrgica adelantada el 04 de marzo de 2019, estuvo sujeta a los más altos estándares médicos al momento de proporcionar un servicio de salud al señor Peralta.

Dicho lo anterior, pasamos a referenciar las atenciones dispensadas al paciente entre las cuales se incluyen las de mi asegurada y que se dieron entre los años 2018 y 2019, cuando el señor Peralta requirió del servicio con ocasión al hecho acaecido en el desarrollo de sus obligaciones laborales, iniciando con la resonancia magnética realizada en sede de mi asegurada Clínica Uros S.A.S.:

* **Resonancia de Rodilla Izquierda – 27 de julio de 2018**

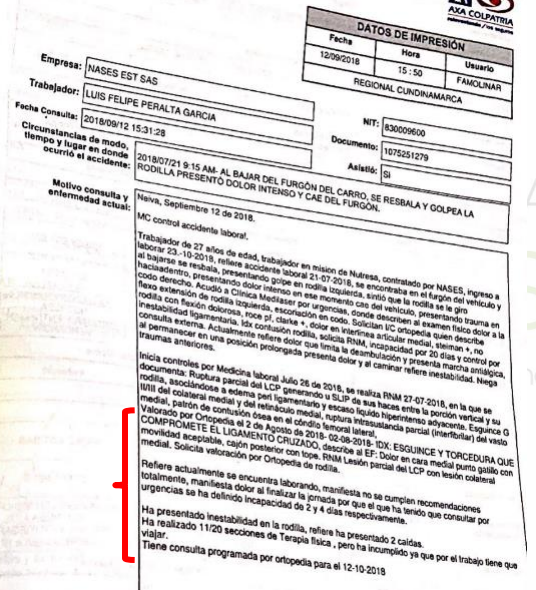


Documento: Resonancia de Rodilla Izquierda 27/07/2018- Clínica Uros S.A.S.

Transcripción esencial: “observándose una imagen sugestiva de un Split de haz anterolateral y posteromedial…*”*

De dicho estudio se emitió una mera opinión por parte de la especialidad de Radiología que de cualquier manera no constituye un diagnóstico final para el paciente y en tal sentido incurre en error la parte demandante, pues pretende a partir de la misma hacer creer al despacho que al señor Luis Felipe Peralta se le formuló un diagnóstico final que exigía la realización de una reconstrucción de ligamento cruzado anterior, circunstancia que claramente escapa de la realidad y que podrá ser descartada con el desglose de la historia clínica que fue creada en razón de las atenciones dispensadas.

* **Valoración médico laboral del 12 de septiembre de 2018**

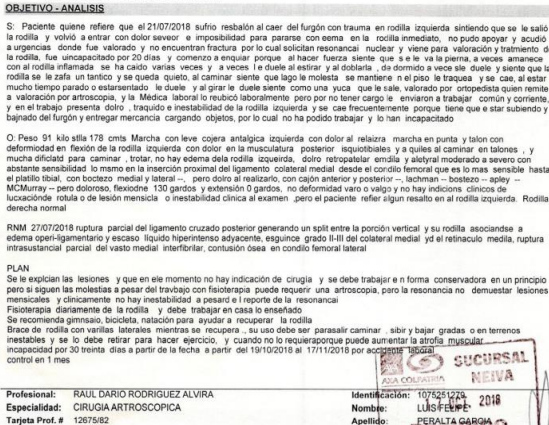


Documento: Concepto médico de aptitud laboral 12/09/2018 - ARL AXA Colpatria

Transcripción esencial: “refiere actualmente se encuentra laborando, manifiesta no se cumplen recomendaciones totalmente… (…) Ha realizado 11/20 secciones de terapia física, pero ha incumplido… (…)*”*

Es de vital importancia poner de presente las indicaciones del personal encargado de atender al paciente de manera previa y posterior a la intervención quirúrgica adelantada el 04 de marzo de 2019, atendiendo a que la misma conducta del señor Peralta García influyó en sus condiciones sintomatológicas por cuanto era necesario tratar su patología con una fase inicial de terapias descartándose en principio una intervención quirúrgica como vía de mayor resultado para su recuperación, lo cual exigía entonces que el paciente fuese diligente y responsable con el autocuidado y las propias recomendaciones médicas en pro de su recuperación. No obstante, del material documental que se encuentra en el dossier se extrae que el señor Peralta García no seguía las recomendaciones médicas, circunstancias que influyó ciertamente en su condición general de salud y sus posibilidades físicas, en especial las que atañen a su extremidad inferior izquierda.

* **Valoración por especialidad de Ortopedia – Traumatología del 12 de octubre de 2018**



Documento: Valoración médica especialidad ortopedia – traumatología – subespecialidad cirugía artroscópica 12/10/2018 - ARL AXA Colpatria

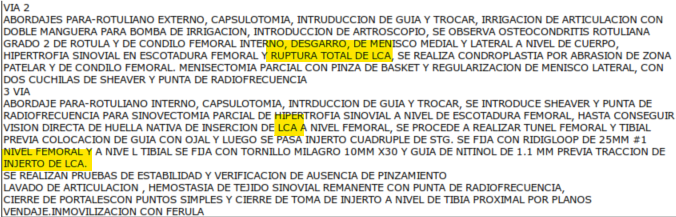
Transcripción esencial: “PLAN Se le explican las lesiones y que en el evento no hay indicación de cirugía y se debe trabajar en forma conservadora en un principio, pero si siguen las molestias a pesar del trabajo **con fisioterapia puede requerir una artroscopia**, pero la resonancia no demuestra lesiones meniscales y clínicamente no hay inestabilidad a pesar del reporte de la resonancia. Fisioterapia diariamente de la rodilla y debe trabajar en casa lo enseñado. Se recomienda gimnasio, bicicleta, natación para ayudar a recuperar rodilla. (…)*”*

De la anterior valoración médica se resalta la importancia que tenía para la correcta recuperación del paciente el seguimiento estricto de las indicaciones médicas y el fortalecimiento de su rodilla izquierda con la práctica deportiva sumado a un ajuste de sus labores para cuidar de la misma. Dicha condición goza de especial relevancia pues, el paciente no se adhirió al tratamiento y recomendaciones impartidas por el personal médico especialista.

Posteriormente, al persistir dudas sobre la condición del ligamento cruzado del paciente debido a que se mantenía una sospecha de lesión probable de ligamento cruzado, el personal médico y especialista solicitó cirugía artroscópica diagnostica terapéutica, la cual fue practicada el 04 de marzo de 2019 de la cual emanan múltiples anotaciones y descripciones del procedimiento así:

* **Cirugía del 04 de marzo de 2019**





Documento: Descripciones técnicas quirúrgicas 04/03/2019 – Clínica Uros S.A.S.

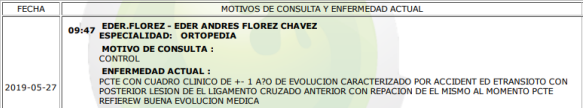
Transcripción esencial: “Introducción de artroscopio, se observa osteocondritis rotuliana grado 2 de rótula y de cóndilo femoral interno, desgarro, de menisco medial y lateral a nivel del cuerpo, hipertrofia sinovial en escotadura femoral y **ruptura total de LCA** (…)*”*

Tal y como se indicó en las notas clínicas del paciente, la solicitud de cirugía artroscópica tenía fines diagnósticos, atendiendo a que subsistían dudas de que el ligamento cruzado posterior estuviese roto y fue entonces en el abordaje quirúrgico del 04 de marzo de 2019 el profesional especialista que adelantó el procedimiento encontró una ruptura total de ligamento cruzado anterior y realizó la corrección respectiva colocando un injerto en el ligamento cruzado anterior y finalizó con las pruebas de estabilidad y verificación de ausencia de pinzamiento. Finalmente, la intervención concluyó de manera exitosa.

Con lo anterior se descarta entonces la hipótesis a partir de la cual se estructura la imputación De responsabilidad que persigue la actora, entre tanto, en el caso que nos ocupa no existió un diagnóstico inicial de ruptura de ligamento cruzado posterior, pues lo que existió en un primer momento fue una mera opinión que llevo al personal médico a programar la intervención quirúrgica del 04 de marzo de 2019 y fue en la misma que se pudo establecer y concluir ciertamente como diagnóstico del señor Luis Felipe Peralta García una ruptura del ligamento cruzado **anterior.** De allí que no haya existido actuación u omisión alguna en cabeza de la Clínica Uros S.A.S.

Así mismo, se puede constatar a partir de las anotaciones de la historia clínica del paciente que el señor Peralta García tuvo una evolución postoperatoria satisfactoria:

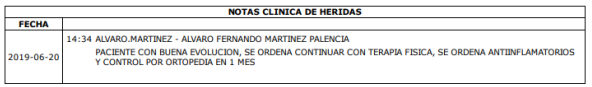
* **Consulta médica del 27 de mayo de 2019**



Documento: Consulta médica 27/05/2019 – Clínica Uros S.A.S.

Transcripción esencial: “Pcte con cuadro clínico del +-1 año de evolución caracterizado por accidente de tránsito con posterior lesión del ligamento cruzado anterior con reparación del mismo. Al momento **paciente refiere buena evolución médica**.*”*

* **Consulta médica del 20 de junio de 2019**



Documento: Consulta médica 20/06/2019 – Clínica Uros S.A.S.

Transcripción esencial: “paciente con buena evolución, se ordena continuar con terapia física.*”*

De las notas anteriores se concluye ciertamente que, el paciente gozó de seguimientos médicos estrictos y adecuados, con un acompañamiento en su evolución postquirúrgica la cual fue conveniente sin que haya existido una manifestación propia del paciente que lleve a considerar lo contrario y como se logra observar de dichas notas clínicas la recomendación médica de continuación con terapia física siempre se mantuvo. No obstante, como se puso de presente al despacho, el paciente no se adhirió a dichas recomendaciones médicas con anterioridad a la realización de la cirugía, lo que se extendió a su vez en su etapa postoperatoria como se consignó en anotaciones clínicas realizadas por personal médico de instituciones ajenas a mi asegurada, de las cuales se extraen anotaciones de atrofia de cuádriceps con indicación de fortalecimiento de cuádriceps para reacondicionamiento de su miembro inferior izquierdo incluyendo terapias para seguir haciendo en su casa. De allí que el actuar médico se ajustara a la lex artis y en su defecto se pueda concluir que no subsistían condiciones específicas o especiales para que el personal médico encargado extendiera la estancia hospitalaria del paciente y mucho menos se encuentran manifestaciones propias del paciente en donde describa condiciones particulares con posterioridad a la realización de los procedimientos antes descritos.

Del recuento anterior se concluye ciertamente que, se aseguraron los estándares de la más alta calidad para la atención por urgencias y la realización de procedimientos quirúrgicos que requirió el paciente, se brindó la supervisión requerida y se garantizaron los cuidados posteriores, por lo que la atención que se brindó en sede de la Clínica Uros S.A.S. al señor Peralta fue diligente, procurando salvaguardar su salud y su bienestar, sin que pueda relacionarse la conducta médica con un presunto cuadro de disfunción eréctil, del cual en todo caso no obra una prueba concluyente dentro del expediente.

En síntesis, no se puede imputar falla médica alguna a la Clínica Uros S.A.S. ni a sus galenos, por la atención brindada al señor Luis Felipe Peralta García. Desde el momento en que requirió del servicio médico en sede de mi asegurada, el personal médico actuó con diligencia y de manera adecuada, sin que exista una conducta impropia o ajena a la realidad clínica del paciente que desencadenara en situaciones adversas o secuelas en sus capacidades físicas y vitales, las cuales en todo caso si se llega a constatar que subsisten de alguna forma en la humanidad del demandante, son totalmente ajenas al actuar y control médico.

La complejidad de las condiciones de salud y antecedentes del paciente, incluyendo factores como su pobre adherencia a las recomendaciones médicas y terapias físicas ordenadas no deben dejarse fuera del análisis del caso concreto. No obstante se reitera que las imputaciones que eleva la actora son por demás subjetivas y pretender inducir en error al despacho pues se constata que el diagnóstico que se dio al paciente pudo darse de manera acertada al momento de la realización de la cirugía artroscópica diagnóstica y terapéutica del 04 de marzo de 2019 en donde se logró identificar que el paciente tenía una ruptura total de ligamento cruzado **anterior** y no una ruptura parcial de ligamento cruzado posterior como erróneamente se plantea en la demanda. Adicionalmente, se tiene que la cirugía realizada concluyó con éxito con una prueba de estabilidad y verificación de ausencia de pinzamiento, continuando el seguimiento médico en consultas postoperatorias para verificar el estado de la paciente y su evolución, sin que se encuentre una manifestación propia del paciente que de cuenta de condiciones extrañas u opuestas a una buena recuperación y contrario a ello dejan en evidencia que el paciente no realizó las terapias físicas requeridas para el fortalecimiento muscular de su extremidad inferior izquierda, la cual ya no contaba con requerimientos quirúrgicos adicionales y solo podía mostrar una completa mejoría si el paciente cumplía con las terapias físicas de fortalecimiento y ajuste en su rol laboral, lo que finalmente no ocurrió y claramente es totalmente ajeno a las demandadas.

En conclusión, del estudio de la historia clínica obrante en el proceso se evidencia claramente que las entidades demandadas obraron con la debida diligencia, oportunidad e idoneidad frente a la atención en salud prestada al paciente Peralta, puesto que se encuentra totalmente probado que los galenos tratantes desplegaron conductas tendientes a darle el manejo adecuado en su etapa preoperatoria y post operatoria. La atención en la Clínica Uros S.A.S. fue adecuada y conforme a los estándares médicos, considerando las mismas particularidades que tenía el paciente en su momento y que se desarrollan de manera particular en cada paciente. No se evidencia ninguna falla en el servicio de salud que pueda atribuirse a una falta de diligencia o pericia médica y claramente no obra sustento alguno que lleve a considerar que mi asegurada obro de forma omisiva o en su defecto incumplió con los deberes que la ley le ordena, pues no negó la realización de ningún examen o ayuda diagnóstica, monitoreo, procedimiento quirúrgico o seguimiento médico para el señor Peralta, y mucho menos se produjo un error en la realización de la intervención quirúrgica del 04 de marzo de 2019 pues se encontró una ruptura total del ligamento cruzado anterior de su extremidad inferior izquierda y se corrigió exitosamente dicha lesión, lo que desacredita en toda medida las alegaciones de los Demandantes frente a una supuesta responsabilidad por parte de la demandada.

Solicito respetuosamente señor Juez, tener como probada esta excepción

1. **INEXISTENTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DE LA CLÍNICA UROS S.A.S.**

Se formula esta excepción con el fin de exponer la inexistencia de nexo causal entre las conductas de la Clínica Uros S.A.S. y los supuestos daños ocasionados al señor Luis Felipe Peralta García. En primer lugar, debe decirse que no existe una relación de causalidad entre el perjuicio reclamado por los demandantes, esto es, las presuntas secuelas que presentó el señor Peralta, y la actuación de los médicos de la Clínica Uros S.A.S. Al respecto, vale la pena aclarar que en ningún aparte de la Historia Clínica es posible concluir que las demandadas hayan actuado de forma imprudente o negligente en los servicios médicos prestados al paciente y que por ello se haya producido un supuesto cuadro de pérdida de movilidad, inestabilidad y dolor en su rodilla izquierda.

Ahora bien, la parte Demandante funda el litigio que nos ocupa en la supuesta responsabilidad que recae en las demandas ante el supuesto cuadro médico de pérdida de movilidad, inestabilidad y dolor en su rodilla izquierda. Sin embargo, el dicho de los demandantes no está sustentado con ningún medio de prueba, máxime si tienen en cuenta que se trata de una persona que no atendió las recomendaciones médicas de manera previa y posterior a la intervención quirúrgica adelantada el 04 de marzo de 2019. Así, ante esta insuficiencia demostrativa deberán despacharse desfavorablemente todas las pretensiones indemnizatorias de la parte Demandante, pues no cumple con demostrar fehacientemente los elementos estructurales de la responsabilidad.

En este punto resulta válido rememorar que 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.”[[5]](#footnote-5)*

Esta excepción se funda, además de lo expuesto, en dos elementos esenciales ***(i)*** No existe en el expediente prueba alguna que pueda acreditar que las presuntas secuelas consistentes en pérdida de movilidad, inestabilidad y dolor en su rodilla izquierda que dice padecer el señor Peralta sean atribuibles a la Clínica Uros S.A.S. ***(ii)*** A quien le asiste la carga de la prueba en el caso de marras es a la parte Demandante, quien no allegó ningún medio de prueba médico – científico tendiente a acreditar su hipótesis y las mismas secuelas que dice padecer. Así las cosas, toda vez que no existe prueba alguna que acredite relación de causalidad entre el supuesto perjuicio alegado y la actuación de las instituciones prestadoras de salud deben despacharse desfavorablemente las peticiones del accionante.

Por ende, la falencia de ese requisito indispensable destruye cualquier posibilidad de erigir válidamente un cargo de responsabilidad civil contra aquella. En este orden de cosas, es claro, como lo sostuvo el profesor Valencia Zea y lo ha recogido la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, que en los eventos en que existen diferentes causas de un daño, el compromiso de la responsabilidad sólo se podrá predicar respecto de quien genera la condición o causa que efectivamente lo produce. Por eso, la responsabilidad profesional médica no puede deducirse si no cuando proviene y se demuestra que fue generada por el imputado.

Por otro lado, es claro que, primero, está demostrada la plena diligencia, oportunidad y profesionalismo con la que se prestó el servicio médico al paciente; en segundo lugar, se destinaron todos los medios para para procurar el bienestar del señor Peralta, pues se suministraron los medios, insumos, y herramientas para que el demandante estuviera en óptimas condiciones, lo que nos lleva a concluir que por ningún motivo puede atribuirse responsabilidad alguna a la entidad hospitalaria, dado que, la entidad hospitalaria actuó de conformidad con la lex artis.

Además, tal y como se evidencia en la Historia Clínica, no hay evidencia que indique que la intervención realizada el 04 de marzo de 2019 y las atenciones médicas de evolución post operatoria realizadas en sede de mi asegurada hayan sido desencadenante en condiciones de salud adversas o no llevaron a la mejoría del paciente. Los registros médicos documentan que no se observaron signos específicos de alarma. Estas medidas demuestran el compromiso del equipo médico quien busco permanentemente el bienestar del paciente, conforme a los estándares de la **lex artis**.

En conclusión, bajo ninguna circunstancia existió actuación negligente o en su defecto se observaron condiciones adversas en razón a la intervención quirúrgica adelantada el 04 de marzo de 2019 en la cual no existió error alguno al intervenirse adecuadamente el ligamento que presentaba ruptura (anterior) o en su defecto las atenciones médicas postoperatorias dispensadas por la Clínica Uros S.A.S. al señor Luis Felipe Peralta García, pues la institución asegurada efectuó los procedimientos, y exámenes clínicos así como diagnósticos requeridos para procurar el bienestar del paciente. En ese orden de ideas, resulta claro que no se generó daño alguno o en su defecto no desencadeno del actuar médico alguna de las secuelas que se describen en la demanda como lo son la presunta pérdida de movilidad, inestabilidad y dolor rodilla izquierda. De modo que, al no acreditarse uno de los elementos estructurales de la responsabilidad, esto es, el nexo causal entre la conducta de las demandadas y la muerte del paciente no resulta posible la declaratoria de responsabilidad.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

1. **INCUMPLIMIENTO DE LAS CARGAS QUE TRATA EL ARTICULO 167 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO.**

En los hechos y las pretensiones de la demanda, la parte demandante pretende endilgarle una responsabilidad al extremo pasivo puesto que, según su dicho, las consecuencias de los procedimientos quirúrgicos que se le tuvieron que practicar, atienden al actuar negligente de las demandadas. Sin embargo, dichas alegaciones no tienen sustento probatorio alguno en el plenario del proceso, pues no se aporta ninguna prueba adicional a la Historia Clínica de la cual se desprende que la Clínica Uros S.A.S. y el Dr. Álvaro Fernando Martínez Palencia actuaron en cumplimiento de la *lex artis*. Lo que no debe perderse de vista por el juzgador, puesto que, ante el incumplimiento de la carga probatoria que recaía en los actores, es jurídicamente improcedente declarar una responsabilidad.

Así las cosas, para el caso concreto no podría endilgarse ningún tipo de responsabilidad al extremo pasivo, puesto que en ningún momento se ha demostrado mediante prueba o elemento de juicio suficiente, que el presunto daño sufrido por los demandantes con ocasión a los procedimientos adelantados al señor Luis Felipe Peralta García y que tengan como hecho generador alguna conducta de la IPS y el galeno demandados. Ello por cuanto es claro que la carga de la prueba relativa a los elementos de la responsabilidad recae sobre la demandante, por cuanto su mero dicho no constituye medio de prueba que demuestre las circunstancias referidas en su líbelo demandatorio. Así lo ha confirmado la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades, específicamente en sentencia del 01 de junio de 2016 en la que dispuso:

*“Planteadas así las cosas, debe decirse que no es cierto lo manifestado por el recurrente en el sentido de que en este asunto la parte actora estaba relevada por completo de la carga de la prueba, habida cuenta que es sabido que quien pretende un derecho tiene la carga de alegar y probar los hechos que lo producen, pues «****De antaño se ha considerado como principio universal en cuestión de la carga probatoria, que quien afirma una cosa es quien está obligado a probarla, obligando a quien pretende o demanda un derecho, que lo alegue y demuestre los hechos que lo gestan o aquellos en que se funda****, desplazándose la carga de la prueba a la parte contraria cuando se opone o excepciona aduciendo en su defensa hechos que requieren igualmente de su comprobación, debiendo desvirtuar la prueba que el actor haya aportado como soporte de los supuestos fácticos propios de la tutela jurídica efectiva del derecho reclamado”[[6]](#footnote-6)* - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

De modo que, ante la ausencia de prueba de este elemento esencial que se encontraba en cabeza del actor, no procede declaratoria de responsabilidad alguna contra el extremo pasivo. Pues es claro que no podrá entenderse probada la responsabilidad con el mero dicho de la demandante, sin que medie ninguna prueba que acredite fehacientemente que el daño que alegan en este proceso haya acaecido como consecuencia de acción u omisión de las demandadas. Lo anterior ha sido decantado por la Corte Suprema de Justicia en distintas ocasiones, tal como lo rememoró el Tribunal Superior de Bogotá en sentencia del 18 de mayo de 2011, en la que expuso:

***“La Corporación recordó que es necesario que se allegue el material respectivo, sin que las afirmaciones que se realicen por el interesado, sean suficientes para ello, pues, con arreglo al principio universal de que nadie puede hacerse su propia prueba, una decisión no puede fundarse exclusivamente en lo que una de las partes afirma a tono con sus aspiraciones.*** *Sería desmedido que alguien pretendiese que lo que afirma en un proceso se tenga por verdad, así y todo sea muy acrisolada la solvencia moral que se tenga. De ahí que la Corte Suprema de Justicia haya dicho en un importante número de veces que es principio general de derecho probatorio y de profundo contenido lógico, que la parte no puede crearse a su favor su propia prueba. Quien afirma un hecho en un proceso tiene la carga procesal de demostrarlo con alguno de los medios que enumera el artículo 175 del Código de Procedimiento Civil, con cualesquiera formas que sirvan para formar el convencimiento del Juez. Esa carga... que se expresa con el aforismo onus probandi incumbit actori no existiría, si al demandante le bastara afirmar el supuesto de hecho de las normas y con eso no más quedar convencido el Juez”[[7]](#footnote-7)* - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

Así las cosas, para el caso concreto no podría endilgarse ningún tipo de responsabilidad al extremo pasivo, puesto que en ningún momento se ha demostrado mediante prueba o elemento de juicio suficiente, que el daño que alegan los actores en este proceso haya acaecido como consecuencia de acción u omisión de las demandadas, en particular, de la llamante en garantía. Por el contrario, pretende que se reconozca una responsabilidad basada en sus meras afirmaciones que no se encuentran soportadas en ningún caso, por cuanto al plenario no se aportó siquiera prueba documental diferente a la Historia Clínica, que permita acreditar que las circunstancias en que se produjo las supuestas afecciones del paciente ocurrieran bajo las condiciones que se exponen en la demanda.

En conclusión, deberá tenerse como probada esta excepción, teniendo en cuenta que en este caso concreto no existe ninguna prueba que acredite el dicho de la parte demandante, es decir, no hay prueba alguna que demuestre que el supuesto daño del señor Luis Felipe Peralta García sea consecuencia de algún a conducta imputable a las demandadas. Lo que de contera implica que resulte imposible jurídicamente declarar la responsabilidad en cabeza del extremo pasivo, pues no existe prueba de tal circunstancia. En ese sentido, al no existir prueba del hecho generador, no es dable endilgar ningún tipo de responsabilidad a la demandada.

Por lo anterior, solicito señor Juez tenga como probada esta excepción.

# IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL LUCRO CESANTE

Si se revisa el acápite de pretensiones de la demanda la parte demandante se limita a definir brevemente el concepto de lucro cesante y procede a enlistar las sumas que alcanza un total de $30.044.344 aun cuando no se encuentra el más mínimo sustento del origine de dichas sumas, máxime teniendo en cuenta que los valores que por concepto de salario se utilizan para fijar el cálculo de lucro cesante nacen de meras hipótesis carentes de sustento, atendiendo a que se aporta con la demanda un contrato de trabajo con duración determinada por obra o naturaleza de la labor contratada en la que fungió como trabajador en misión en el año 2017 con un pago por horas, de las cuales brilla por su ausencia cualquier sustento que acredite el número de horas trabajadas y la duración de la labor, lo que deja en el aire el concepto que se pretende y deja dicho cálculo en un valor presuntivo, subjetivo e incierto. Por lo tanto, no hay nexo causal entre la supuesta perdida del empleo o cesación de las actividades y la atención médica. Además, el dictamen de PCL carece de peso probatorio porque está sujeto a contradicción, máxime cuando el demandante había sido valorado por la junta regional de calificación invalidez quien lo calificó con un 0% de PCL.

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

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

*(…) en cuanto perjuicio****, el lucro cesante debe ser cierto, es decir, que supone una existencia real, tangible, no meramente hipotética o eventual. (…) Vale decir que el lucro cesante ha de ser indemnizado cuando se afinca en una situación real, existente al momento del evento dañoso, condiciones estas que, justamente, permiten inferir, razonablemente, que las ganancias o ventajas que se percibían o se aspiraba razonablemente a captar dejarán de ingresar al patrimonio fatal o muy probablemente*** *(…)*

*Por último, están todos aquellos “sueños de ganancia”, como suele calificarlos la doctrina especializada, que no son más que* ***conjeturas o eventuales perjuicios que tienen como apoyatura meras hipótesis, sin anclaje en la realidad que rodea la causación del daño, los cuales, por obvias razones, no son indemnizables.****”[[8]](#footnote-8)* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

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

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

***La precisión jurisprudencial tiene por objeto eliminar las presunciones que han llevado a considerar que la indemnización del perjuicio es un derecho que se tiene per se y establecer que su existencia y cuantía deben reconocerse solo: i) a partir de la ruptura de una relación laboral anterior o de una que, aun cuando futura, era cierta en tanto que ya estaba perfeccionada al producirse la privación de la libertad o ii) a partir de la existencia de una actividad productiva lícita previa no derivada de una relación laboral, pero de la cual emane la existencia del lucro cesante****.”[[9]](#footnote-9)* (subrayado y negrilla fuera del texto original)

Este pronunciamiento entonces excluye posibilidad alguna de que se reconozca lucro cesante a una persona que, aunque esté en edad productiva, no acredite los ingresos percibidos por el efectivo desarrollo de una actividad económica, por contrariar el carácter cierto del perjuicio, siendo entonces una utilidad meramente hipotética o eventual.En este orden de ideas, es claro que en ningún caso procede el reconocimiento solicitado por la parte Demandante, toda vez que los supuestos perjuicios en los que se fundamentan las pretensiones de la demanda, fueron calculados con base a un supuesto ingreso que no se encuentra sustentado por ninguna prueba idónea.

De lo anterior es preciso resaltar que no existe prueba de los valores que se enuncian frente al demandante y vagamente se describen los mismos para obtener la suma total de $30.044.344 sin que exista la más mínima prueba de su origen. De modo qué siguiendo los derroteros jurisprudenciales de la Corte Suprema de Justicia, ante la ausencia de certeza del lucro, es decir, la existencia real, tangible y no meramente hipotética o eventual, es improcedente el reconocimiento de indemnización por esta tipología de perjuicios. Máxime, cuando en este proceso no se encuentra demostrada la actividad económica que desempeñaba el señor Luis Felipe para el momento de los hechos en los términos que se describen en la demanda y mucho menos el presunto ingreso percibido para la época poniendo de presente el pago por horas que se presentaba.

De modo que, siguiendo los derroteros jurisprudenciales de la Corte Suprema de Justicia, ante la ausencia de certeza del lucro, es decir, la existencia real, tangible y no meramente hipotética o eventual, es improcedente el reconocimiento de indemnización por esta tipología de perjuicios. Dicho de otra manera, la certificación aportada con el escrito de demanda no reviste de ningún valor probatorio para acreditar el lucro cesante. Por el contrario, demuestran que no existe certeza sobre la existencia de un lucro. En tal virtud, ante la ausencia de prueba del lucro, claramente deberá denegarse totalmente esta pretensión incluida en la demanda.

De las exposiciones anteriores podemos concluir que no hay prueba alguna del desarrollo de una actividad productiva con los ingresos que se presumen en el cálculo de pretensiones contenidas en la demanda. A su vez, no se encuentran en el escrito de demanda cuáles fueron las fórmulas aritméticas para el cálculo de este lucro, lo que nos lleva a calificar las sumas como un cálculo especulativo sin ningún fundamento y valor para el caso.

En conclusión, al no encontrarse en este proceso prueba idónea que acredite los ingresos percibidos y la presunta pérdida que sufrió el demandante como consecuencia del daño, no es procedente el reconocimiento del Lucro Cesante. En consecuencia, no hay lugar a que el Despacho proceda con el reconocimiento de indemnización a título de Lucro Cesante para el grupo demandante. Lo anterior, habida cuenta que, por no encontrarse probado un factor determinante para el reconocimiento de esta tipología de perjuicios, su reconocimiento es a todas luces improcedente por ausencia de pruebas que acrediten los ingresos de los demandantes, la actividad económica desarrollada por cada uno y la presunta perdida de una ganancia legitima como se describe vagamente en la demanda. En ese sentido, es claro que las pretensiones encaminadas a obtener un reconocimiento por estos conceptos no están llamadas a prosperar, puesto que no siguen los lineamientos jurisprudenciales de la Corte Suprema de Justicia, en cuanto a la existencia real, tangible y no meramente hipotética o eventual del Lucro Cesante.

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

1. **TASACIÓN EXORBITANTE DEL DAÑO MORAL**

En el proceso de la referencia no es procedente el reconocimiento de perjuicios a título de daño moral, por cuanto la Clínica Uros S.A.S. ni los galenos por medio de los cuales fue atendido en diferentes IPS, no negaron la prestación del servicio de salud al señor Luis Felipe Peralta García ni mucho menos incurrieron en algún tipo de error o negligencia de la que pudiere desprenderse su responsabilidad. Razón por la cual, la suma solicitada no puede ser reconocida, incluso, en el remoto evento en que se llegase a demostrar la presunta responsabilidad endilgada al extremo pasivo.

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

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

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

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

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

En este estadio de las cosas es necesario que el Despacho analice que la indemnización como forma de reparar en cierta medida a la víctima no debe tener asomo de arbitrariedad sino que debe obedecer a la evaluación de distintos factores que rodean tanto la ocurrencia del hecho, las condiciones de la propia víctima y la intensidad de las secuelas. Frente a ello es pertinente recordar los elementos que la Corte Suprema ha precisado para tal fin:

*“La tasación de este tipo de perjuicios extrapatrimonial [refiriéndose al daño moral] se encuentra confiada al arbitrio del juzgador, que debe determinar en cada caso “****las condiciones personales de la víctima, apreciadas según los usos sociales, la intensidad de la lesión, la duración del perjuicio,*** *entre otras situaciones que el juez logre advertir para la determinación equitativa del monto del resarcimiento[[10]](#footnote-10)”. (énfasis y corchetes añadidos)*

Por lo anterior emerge con claridadque no puede considerarse antojadizo el rubro indemnizatorio toda vez que de manera clara debe valorarse cuales son las repercusiones que para la víctima y demás reclamantes comportó el presunto hecho lesivo, la temporalidad de la lesión, la temporalidad de las secuelas, la afectación emocional en desarrollo de sus actividades diarias y no puede de ninguna manera rebasar los límites indemnizatorios que a través de la jurisprudencia se han establecido, pues recuérdese que la intención de tal indemnización nunca podrá ser enriquecer a la víctima. Frente a este tópico se hace necesario indicar como la Corte Suprema ha recordado la intención meramente indemnizatoria que reviste cualquier orden de pago bajo este perjuicio reclamado, veamos:

*La valoración del daño moral subjetivo, por su carácter inmaterial o extra patrimonial, se ha confiado al discreto arbitrio de los falladores judiciales.* ***Esto, por sí, lejos de autorizar interpretaciones antojadizas, les impone el deber de actuar con prudencia, valiéndose de los elementos de convicción que obren en el plenario y atendiendo la naturaleza del derecho afectado y la magnitud del daño.***

*Esta clase de daño, se ha dicho, "incide en la órbita de los afectos, en el mundo de los sentimientos más íntimos, pues consiste en el pesar, en la aflicción que padece la víctima por el comportamiento doloso o culposo de otro sujeto, por cuanto sus efectos solamente se producen en la entraña o en el alma de quien lo padece, al margen de los resultados que puedan generarse en su mundo exterior, pues en éstos consistirían los perjuicios morales objetivados*[[11]](#footnote-11)*” (subrayado y negrilla fuera del texto original)*

*(…)*

***“La reparación debe procurar una relativa satisfacción para no dejar incólume o impune la agresión; sin que represente una fuente de lucro injustificado que acabe desvirtuando la función asignada por la ley****. Es posible establecer su quantum, sostuvo recientemente la Sala, «en el marco fáctico de circunstancias, condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos, situación o posición de la víctima y de los perjudicados, intensidad de la lesión a los sentimientos, dolor, aflicción o pesadumbre y demás factores incidentes conforme al arbitrio judicial ponderado del fallador*[[12]](#footnote-12)*.*

*Al juez, por tanto, le corresponde fijar el perjuicio extrapatrimonial,* ***pero las bases de su razonamiento no deben ser arbitrarias.*** *Se trata, sostuvo la Sala, «de una deducción cuya fuerza demostrativa entronca con clarísimas reglas o máximas de la experiencia de carácter antropológico y sociológico, reglas que permiten dar por sentado el afecto que los seres humanos, cualquiera sea su raza y condición social, experimentan por su padres, hijos, hermanos o cónyuge*[[13]](#footnote-13)*”*

Así las cosas, con suficiencia se aprecia que la jurisprudencia ha sido clara no solo en establecer que debe atenderse la entidad del perjuicio sino en establecer las características que el juzgador debe valorar para que su decisión no se torne antojadiza, sino que por el contrario obedezca a procurar la indemnización en estricta atención a la aflicción ocasionada y no más allá de ella. Por tanto, corresponderá al *arbitrio iudicis* determinar el valor del daño moral, teniendo en cuenta los elementos probatorios que reposan en el expediente. Además, teniendo como parámetro y límite que en los casos más graves la jurisprudencia ha reconocido una indemnización hasta de $60.000.000 a la víctima directa. Por lo que es claro que la suma solicitada para cada uno de los demandantes y alcanza un total de $100.516.392 resulta claramente exorbitante en atención a los baremos indemnizatorios fijados en la jurisprudencia.

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

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

1. **IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL DAÑO A LA SALUD – INEXISTENCIA DE DICHA TIPOLOGÍA EN LA JURISDICCIÓN CIVIL**

El extremo actor pretende que se condene al extremo pasivo de la litis al pago de los perjuicios extrapatrimoniales en la modalidad “daño a la salud” sin mayor argumento ni sustento. En el presente caso no sólo es jurídicamente inadmisible predicar responsabilidad alguna en cabeza de los demandados, sino que, además, tampoco es jurídicamente viable imponer condena alguna tendiente al pago por concepto de daño a la salud, toda vez que esta tipología de perjuicio en la jurisdicción civil no constituye un daño resarcible. Lo anterior, tal y como lo ha reconocido la Corte en la sentencia del 05 de agosto de 2014, que contiene la jurisprudencia más reciente de esa corporación respecto de la tipología y la reparación del daño inmaterial, que establecidó:

*“De ahí que el daño no patrimonial se puede presentar de varias maneras, a saber: i) mediante la lesión a un sentimiento interior y, por ende, subjetivo (daño moral); ii) como privación objetiva de la facultad de realizar actividades cotidianas tales como practicar deportes, escuchar música, asistir a espectáculos, viajar, leer, departir con los amigos o la familia, disfrutar el paisaje, tener relaciones íntimas, etc., (daño a la vida de relación); o, iii) como vulneración a los derechos humanos fundamentales como el buen nombre, la propia imagen, la libertad, la privacidad y la dignidad, que gozan de especial protección constituciona[[14]](#footnote-14)”l.*

En ella se concretó́ el género de los perjuicios inmateriales mediante las siguientes especies: daño moral, daño a la vida de relación y el daño a los derechos humanos fundamentales como el buen nombre, la propia imagen, la libertad, la privacidad y la dignidad, que gozan de especial protección constitucional.

De lo anterior, resulta claro que el daño a la salud no es un perjuicio inmaterial reconocido por la Corte Suprema de Justicia en la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad civil. Razón por la cual, **NO** es un perjuicio susceptible de ser valorado en esta jurisdicción. Como quiera que el presente asunto se tramita ante la jurisdicción civil y no ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo, deberá́ el Despacho desconocer esta pretensión por cuanto esta categoría de perjuicio no es indemnizable en la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil.

Adicional a lo anterior, el artículo 281 del Código General del Proceso establece el principio de congruencia, al reglar que “*la sentencia deberá́ estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda y en las demás oportunidades que este código contempla*”. Lo cual tiene íntima relación con el debido proceso y el derecho de contradicción y de defensa de los demandados al otorgarles la posibilidad de pronunciarse sobre las pretensiones concretas del actor. De acuerdo con lo anterior, aun cuando la pretensión del demandante es manifiestamente improcedente, lo cierto es que el juez no puede en su sentencia recalificar la equivocada pretensión invocada.

En conclusión, es claro señor Juez que el daño a la salud no se encuentra reconocido en la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil, y como quiera que el presente caso se encuentra cursando ante dicha jurisdicción, es evidente su improcedencia. Ahora bien, en el remoto e improbable evento en que se determine que los demandados resulten como responsable en este proceso, no habría lugar al reconocimiento de estos perjuicios, puesto que lo que la Demandante solicita en el escrito de la Demanda es el daño a la salud, y con ocasión del principio de congruencia, no resulta admisible que el H. Juez reformule la equivocada pretensión.

Solicito señor Juez, se declare probada esta excepción.

1. **GENÉRICA O INNOMINADA**

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

**CAPÍTULO III**

**CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA CLÍNICA UROS S.A.S.**

**PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

**FRENTE AL HECHO A).** En el hecho se hacen dos precisiones distintas, razón por la cual proceso a pronunciarme de manera individual frente a cada una en los siguientes términos:

No me consta lo afirmado en este hecho por la llamante en garantía con relación a la contratación de una póliza con número 5605992956, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por ALLIANZ SEGUROS S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la llamante en garantía deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Ahora bien, es parcialmente cierto que la Clínica Uros S.A.S., adquirió la Póliza de Seguro R.C. Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0 con ALLIANZ SEGUROS S.A., en la modalidad SUNSET, la cual contaba con vigencia desde el 26 de junio de 2018 hasta el 25 de junio de 2019 y por medio de la cual se indemnizan los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados. Sin embargo, la misma no puede verse afectada en el caso de marras por las siguientes razones:

1. **No se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal Sunset,** la cual demanda que los hechos por lo que se formula la demanda ocurran dentro de la vigencia de la póliza y que la reclamación al asegurado o asegurador se verifique dentro de la misma vigencia de la póliza o dentro d ellos dos años siguientes a la finalización de la vigencia de aquella. Para el caso concreto, si bien los hechos materia del litigio ocurrieron según el dicho del demandante el 04 de marzo de 2019, es decir dentro de la vigencia de la mentada póliza que estaba comprendida entre el 26 junio 2018 al 25 junio de 2019, la reclamación que los hoy demandantes le formularon al asegurado Clínica Uros S.A.S, se hizo el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevada a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, que la reclamación se produjo por fuera de la vigencia y después de los dos años siguientes a la terminación de la vigencia de la póliza, razón por la cual no confluyen los elementos necesarios para predicar una cobertura temporal y dicha situación obsta para que se imponga obligación alguna a mi mandante.
2. **No realización del riesgo asegurado**. Sin perjuicio de lo anterior, debe tenerse en cuenta que en este caso no se ha realizado el riesgo asegurado en el contrato de seguro. Por cuanto en el presente asunto no es dable endilgar una responsabilidad médica la clínica asegurada, al no comprobarse negligencia alguna por parte del mencionado centro, ni nexo causal entre la conducta de la clínica y los presuntos padecimientos del señor Luis Felipe Peralta.

**FRENTE AL HECHO B).** En el hecho se hacen dos precisiones distintas, razón por la cual nos pronunciamos de manera individual frente a cada una en los siguientes términos:

No me consta lo afirmado en este hecho por la llamante en garantía con relación a la vigencia de un seguro desde el 26 de junio de 2019 a 26 de junio de 2020 (27 de julio de 2018 hasta el 9 de agosto de 2019, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por ALLIANZ SEGUROS S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la llamante en garantía deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Ahora bien, es parcialmente cierto que la Póliza de Seguro R.C. Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0 emitida por ALLIANZ SEGUROS S.A., en la modalidad SUNSET, conto con vigencia desde el 26 de junio de 2018 hasta el 25 de junio de 2019. Sin embargo, la misma no puede verse afectada como quiera que en el caso de marras por las siguientes razones:

1. **No se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal Sunset,** la cual demanda que los hechos por lo que se formula la demanda ocurran dentro de la vigencia de la póliza y que la reclamación al asegurado o asegurador se verifique dentro de la misma vigencia de la póliza o dentro d ellos dos años siguientes a la finalización de la vigencia de aquella. Para el caso concreto, si bien los hechos materia del litigio ocurrieron según el dicho del demandante el 04 de marzo de 2019, es decir dentro de la vigencia de la mentada póliza que estaba comprendida entre el 26 junio 2018 al 25 junio de 2019, la reclamación que los hoy demandantes le formularon al asegurado Clínica Uros S.A.S, se hizo el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevada a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, que la reclamación se produjo por fuera de la vigencia y después de los dos años siguientes a la terminación de la vigencia de la póliza, razón por la cual no confluyen los elementos necesarios para predicar una cobertura temporal y dicha situación obsta para que se imponga obligación alguna a mi mandante.
2. **No realización del riesgo asegurado**. Sin perjuicio de lo anterior, debe tenerse en cuenta que en este caso no se ha realizado el riesgo asegurado en el contrato de seguro. Por cuanto en el presente asunto no es dable endilgar una responsabilidad médica la clínica asegurada, al no comprobarse negligencia alguna por parte del mencionado centro, ni nexo causal entre la conducta de la clínica y los presuntos padecimientos del señor Luis Felipe Peralta.

**FRENTE AL HECHO C).** No es cierto como se describe en el hecho, es decir, si bien se describe en la carátula de la Póliza de Seguro R.C. Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0 como asegurada a la Clínica Uros S.A.S., no obstante obra dentro del mismo documento en calidad de beneficiario los *“terceros afectados”.*

**FRENTE AL HECHO D).** No se trata de un hecho que sirva de base al llamamiento en garantía presentado, ya que únicamente se trata de un análisis subjetivo del artículo 64 y s.s. del C.G.P., llevado a cabo por el apoderado de la Clínica Uros S.A.S. No obstante, se aclara que mi representada no podrá resultar condenada a pago alguno en este caso por las siguientes razones:

1. **No se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal Sunset,** la cual demanda que los hechos por lo que se formula la demanda ocurran dentro de la vigencia de la póliza y que la reclamación al asegurado o asegurador se verifique dentro de la misma vigencia de la póliza o dentro d ellos dos años siguientes a la finalización de la vigencia de aquella. Para el caso concreto, si bien los hechos materia del litigio ocurrieron según el dicho del demandante el 04 de marzo de 2019, es decir dentro de la vigencia de la mentada póliza que estaba comprendida entre el 26 junio 2018 al 25 junio de 2019, la reclamación que los hoy demandantes le formularon al asegurado Clínica Uros S.A.S, se hizo el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevada a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, que la reclamación se produjo por fuera de la vigencia y después de los dos años siguientes a la terminación de la vigencia de la póliza, razón por la cual no confluyen los elementos necesarios para predicar una cobertura temporal y dicha situación obsta para que se imponga obligación alguna a mi mandante.
2. **No realización del riesgo asegurado**. Sin perjuicio de lo anterior, debe tenerse en cuenta que en este caso no se ha realizado el riesgo asegurado en el contrato de seguro. Por cuanto en el presente asunto no es dable endilgar una responsabilidad médica la clínica asegurada, al no comprobarse negligencia alguna por parte del mencionado centro, ni nexo causal entre la conducta de la clínica y los presuntos padecimientos del señor Luis Felipe Peralta.

## PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LA ÚNICA PETICIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN ÚNICA: ME OPONGO** a la prosperidad de la pretensión elevada por la llamante en garantía por las siguientes razones:

1. **No se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal Sunset,** la cual demanda que los hechos por lo que se formula la demanda ocurran dentro de la vigencia de la póliza y que la reclamación al asegurado o asegurador se verifique dentro de la misma vigencia de la póliza o dentro d ellos dos años siguientes a la finalización de la vigencia de aquella. Para el caso concreto, si bien los hechos materia del litigio ocurrieron según el dicho del demandante el 04 de marzo de 2019, es decir dentro de la vigencia de la mentada póliza que estaba comprendida entre el 26 junio 2018 al 25 junio de 2019, la reclamación que los hoy demandantes le formularon al asegurado Clínica Uros S.A.S, se hizo el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevada a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, que la reclamación se produjo por fuera de la vigencia y después de los dos años siguientes a la terminación de la vigencia de la póliza, razón por la cual no confluyen los elementos necesarios para predicar una cobertura temporal y dicha situación obsta para que se imponga obligación alguna a mi mandante.
2. **No realización del riesgo asegurado**. Sin perjuicio de lo anterior, debe tenerse en cuenta que en este caso no se ha realizado el riesgo asegurado en el contrato de seguro. Por cuanto en el presente asunto no es dable endilgar una responsabilidad médica la clínica asegurada, al no comprobarse negligencia alguna por parte del mencionado centro, ni nexo causal entre la conducta de la clínica y los presuntos padecimientos del señor Luis Felipe Peralta.

De tal suerte que no hay duda sobre la no realización del riesgo asegurado en la póliza, por lo cualAllianz Seguros S.A. no está en ningún evento llamada a responder.

## EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. **INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS S.A. POR CUANTO NO SE CUMPLEN DE MANERA SIMULTÁNEA LOS PRESUPUESTOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA TEMPORAL PACTADA EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022292076/0**

Se propone esta excepción, a fin de poner de presente al Despacho que el contrato de seguro documentado en la Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0 NO se puede afectar ni podrá operar dentro de la presente Litis, toda vez que no

se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal sunset en la que fue pactada, ya que, esta modalidad de cobertura requiere que los hechos objeto del litigio se hayan presentado dentro de la vigencia del seguro y que el reclamo de la víctima al asegurado o a la aseguradora se haya generado en vigencia de la póliza o dentro de los dos años siguientes a la finalización de aquella vigencia. Por lo tanto, si bien los hechos materia del litigio ocurrieron el 04 de marzo de 2019, es decir dentro de la vigencia de la mentada póliza, la cual estuvo comprendida entre el 26 junio 2018 al 25 junio de 2019, la reclamación que los demandantes le formularon a la Clínica Uros S.A.S se hizo el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevada a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, la reclamación se produjo cuando el contrato de seguro ya no se

encontraba vigente y además cuando ya habían transcurrido más de dos años desde aquella finalización de la vigencia. Por tal motivo, no se cumplen simultáneamente los requisitos de la modalidad *SUNSET* bajo la cual se pactó el referido contrato de seguro, aspecto que inevitablemente llevará al fracaso de las pretensiones del llamamiento en garantía.

En lo que atañe a la modalidad ***SUNSET***, esta se encuentra definida en el inciso primero del artículo

4 de la Ley 389 de 1997, el cual establece:

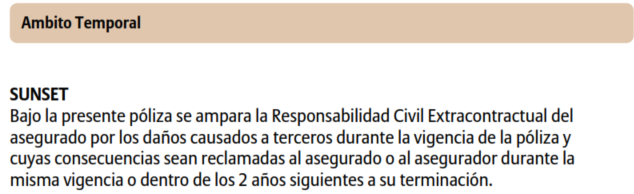
***“ARTÍCULO 4º.****En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.*

*Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años.”* (Subrayado fuera del texto original)

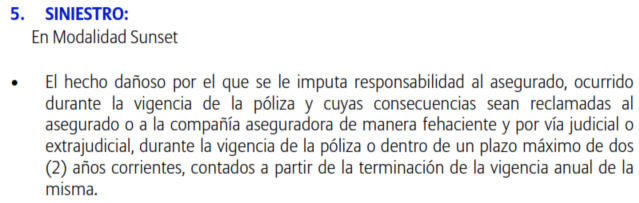
por lo tanto, aplicado dicho presupuesto normativo al caso en cuestión, se tiene que la obligación con cargo a la póliza de clínicas y hospitales solo podría surgir claro está, de probarse la responsabilidad del asegurado y siempre que el hecho medico haya ocurrido en la vigencia y el primer reclamo se haya verificado dentro del término definido en el contrato, situacion que no se cumple en elc aso concreto como se explicará a detalle.

En ese sentido, mi representada ampara la responsabilidad médica del ente asegurado siempre y cuando se presenten dos circunstancias muy concretas: *primero,* que los hechos alegados en la demanda hayan ocurrido durante la vigencia del seguro; y ***segundo, que* los hechos hayan sido reclamados al asegurado o aseguradora durante la vigencia de la misma** póliza **o dentro de un plazo máximo de dos (2) años corrientes, contados a partir de la terminación de la vigencia anual de la misma;** en ese sentido, se haría eventualmente aplicable, la póliza que se encontraba vigente al momento en el que se realiza la reclamación al asegurado.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que mi representada expidió la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, vigente entre el 26 de junio de 2018 y el 25 de junio de 2019, la cual se pactó bajo la modalidad de cobertura denominada *SUNSET*, tal como se ilustra a continuación:



Lo anterior implica que la póliza solo podrá afectarse cuando concurran los siguientes presupuestos: **(i)** que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza, y **(ii)** **que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza o dentro de los 2 años siguientes a su terminación**. Así quedó expresamente consignado en la póliza:



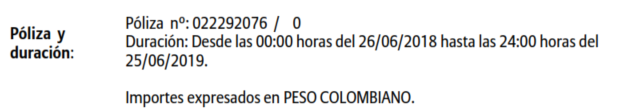
Visto lo anterior, para que la Póliza que se allega al expediente puedan resultar afectada, debe contar con una vigencia que cubra la fecha de ocurrencia de los hechos y la fecha en la que se le realiza la reclamación al asegurado se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años. **La reclamación, debe haber ocurrido dentro del periodo de la vigencia pactado en el certificado del contrato vinculado,** y ello resulta de suma importancia, comoquiera que sería la póliza vigente para la fecha de la reclamación, la que eventualmente podría afectarse.

Así las cosas, debe precisarse desde ya que el contrato de seguro documentado en la Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, **NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL** para los hechos objeto de litigio, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados. En efecto, si bien los hechos materia del litigio habrían ocurrido 04 de marzo de 2019 como lo enuncia el demandante, es decir, dentro de la vigencia de la mentada póliza (26 de junio de 2018 hasta el 25 de junio de 2019.), la reclamación que los demandantes formularon al asegurado Clínica Uros S.A.S ocurrió el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevado a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, la reclamación se produjo cuando el contrato de seguro ya no se encontraba vigente y por fuera de los dos años siguientes a la terminación de la respectiva vigencia. En otras palabras, la reclamación al asegurado debía verificarse dentro de la vigencia de la póliza o máximo hasta el 25 de junio de 2021, sin embargo, la reclamación formulada por los hoy demandantes al asegurado ocurrió el 23 de septiembre de 2022 es decir después de dos años a la finalización de la vigencia.

En efecto, la reclamación por parte del tercero a la Clínica Uros S.A.S se adelantó en el mes de julio del 2022 como a continuación se extrae de la constancia de audiencia de conciliación por no acuerdo:



De tal suerte, la reclamación se efectuó al asegurado cuando ya había fenecido la vigencia del certificado de Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, como se expone:

****

De manera que, en definitiva, el contrato objeto de vinculación a esta contienda no se encontraba vigente cuando se le realizó la reclamación a la Clinica Uros S.A.S, lo que claramente evidencia el incumplimiento del segundo presupuesto bajo el cual fue expedido el aseguramiento, pero además cuando ya había transcurrido más de dos años desde aquella finalización de la vigencia, y por contera es evidente la imposibilidad de afectarlo.

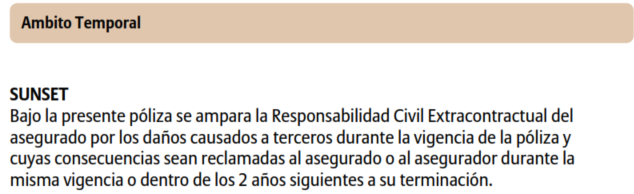
En ese orden de ideas, es menester que el Despacho analice todas y cada una de las condiciones de las que pende el aseguramiento otorgado, puesto que, en efecto, en lo que atañe a la modalidad de cobertura temporal, no se encuentra acreditado el cumplimiento de sus condiciones, lo que conlleva a la inoperancia del mismo en este asunto. Lo anterior no puede soslayarse por parte del juzgador toda vez que las partes del contrato de seguro convinieron en pactar la modalidad de aquel a través de la cobertura *sunset*, en ese entendido si bien el hecho el hecho reprochado ocurrió el día 4 de marzo de 2019, es decir dentro de la vigencia de la póliza que estuvo comprendida entre el día 26 de junio de 2018 hasta el 25 de junio de 2019, lo cierto es que el reclamo del tercero afectado a la clínica uros tuvo lugar el día 23 de septiembre de 2022 fecha de la audiencia de conciliación, es decir más de dos años después de la finalización del seguro, por lo tanto no concurren los dos requisitos necesarios para pensar si quiera en la afectación del seguro.

Y en razón de lo expuesto, ruego respetuosamente al Despacho se sirva declarar como probada esta excepción.

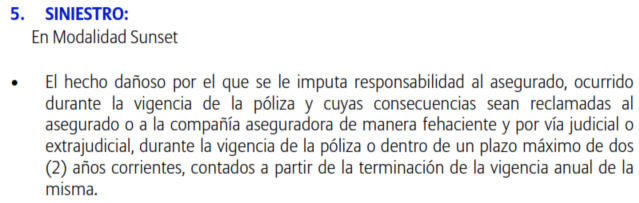
1. **FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DE ALLIANZ SEGUROS S.A.**

Sin perjuicio de las excepciones que se formularan en lo sucesivo, solicito respetuosamente al Despacho que declare que la falta de legitimación en la causa por pasiva de ALLIANZ SEGUROS S.A. toda vez que, la Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0 mediante la cual se vincula como llamada en garantía a mi representada, NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL para el caso de marras por cuanto la misma fue pactada en la modalidad *SUNSET* y por lo tanto para que aquella opere, requiere que los hechos por los que se formula la demanda en contra del asegurado hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y que la reclamación por parte de quien se reputa como víctima se haya efectuado al asegurado o al asegurador dentro de la misma vigencia de la póliza o dentro de los dos años siguientes a la finalización de la vigencia de aquella. Para el caso concreto, si bien los hechos materia del litigio según la demanda ocurrieron el 04 de marzo de 2019, es decir dentro de la vigencia de la mentada póliza, la cual estaba comprendida entre el 26 junio 2018 al 25 junio de 2019, la reclamación que los hoy demandantes le formularon al asegurado Clínica Uros S.A.S, tuvo lugar el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevada a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, que la reclamación se produjo por fuera de la vigencia y después de los dos años siguientes a la terminación de la vigencia de la póliza, razón por la cual no confluyen los elementos necesarios para predicar una cobertura temporal y dicha situación obsta para que se imponga obligación alguna a mi mandante.

Para el caso concreto tenemos que mi representada expidió la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, vigente entre el 26 de junio de 2018 y el 25 de junio de 2019, la cual se pactó bajo la modalidad de cobertura denominada *SUNSET*, tal como se ilustra a continuación:



Lo anterior implica que la póliza solo podrá afectarse cuando concurran los siguientes presupuestos: **(i)** que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza, y **(ii)** **que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza o dentro de los 2 años siguientes a su terminación**. Así quedó expresamente consignado en la póliza:



Así las cosas, debe precisarse desde ya que el contrato de seguro documentado en la Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, **NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL** para los hechos objeto de litigio, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados. En efecto, si bien los hechos materia del litigio habrían ocurrido 04 de marzo de 2019 como lo enuncia el demandante, es decir, dentro de la vigencia de la mentada póliza (26 de junio de 2018 hasta el 25 de junio de 2019.), la reclamación que los demandantes formularon al asegurado Clínica Uros S.A.S ocurrió el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevado a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, la reclamación se produjo cuando el contrato de seguro ya no se encontraba vigente y por fuera de los dos años siguientes a la terminación de la respectiva vigencia. En otras palabras, la reclamación al asegurado debía verificarse dentro de la vigencia de la póliza y hasta el 25 de junio de 2021, sin embargo, la reclamación formulada por los hoy demandantes ocurrió el 23 de septiembre de 2022 es decir después de dos años a la finalización de la vigencia.

Ahora bien, respecto a este tópico de la legitimación en la causa, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, magistrado ponente Jesús Vall de Rutén Ruiz, mediante Sentencia SC2642 del 10 de marzo de 2015, dispuso:

*“la legitimación en la causa es cuestión propia del derecho sustancial y no del procesal, en cuanto concierne con una de las condiciones de prosperidad de la pretensión debatida en el litigio y no a los requisitos indispensables para la integración y desarrollo válido de éste, motivo por el cual su ausencia desemboca irremediablemente en sentencia desestimatoria debido a que quien reclama el derecho no es su titular* ***o porque lo exige ante quien no es el llamado a contradecirlo****[[15]](#footnote-15).”(negrilla y subrayado fuera del texto original)*

De igual forma, la Corte Suprema de Justicia a través de sentencia del 14 de agosto de 1995 con respecto a la legitimación en la causa, se ha pronunciado de la siguiente manera:

*“Según concepto de Chiovenda, acogido por la Corte, la legitimatio ad causam consiste en la identidad de la persona del actor con la persona a la cual la ley concede la acción (legitimación activa) y la identidad de la persona del demandado con la persona contra la cual es concedida la acción (legitimación pasiva)”. (Instituciones de Derecho Procesal Civil, I, 185). Conviene desde luego advertir, para no caer en el error en que incurrió el Tribunal que cuando el tratadista italiano y la Corte hablan de ‘acción’ no están empleando ese vocablo en el sentido técnico procesal, esto es como el derecho subjetivo público que asiste a toda persona para obtener la aplicación justa de la ley a un caso concreto, y que tiene como sujeto pasivo al Estado, sino como sinónimo de ‘pretensión’, que se ejercita frente al demandado. Para que esa pretensión sea acogida en la sentencia es menester, entre otros requisitos, que se haga valer por la persona en cuyo favor establece la ley sustancial el derecho que se reclama en la demanda,* ***y frente a la persona respecto de la cual ese derecho puede ser reclamado****. De donde se sigue que lo concerniente a la legitimación en la causa es cuestión propia del derecho sustancial y no del derecho procesal, razón por la cual* ***su ausencia*** *no constituye impedimento para desatar en el fondo el litigio sino* ***motivo para decidirlo en forma adversa al actor.*** *Si el demandante no es titular del derecho que reclama o el demandado no es persona obligada, el fallo ha de ser adverso a la pretensión de aquél, como acontece cuando reivindica quien no es el dueño o cuando éste demanda a quien no es poseedor[[16]](#footnote-16) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En atención a las anteriores precisiones conceptuales, debe decirse que no le asiste legitimación en la causa por pasiva a mi representada, ello derivado de la falta de cobertura temporal de la póliza, a su vez la falta de aquella cobertura implica que mi representada no está llamada a efectuar pago alguno con cargo a la póliza de seguro por la cual fue llamada en garantía o en otras palabras que no es la persona jurídica a quien el llamante en garantía pueda exigirle el pago de la condena en los estrictos términos del artículo 64 del CGP, puesto que como la póliza no tiene cobertura para los hechos objeto de este litigio, lo cierto es que Allianz Seguros S.A. de ninguna manera es la persona a quien pueda reclamarse el derecho a la indemnización. En efecto, es fundamental que para que la Aseguradora

En conclusión debido a que no existe legitimación en la causa por pasiva por parte **ALLIANZ SEGUROS S.A.** para resistir las pretensiones del llamamiento en garantía en este asunto, por cuanto no existe una relación jurídico sustancial que pueda derivar en la exigencia de un derecho, lo anterior en la medida en que la Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL por cuanto no concurren los elementos de la modalidad *SUNSET* que fue pactada, comoquiera que aunque los hechos base del litigio se encuentran dentro de la vigencia del seguro, el reclamo por parte de los hoy demandante a la Clínica Uros tuvo lugar después de dos años a la terminación del seguro, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación pre judicial en Derecho. Así las cosas, lo cierto es que, como la póliza no es susceptible de afectarse, al asegurador no le asiste legitimación en la causa por pasiva, puesto que no es la persona jurídica a quien el llamante en garantía le pueda exigir un determinado derecho, como la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir como consecuencia de una condena. Bajo este entendido es clara la carencia de legitimación en la causa por pasiva por parte de **ALLIANZ S.A.,** quien en todo caso no podrá ser condenada al pago de obligación indemnizatoria alguna.

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

1. **SUBSIDIARIAMENTE INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA, POR CUANTO NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES NO. 022292076/0**

Se plantea esta excepción para explicar que mediante el contrato de seguro por el cual se vinculó a mi mandante, Allianz Seguros S.A. asumió el riesgo de la responsabilidad civil atribuible a la Clínica Uros S.A.S. cuando ella deba asumir un perjuicio que se cause a un tercero con ocasión de determinada responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra, como consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio o asimilados, prestado dentro de los predios del asegurado. Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado, puesto que de conformidad con las pruebas obrantes en el litigio que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza del asegurado, entre tanto se brindó el servicio requerido por el paciente y se tomaron las medidas necesarias para establecer el diagnostico acertado frente a su patología y luego de ello implementando las medidas quirúrgicas necesarias para su corrección, lo que concluyo con una intervención quirúrgica adecuada de acuerdo a los hallazgos concluyentes de ruptura de ligamento cruzado anterior de su rodilla izquierda. Lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado.

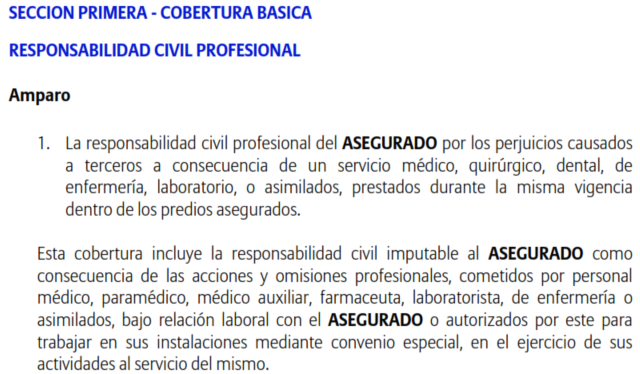
Es fundamental que el Honorable Despacho tome en consideración que en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la Compañía Aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio, puede asumir a su arbitrio todos o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

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

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

*Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...)”[[17]](#footnote-17)(Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones bajo las cuales asumen los mismos. Así las cosas, se evidencia que la cobertura principal de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas Y Hospitales No. 022292076/0 es amparar la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones u omisiones profesionales, tal y como se expone a continuación:



En tal virtud, **ALLIANZ SEGUROS S.A.** se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible

a la Clínica Uros S.A.S, cuando ella deba asumir un perjuicio que cause a un tercero con ocasión de determinada responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra, como consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio o asimilados, prestado dentro de los predios del asegurado. Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado, puesto que de conformidad con las pruebas obrantes en el litigio que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de la **CLÍNICA UROS S.A.S**. Lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado

el riesgo contractualmente asegurado. Sobre el particular, se destaca que el asegurador se comprometió mediante la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0 para amparar la responsabilidad profesional de la Clínica Uros S.A.S,

como consecuencia directa de errores y omisiones en el acto médico, durante la prestación de un servicio médico ejecutado en ejercicio de las actividades profesionales que corresponden a la institución.

En efecto, para obtener una declaratoria de responsabilidad como la atribuida a la institución médica, es necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico, aspecto que no está demostrado en este caso, por el contrario, tal como se ha evidenciado, la entidad demandada atendió de manera cuidadosa, perita y diligente al señor Luis Felipe Peralta, atendiendo con prontitud, brindando un diagnóstico adecuado y dentro de los tiempos médicos estipulados al paciente, ordenando la práctica de los procedimientos requeridos, suministrando los medicamentos adecuados y necesarios, conforme a los cánones médicos, manteniendo en observación y estudio su situación médica y ordenando de forma oportuna el respectivo tratamiento e intervenciones que fueron necesarias y adecuadamente proscritas.

Pero adicional a lo anterior, no puede perderse de vista que la obligación de los profesionales en salud para estos casos es de medio y no de resultado y, por tanto, no puede existir responsabilidad

de la institución en comento, cuando no se evidencia falla alguna en la prestación de los servicios, pese a que la atención, tratamiento y evolución no resultan favorables a los pacientes. En otras palabras y comoquiera que la medicina es una ciencia inexacta, los profesionales en salud encargados no están obligados a garantizar el éxito del acto médico y, por tanto, sólo resulta exigible

que presten el servicio requerido de forma perita y diligente, como en efecto aquí ocurrió. Corolario

de lo anterior, aún si se produjere un resultado adverso luego de la mentada intervención, no podrá

comprometerse la responsabilidad del profesional en salud o de la institución implicada, si dicha consecuencia no deriva de una falla en el suministro del servicio. Producto de lo anterior no se configura el nexo causal como uno de los elementos de la responsabilidad civil.

De cara a lo anterior, tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado. Se reitera, que no se ha realizado el riesgo asegurado como quiera que no se cometió yerro médico alguno y fue diligente

en la prestación al servicio del señor Luis Felipe Peralta para el 04 de marzo de 2019. Por tanto, no existe responsabilidad en cabeza del extremo pasivo, lo que por sustracción de materia significa que tampoco puede hacerse efectiva la póliza de seguro por la que fue convocada mi prohijada.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple

la condición pactada de la que pende su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo

asegurado o siniestro. Es decir, que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo

otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o

legal que la exonere de responsabilidad. Por ende, la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0. Las diversas condiciones, al ámbito de los amparos, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado. Al respecto, siempre se deberán atender los riesgos asumidos por Aseguradora en virtud del artículo 1056 del Código de Comercio, los valores asegurados para cada uno de los amparos y demás condiciones pactadas en el contrato de seguros.

En conclusión, no se ha realizado el riesgo asegurado en el presente asunto teniendo en cuenta que no ha nacido la obligación condicional, esto es, la responsabilidad por parte de la Clínica Uros

S.A.S. Lo anterior, en tanto es necesaria la comprobación de los tres elementos fundamentales para

estructurar la responsabilidad médica: falla médica, el daño y el nexo de causalidad entre la primera

y la segunda. Sin embargo, en el presente asunto no es dable endilgar responsabilidad en cabeza de la clínica asegurada. Lo quiere decir, que no hay obligación a cargo de mi prohijada, como quiera

que el riesgo asegurado no se ha realizado.

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

1. **RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022292076/0**

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

*“Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro”[[18]](#footnote-18)*

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

*“Este principio de la universalidad que informa al seguro de transporte, entre otros más, justifica las precisas diferencias que, en lo pertinente, existen con las demás clases de seguros.* ***Así, por vía de ejemplo, en lo tocante con la delimitación del riesgo,*** *mientras el artículo 1056 del Código de Comercio permite que el asegurador, a su arbitrio, asuma “todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”, el art. 1120 ib. preceptúa que el seguro de transporte “comprende todos los riesgos inherentes al transporte, salvo el deterioro por el simple transcurso del tiempo y los riesgos expresamente excluidos” (Se subraya),* ***luego, en este último negocio aseguraticio, el asegurador es responsable cuando la pérdida sea ocasionada por uno de los “riesgos inherentes al transporte”, salvo que el riesgo se encuentre expresa e inequívocamente excluido por las partes.”***[[19]](#footnote-19) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

*Esas cláusulas son válidas, inicialmente, en tanto se sustentan en el principio de la libre autonomía de las partes, cuyos límites son el orden público y las buenas costumbres; de ahí que el artículo 1056 consagre la posibilidad del asegurador de,* «a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado»[[20]](#footnote-20) (Negrilla y resaltado por fuera del texto original)**.**

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

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

*Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (…)* (Subrayado y negrilla por fuera del texto original)*[[21]](#footnote-21)*

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

En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas Y Hospitales No. 022292076/0 en sus Condiciones Generales señala una serie de exclusiones, las cuales enuncio a continuación, porque de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohijada:

***“EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL:***

*La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:*

*1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.*

*2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.*

*3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:*

- *Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.*

- *Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.*

*4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.*

*5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.*

*6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo, perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.*

*7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.*

*8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditado para esto.*

*9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.*

*10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.*

*11. Por cirugía plástico o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.*

*12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.*

*13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.*

*14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.*

*15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió´ con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.*

*16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.*

*17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:*

*A. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y,*

*B. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.*

*A. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y,*

*B. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento. “*

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 Allianz Seguros S.A., 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 Allianz Seguros S.A. 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.

1. **CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS**

Se pone de presente al despacho que, de llegarse a reconocer las sumas reclamadas a título de indemnización por parte del extremo actor, se desconocería el carácter indemnizatorio del contrato de seguro en tanto 1) no está probado que la parte demandada haya incurrido en un error al momento de realizar la intervención quirúrgica descrita en la demanda con fecha del 04 de marzo de 2019 y la cual en todo caso se enfocó en atender la condición de ruptura les ligamento cruzado anterior de la rodilla izquierda pues fue en dicho ligamento que se encontró una ruptura total y 2) los valores pedidos en la demanda desconocen claramente los baremos establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

Asi pues el carácter meramente indemnizatorio del contrato de seguro es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que, la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado y mucho menos superior al perjuicio efectivamente causado y demostrado. En este caso debe decirse en primera medida que como no está demostrada la responsabilidad de la demandada no podría ordenarse una indemnización, pero al margen de ello tampoco podría ordenarse algún pago a favor de la parte demandante porque no se encuentra probada la causación del del lucro cesante y mucho menos de los perjuicios inmateriales. De tal suerte que si se ordenará por parte del despacho algún tipo de pago el mismo constituiría un enriquecimiento sin causa en desmedro del principio meramente indemnizatorio. 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 (…)”.[[22]](#footnote-22)

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

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

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

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

Lucro cesante: No está probado el nexo causal entre la falta de empleo y la atención medica brindada en clínica uros como pretende plantearlo el demandante. Además, el dictamen de PCL que allega no tiene la entidad para probar dicha pérdida de capacidad porque está sujeto a contradicción, máxime cuando se indicó en la misma demanda que existió un dictamen de la ARL que lo calificó con 0% y ahora se trata de aducir que la perdida es del 40,2%.

Daño moral: es exorbitante y frente a las víctimas indirectas no se ha probado, no existe presunción alguna que pueda aplicarse para el caso concreto y en todo caso las sumas pretendidas son opuestas a los criterios jurisprudenciales aplicables al caso.

Daño a la salud: es improcedente en esta jurisdicción, y por demas es totalmente exorbitante, pues se fundamentan en un dictamen de pérdida de capacidad laboral elaborado por un particular y que esta sujeto a contradicción, por lo que no goza de validez para el proceso, lo que se suma a que el demandante ya había sometido a una calificación de pérdida de capacidad laboral rendida por una junta regional de calificación en la cual se emitio un puntaje final de 0%.

En otras palabras, si se reconocieran los daños pretendidos se transgrediría el principio indemnizatorio del seguro toda vez que se estaría enriqueciendo al extremo actor en lugar de repararlo. Lo anterior, teniendo en cuenta que no se puede reconocer suma alguna a titulo de lucro cesante cuando no existe certeza alguna de los ingresos presuntamente percibidos por el demandante, pues aporta un documento que da cuenta de una relación por obra o labor que contaba con un pago por horas sin certeza de su duración, lo que deja sin fundamento la estructura de sus cálculos sumado a que no se encuentra prueba del nexo causal entre la falta de empleo y la atención medica brindada en clínica uros como pretende plantearlo el demandante. Tampoco se podría reconocer emolumento por daño moral, dado que se afinca en una tesis de “daño” que nunca existió, pues no existe falla médica imputable a ningún demandado, además de esto, la estimación es abiertamente exorbitante. Y finalmente es improcedente reconocer cualquier concepto por un presunto daño a la salud como se reclama en la demanda, pues dicha tipología de perjuicio no se encuentra reconocida para esta jurisdicción, sin dejar de lado que la misma es totalmente exorbitante y carece de presupuestos para su justificación.

En conclusión, teniendo en cuenta que el carácter meramente indemnizatorio es un principio que rige el contrato de seguro, la indemnización que por la ocurrencia de un siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado y mucho menos superior al perjuicio efectivamente causado y demostrado. En este caso debe decirse que como no está demostrada la responsabilidad de la demandada no podría ordenarse una indemnización, pero incluso tampoco podría ordenarse algún pago a favor de la parte demandante porque no se encuentra probada la causación del daño lucro cesante y mucho menos de los perjuicios inmateriales que además están excesivamente tasados. De tal suerte que, si se ordenará por parte del Despacho algún tipo de pago, el mismo constituiría un enriquecimiento sin causa en desmedro del principio meramente indemnizatorio.

1. **EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA NO. 022292076/0**

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

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

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

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

*(…) Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación,* ***el valor de la prestación a cargo de la aseguradora****, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños,* ***se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado****, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización” [[23]](#footnote-23)(Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la porción de riesgo asumido. Así las cosas, exclusivamente en gracia de discusión, sin ánimo de que implique el reconocimiento de responsabilidad en contra de mi representada, se debe manifestar queel límite de la responsabilidad de la Aseguradora corresponde a la suma asegurada individual por evento y vigencia anual indicado en la carátula de la Póliza **022292076/0**, así:



En ese sentido se debe tener en cuenta que el límite asegurado es de $1.200.000.000

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

Por lo expuesto, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

1. **LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR EN LO ATINENTE AL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA NO. 022292076/0**

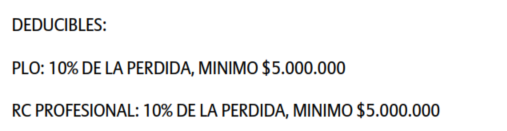
Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el siguiente deducible pactado en los contratos de seguro: 10% sobre el valor de la pérdida, mínimo $5.000.000.

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

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

*En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes”* [[24]](#footnote-24). (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

En efecto en la póliza vinculada se pactó el siguiente deducible:



De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable en virtud de la aplicación de los contratos de seguro. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, corresponde al 10% de la pérdida, mínimo $5.000.000.

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

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción

1. **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.

1. **SUJECIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO, EN LA QUE SE IDENTIFICA LA PÓLIZA No. 022292076/0 EL CLAUSULADO Y LOS AMPAROS**

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

Por lo tanto, en caso de que prosperen las pretensiones de responsabilidad civil de los demandantes contra mi representada, Allianz Seguros S.A. en ejercicio de la acción de reclamación directa de la víctima contra la aseguradora, tal relación deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro denominado la Póliza de Seguro RC Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, en la cual se encuentran contenidas las condiciones particulares de la póliza y por las condiciones generales.

##### **PRESCRIPCIÓN ORDINRIA DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO**

Se formula la presente excepción con el fin de solicitar al Despacho que declare la prescripción, en el caso en que durante el transcurso del proceso se llegare a probar que transcurrió más de dos años entre el primer reclamo de los hoy demandantes a la Clínica Uros y la fecha de presentación del llamamiento en garantía, lo anterior puesto que si llegare a verificarse que de forma previa o anterior a la audiencia de conciliación extrajudicial llevada a cabo el 23 de septiembre de 2022 por parte de los demandantes a la CLÍNICA UROS S.A.S, y si hasta la presentación del llamamiento en garantía transcurrieron más de dos años la configuración del fenómeno prescriptivo debe contabilizarse desde ese primer reclamo al asegurado y si desde aquella calenda transcurrieron más de dos años hasta la formulación del llamamiento en garantía en contra de mi representada sería claro que operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, situación que impedirá que se imponga obligación alguna a cargo de mi mandante.

En lo que respecta a la prescripción, se tiene que es un fenómeno jurídico a través del cual se pueden adquirir derechos o extinguir obligaciones, en efecto, el artículo 2512 del Código Civil establece:

“(…) *Artículo 2512. La prescripción es un modo de adquirir las cosas ajenas, o de extinguir las acciones o derechos ajenos, por haberse poseído las cosas y no haberse ejercido dichas acciones y derechos durante cierto lapso de tiempo, y concurriendo los demás requisitos legales.*

*Se prescribe una acción o derecho cuando se extingue por la prescripción* (…)”

Por su parte, el artículo 2535 Ibídem, que contempla la prescripción como medio de extinguir las acciones judiciales y dispone: “(…) *Artículo 2535. La prescripción que extingue las acciones y derechos exige solamente cierto lapso de tiempo durante la cual no se hayan ejercido dichas acciones. Se cuenta ese tiempo desde que la obligación se haya hecho exigible.* (…)”

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, si no también respecto del momento en que el período debe

empezar a contarse. Al respecto señala la mencionada disposición:

"(…) *Art. 1081. 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* (…)". (Negrita por fuera del texto original).

Al señalar la disposición transcrita, los parámetros para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, distingue entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria; y, el momento del nacimiento del derecho, independientemente de cualquier circunstancia y aun cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. Se destaca, entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no.

A su turno, indica el artículo 1131 del Código de Comercio lo siguiente:

“*ARTÍCULO 1131. <OCURRENCIA DEL SINIESTRO>. <Artículo subrogado por el artículo 86 de la Ley 45 de 1990. El nuevo texto es el siguiente:> En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima****. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial***” (Subrayas del texto original – Negrilla fuera del original)

Ahora bien, jurisprudencialmente, en sentencia del 29 de junio de 2007, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación civil precisó:

“(…) *d) Mientras que el término de la ordinaria es de sólo dos años, el de la extraordinaria se extiende a cinco, justificándose su ampliación por aquello de que luego de expirado, se entiende que todas las situaciones jurídicas han quedado consolidadas y, por contera, definidas. Es pues un término límite, al mismo tiempo que fatal, como se desprende de la hermenéutica racional de la normatividad patria, en asocio de sus antecedentes legislativos, ya registrados.*

*e) Para la primera, el anotado término de dos años irrumpe desde cuando el titular conoció o debió conocer la ocurrencia del hecho que habilita su ejercicio, como ya tangencialmente se mencionó. Al respecto, desde un ángulo jurídico-temporal, pertinente es destacar que uno es el momento de ocurrencia del hecho y otro aquél en que el accionante supo o debió saber de su acaecimiento, sin perjuicio, claro está, de que, en casos específicos, como suele suceder con inusitada frecuencia en la praxis, puedan darse las dos circunstancias en un mismo tempus. La extraordinaria se inicia a partir de cuando nace el derecho, objetivamente considerado. Por ello, conforme ya se observó, opera frente a toda clase de personas y al margen de cualquier conocimiento (real o efectivo, presunto o presuntivo)* (…)”. (Subrayado fuera de texto).

En el caso que nos ocupa, si bien los medios de prueba documentales indican que los demandantes

radicaron una solicitud de conciliación donde se convocó a la Clínica Uros S.A.S. y que dicha audiencia se llevó a cabo el 23 de septiembre de 2022, en el caso que haya existido un reclamo anterior a aquel tramite extrajudicial, el término para contabilizar el fenómeno prescriptivo deberá iniciar desde ese primer reclamo que los demandantes formularon a la demandada. Es por ello que, si en el curso del proceso se prueba que existió una reclamación anterior, será a partir de aquella calenda desde donde el despacho deberá contar el termino prescriptivo y si transcurrieron más de dos años hasta la radicación del llamamiento en garantía entonces sería claro que operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

Solicito declarar probada la presente excepción.

##### **GENÉRICA O INNOMINADA**

Solicito de la manera más respetuosa Señor Juez, que de conformidad con lo dispuesto en el Art. 282 del CGP se sirva declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de la parte Demandante y que se origine en la Ley, en aras de la defensa del extremo pasivo del litigio en curso.

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

**CAPITULO IV**

**PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS APORTADAS POR LA PARTE DEMANDANTE**

1. **RATIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PROVENIENTES DE TERCEROS:**

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

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

Entonces, cabe resaltar que Juez sólo podrá apreciar probatoriamente los documentos cuya ratificación se solicita si efectivamente ésta se hace, como lo consagra el citado artículo. En tal virtud, solicito al Despacho que no se les conceda valor alguno demostrativo a los documentos provenientes de terceros aportados por la parte demandante mientras ésta no solicite y obtenga su ratificación, y entre ellos, de manera enunciativa enumero los siguientes:

1. Concepto médico emitido por Natalia Cárdenas Polanía.
2. Formulario de Calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional emitido por parte del Dr. Luis Norberto Correa Sánchez.
3. Liquidación de daños y cuantificación de perjuicios realizada por Perimedical del Valle S.A.S. en cabeza del señor Luis Felipe Aponte.
4. **FRENTE AL DICTAMEN PERICIAL EMITIDO POR LUIS NORBERTO CORREA SÁNCHEZ**

Solicito respetuosamente al despacho que no se tenga en cuenta en la calidad de dictamen pericial el documento emitido por el DR. LUIS NORBERTO CORREA SÁNCHEZ médico cirujano y que fue aportado con la demanda, ello atendiendo a que no se cumplen los criterios y premisas condicionantes contenidas en el artículo 226 del C.G.P., ya que no cumple con el recuento de títulos del profesional que lo elaboró y no se cumple con la técnica aplicable al caso. Sin perjuicio de lo anterior y dado el caso en que el despacho decida darle el valor de un dictamen pericial solicito respetuosamente hacer comparecer al profesional que lo elaboró a la audiencia de instrucción y juzgamiento de que trata el artículo 373 del C.G.P. a fin de surtir la respectiva contradicción de dicho documento en los términos del artículo 228 del C.G.P. para los efectos de su contradicción.

1. **FRENTE AL DICTAMEN PERICIAL EMITIDO POR NATALIA CARDENAS POLANIA**

Solicito respetuosamente al despacho que no se tenga en cuenta en la calidad de dictamen pericial el documento nombrado como “concepto del paciente” emitido por la DRA. NATALIA CÁRDENAS POLANIA médica especialista en laboral y que fue aportado con la demanda, ello atendiendo a que no se cumplen los criterios y premisas condicionantes contenidas en el artículo 226 del C.G.P., ya que no cumple con el recuento de títulos del profesional que lo elaboró y no se cumple con la técnica aplicable al caso. Sin perjuicio de lo anterior y dado el caso en que el despacho decida darle el valor de un dictamen pericial solicito respetuosamente hacer comparecer a la profesional que lo elaboró a la audiencia de instrucción y juzgamiento de que trata el artículo 373 del C.G.P. a fin de surtir la respectiva contradicción de dicho documento en los términos del artículo 228 del C.G.P. para los efectos de su contradicción.

**CAPITULO V**

**MEDIOS DE PRUEBA**

1. **DOCUMENTALES:**
   1. Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas Y Hospitales y Hospitales No. 022292076/0 con su respectivo condicionado particular y general.
2. **INTERROGATORIO DE PARTE**
   1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a **LUIS FELIPE PERALTA GARCÍA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El demandante podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda y a través de su apoderado.
   2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **ALVARO FERNANDO MARTÍNEZ PALENCIA**, en su calidad de Demandado, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El demandado podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda y a través de su apoderado.
   3. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de la **CLÍNICA UROS S.A.**, en su calidad de Demandado, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal de la **CLÍNICA UROS S.A.** podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.
3. **DECLARACIÓN DE PARTE:**
   1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **ALLIANZ SEGUROS S.A.** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de las Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas Y Hospitales y Hospitales objeto del litigio.
4. **TESTIMONIALES**
   1. Respetuosamente solicito decretar el testimonio técnico del médico especialista en ortopedia **CARLOS MIGUEL GÓMEZ PEÑA**, quien puede ser citado en la Carrera 5A # 16-36 Barrio Quirinal de la ciudad de Neiva. La citación del testigo se realiza para que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, y en especial sobre todas las intervenciones y atenciones prodigadas al paciente.

Este testimonio solicitado es útil y pertinente, por cuanto es necesario observar desde un punto de vista clínico el actuar diligente por parte del servicio médico de las demandadas en el caso del paciente Luis Felipe Peralta García y en igual sentido, atendiendo a su especialidad podrá conceptuar sobre la atención brindada al paciente, su diagnóstico y respectivo tratamiento, así como de los hallazgos clínicos encontrados el trámite de la intervención quirúrgica realizada.

* 1. Respetuosamente solicito decretar el testimonio del médico especialista en medicina laboral **FLOR ALBA MOLINA RAMÍREZ**, quien puede ser citada en el correo [notificacionesjudiciales@axacolpatria.co](mailto:notificacionesjudiciales@axacolpatria.co) - [leidy.hernandez@axacolpatria.co](mailto:leidy.hernandez@axacolpatria.co) y [floralbamolinar@gmail.com](mailto:floralbamolinar@gmail.com) La citación del testigo se realiza para que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, y en especial sobre todas las intervenciones y atenciones prodigadas al paciente.

Este testimonio solicitado es útil y pertinente, por cuanto es necesario observar desde un punto de vista clínico el actuar diligente por parte del servicio médico de las demandadas en el caso del paciente Luis Felipe Peralta García. Adicionalmente pondrá de presente los motivos de sus anotaciones clínicas en el seguimiento del paciente, circunstancia puntual que permitirá en igual sentido conocer las conclusiones que llevaron a la calificación del 0% de PCL.

* 1. Solicito se sirva citar a la Doctora **MARÍA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de hecho y derecho sobre la Póliza de Seguro 022292076/0. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio, además que también podrá deponer acerca de las tratativas preliminares al perfeccionamiento de la póliza. La Doctora podrá ser citado en la Calle 22D No. 72-38 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico [camilaortiz27@gmail.com](mailto:camilaortiz27@gmail.com).

## DICTAMEN PERICIAL

* **DICTAMEN PERICIAL SOBRE EL TRAMITE Y PROCEDIMIENTO EFECTUADO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DISPENSADOS POR LA CLÍNICA UROS S.A.S.**

Comedidamente anuncio que me valdré de una prueba pericial que conceptúe las atenciones y procedimientos efectuados al paciente en sede de la Clínica Uros S.A.S. quien depondrá sobre la idoneidad y necesidad de las decisiones, así como ordenes medicas impartidas, a fin de demostrar que las atenciones brindadas corresponden a los criterios y principios de la lex artis y que efectivamente no existió ningún error en la cadena de atenciones y la intervención quirúrgica adelantada.

Esta se solicita y se anuncia de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 227 del Código General del Proceso, pues a la fecha no me es posible aportarla dada la complejidad técnica del mismo y que el término de traslado fue insuficiente para conseguir la prueba.

En virtud de lo anterior, respetuosamente solicito al despacho que se le conceda a mi representada un término no inferior a un mes con el fin de aportar dictamen pericial realizado por un perito experto en el tema, el anterior término, se justifica teniendo en cuenta la complejidad de dicho dictamen, pues se hace necesario realizar un estudio minucioso de la historia clínica del paciente a fin de demostrar que las atenciones brindadas y las decisiones del personal médico se ajustaron al caso.

El dictamen es conducente, pertinente y útil, teniendo en cuenta que el mismo podrá aclarar las circunstancias médicas del demandante con posterioridad a la ocurrencia del hecho que se estudia, las cuales, una vez analizadas, podrán determinar que no existió error alguno por parte del personal médico de la Clínica Uros S.A.S.

* **DICTAMEN PERICIAL DE CONTRADICCIÓN RESPECTO DEL DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL**

Comedidamente anuncio que me valdré de prueba pericial de contradicción respecto del dictamen de pérdida de capacidad laboral N° 71291585 – 82 emitido por el DR. LUIS NORBERTO CORREA SÁNCHEZ y con el cual se certifica un porcentaje de pérdida de capacidad laboral de 40,2% del señor Luis Felipe Peralta, a fin de demostrar que dicho porcentaje no corresponde a la pérdida de capacidad laboral ante las presuntas lesiones padecidas por el demandante.

Esta se solicita y se anuncia de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 227 del Código General del Proceso, pues a la fecha no me es posible aportarla dada la complejidad técnica del mismo y que el término de traslado fue insuficiente para conseguir la prueba.

En virtud de lo anterior, respetuosamente solicito al despacho que se le conceda a mi representada un término no inferior a un mes con el fin de aportar dictamen pericial realizado por un perito experto en el tema, el anterior término, se justifica teniendo en cuenta la complejidad de dicho dictamen, pues se hace necesario realizar un estudio minucioso de la historia clínica del paciente a fin de demostrar que el porcentaje otorgado al demandante es ajeno a la realidad.

El dictamen es conducente, pertinente y útil, teniendo en cuenta que el mismo podrá aclarar las circunstancias médicas del demandante con posterioridad a la ocurrencia del hecho que se estudia, las cuales, una vez analizadas, podrán determinar la verdadera condición del demandante respecto de su capacidad laboral.

**CAPÍTULO VI**

**ANEXOS**

1. Pruebas relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de Existencia y Representación legal de Allianz Seguros S.A. expedido por la Cámara de Comercio de Cali, en el que consta el poder general otorgado al suscrito.

**CAPÍTULO VII**

**NOTIFICACIONES**

* La parte actora en el lugar indicado en la demanda.
* Las demandadas en el lugar indicado en sus contestaciones de demanda.
* Mi representada ALLIANZ SEGUROS S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 13A Nº 29-24, Piso 9, de la ciudad de Bogotá, correo electrónico: notificacionesjudiciales@allianz.co
* El suscrito en la Carrera 11A # 94A - 23 oficina 201, en la ciudad de Bogotá D.C. Correo electrónico: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Atentamente,

Diagrama

Descripción generada automáticamente con confianza media

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

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

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

1. Código General Del Proceso, Artículo 206: *“(…) Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación (…)”* [↑](#footnote-ref-1)
2. CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala Penal, Sentencia SP1796-2018/51390 de mayo 23 de 2018. M.P. Dr. Luis Guillermo Salazar Otero [↑](#footnote-ref-2)
3. Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, M.P. Alejandro Martínez Caballero. [↑](#footnote-ref-3)
4. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016. [↑](#footnote-ref-4)
5. 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 [↑](#footnote-ref-5)
6. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Laboral. M.P. Gerardo Botero Zuluaga. SL11325-2016, sentencia del 01 de junio de 2016. [↑](#footnote-ref-6)
7. Tribunal Superior de Bogotá Sala Civil. Expediente 11001 31 03 034 2005 00293 de 2011. [↑](#footnote-ref-7)
8. Corte Suprema de Justicia. Sentencia Radicado 2000-01141 de 24 de junio de 2008. [↑](#footnote-ref-8)
9. Consejo de Estado. Sentencia No. 44572 del 18 de julio de 2019. Sección Tercera, M.P. Carlos Alberto Zambrano. Providencia [↑](#footnote-ref-9)
10. Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC780-2020, M.P. Ariel Salazar Ramirez [↑](#footnote-ref-10)
11. Corte Suprema de Justicia, sentencia SC4703-2021, Radicación: 11001-31-03-037-2001-01048-0l, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona [↑](#footnote-ref-11)
12. CSJ CS de 18 de septiembre de 2009, exp. 2005-00406-01. Cfr. se665 de 7 de marzo de 2019, exp.2009-00005-01. [↑](#footnote-ref-12)
13. CSJ SC de 5 de mayo de 1999, exp. 4978. [↑](#footnote-ref-13)
14. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Radicado 11001-31-03-003-2003-00660-01. MP Ariel Salazar Ramírez [↑](#footnote-ref-14)
15. Sentencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, magistrado ponente Jesús Vall de Rutén Ruiz SC2642 del 10 de marzo de 2015 [↑](#footnote-ref-15)
16. Sentencia de la Corte Suprema de Justicia (Expediente 4268) del 14 de agosto de 1995 [↑](#footnote-ref-16)
17. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de septiembre de 2017. M.P. Ariel Salazar Ramírez. [↑](#footnote-ref-17)
18. Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020. [↑](#footnote-ref-18)
19. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 31 de enero de 2007. Rad 2000-5492-01. M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo. [↑](#footnote-ref-19)
20. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 13 de diciembre de 2019. Rad. 2008-00193-01. M.P. Luis Alonso Rico Puerta. [↑](#footnote-ref-20)
21. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00. [↑](#footnote-ref-21)
22. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 22 de julio de 1999. Expediente:5065 [↑](#footnote-ref-22)
23. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952. [↑](#footnote-ref-23)
24. Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DEDUCIBLE. [↑](#footnote-ref-24)