



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
JURISPRUDENCIA

FERNANDO ORTIZ VERJÁN
ferorve@yahoo.com

770

Señor

JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E.

S.

D.



**REF: Verbal de PRITHVI BERNAL QUIROGA y otro contra
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM y otros
No. 2018 -386**

FERNANDO ORTIZ VERJÁN, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía número 79.388.806 de Bogotá y T.P. No. 82.682 del C.S. de la J., apoderado de la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM, corporación identificada con el NIT No. 860.013.570-3, con domicilio principal en Bogotá D.C., representada legalmente por el Dr. MIGUEL EDUARDO GONZALEZ BOHORQUEZ, quien es mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la C.C. No. 19.330.359, entidad demandada dentro del proceso de la referencia, medio del presente me permito **CONTESTAR LA DEMANDA**, manifestando

Sobre las

PRETENSIONES

A LA PRIMERA: Me opongo por carecer de sustentos de hecho y de derecho, tal como lo demostraré durante el desarrollo del proceso. La CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM no incurrió en mala praxis en la prestación del servicio médico y clínico a la paciente PRITHVI BERNAL QUIROGA, por lo cual no puede ser declarada responsable civilmente de daños y perjuicios.

A LA SEGUNDA: Me opongo por carecer de sustentos de hecho y de derecho, tal como lo demostraré durante el desarrollo del proceso. La CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM no puede ser condenada a la indemnización del daño emergente, lucro cesante, y los perjuicios morales toda vez que no hay presupuestos para imputar responsabilidad a mi representada, porque en la atención brindada a la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA no hubo falta de diligencia y cuidado debidos oportuno, ni mala praxis y mucho menos negligencia médica.

A LA TERCERA: Me opongo por carecer de sustentos de hecho y de derecho, tal como lo demostraré durante el desarrollo del proceso, que la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM sea condenada a reconocer y a pagar intereses moratorios desde el 16 de diciembre de 2014, ni desde ninguna otra fecha, ya que no adeuda capital alguno a los demandantes que cause el cobro de intereses.

A LA CUARTA: Me opongo al pago de la condena en costas y agencias en derecho, por carecer de sustentos de hecho y de derecho, tal como lo demostraré durante el desarrollo del proceso.

171
sobre los

HECHOS

AL 1: No me consta porque es un hecho ajeno a mi representada, como tal se señala que los controles médicos los realizó la demandante en su EPS FAMISANAR, sin indicar a través de cual IPS. Me atengo a lo probado.

AL 2: No me consta porque es un hecho ajeno a mi representada, se hace referencia a la ocurrencia de un hecho, pero no se especificó en el hecho la época de ocurrencia ni el nombre del médico tratante, ni la IPS a la cual concurrió. Me atengo a lo probado.

AL 3: No me consta porque es un hecho ajeno a mi representada, se trata de un examen médico en una IPS diferente a la de propiedad de mi representada. Me atengo a lo probado.

AL 4: No me consta porque es un hecho ajeno a mi representada. En el hecho no se menciona el nombre del médico tratante, ni la IPS a la cual concurrió. Las EPS no reciben exámenes médicos, ni atiende pacientes, ésta dar cobertura en salud a través de las IPS. Me atengo a lo probado.

AL 5: No me consta porque es un hecho ajeno a mi representada. En el hecho no se menciona el nombre del médico que la atendió. Se hace referencia a la atención recibida en la IPS OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA O&G. Me atengo a lo probado.

AL 6: No me consta porque es un hecho ajeno a mi representada, se hace referencia a dos citas médicas, pero no se especificó en que IPS fue atendida, ni quien ordenó la práctica de exámenes. Me atengo a lo probado.

AL 7: No me consta porque es un hecho ajeno a mi representada, se hace referencia al estudio de unos exámenes, pero en el hecho no se dice quien los analizó. Se menciona la práctica de exámenes en la IPS IMÁGENES DIAGNOSTICAS TEUSA. Me atengo a lo probado.

AL 8: No me consta porque es un hecho ajeno a mi representada, en el hecho no se afirma, quien atendió a la demandante el 15 de enero. Me atengo a lo probado.

AL 9: Se Admite que la demandante acudió al CAS calle 51, IPS de propiedad de mi representada y que oportunamente fue remitida por no contar con UCI Neonatal.

No me consta la atención que se le brindó en las demás IPS. Me atengo a lo probado.

AL 10: No me consta porque es un hecho ajeno a mi representada. Me atengo a lo probado.

AL 11: No me consta porque es un hecho ajeno a mi representada. Me atengo a lo probado.

AL 12: No me consta porque es un hecho ajeno a mi representada. Me atengo a lo probado.

AL 13: No me consta porque es un hecho ajeno a mi representada. Me atengo a lo probado.

AL 14: Se admite. El Despacho debe tener la anterior afirmación a título de confesión que hace la parte actora, **LOS SERVICIOS MEDICOS BRINDADOS FUERON BUENOS**, no hubo reproche ni queja alguna sobre ellos.

172

AL 15: No me consta porque es un hecho ajeno a mi representada. Se hace referencia a la atención "en su EPS", Mi representada actúa como IPS. Me atengo a lo probado.

AL 16: No me consta porque es un hecho ajeno a mi representada. Me atengo a lo probado.

EXCEPCIONES DE FONDO

Propongo como excepciones las siguientes:

1º. FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA

Note el Despacho que se ha demandado a IPS CAFAM, y no se ha acreditado la existencia ni la representación de dicha entidad, no se ha demandado a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM, quien es una corporación con persona jurídica propia, pero se le ha notificado el auto admisorio de la demanda.

2º. INEXISTENCIA DE PODER PARA INTERPONER DEMANDA CONTRA LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM.

El poder otorgado por la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA y otro facultan al togado para interponer acción de Responsabilidad civil contractual en contra de CAFAM IPS pero se demanda a IPS CAFAM y no existe poder para demandar o notificar auto admisorio de la demanda en contra de la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

3º. VIOLACION DEL NUMERAL 4 DEL ARTÍCULO 166 DE LA LEY 1437

Señala el numeral 4 del artículo 166 de la Ley 1437:

Artículo 166. Anexos de la demanda. A la demanda deberá acompañarse:

4. La prueba de la existencia y representación en el caso de las personas jurídicas de derecho privado.....

Como puede observarse en los anexos allegados con la demanda NO se adjuntó la prueba de la existencia y representación de la demandada IPS CAFAM ni de CAFAM IPS.

Menciona la actora en el numeral 4 del acápite de Anexos: "De la IPS Cafam no se pudo obtener certificado de constitución y gerencia porque aparece como cancelada, se allega el respectivo documento que acredita lo informado", el cual se encuentra a folio 132 del expediente.

El Despacho al observar el documento que menciona la actora, hace referencia a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM y no IPS CAFAM.

173

4°. INCUMPLIMIENTO DEL REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD.

El poder allegado al plenario facultad al togado para interponer la acción en contra de **CAFAM IPS**

La demanda está presentada en contra de la **IPS CAFAM**

El certificado No. 18272 del 27 de julio de 2017 del Centro de Conciliación No. 3248 de la Procuraduría Delegada para Asuntos Civiles de la Procuraduría General de la nación señala que asistió a la diligencia de conciliación el doctor JUAN CARLOS AVELLANEDA MICOLTA identificado con cedula de ciudadanía No. 80.414.112 como representante legal para Asuntos Judiciales de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM**, pero en ningún momentos se afirma que asistió la **IPS CAFAM** o **CAFAM IPS**, que es a quien se está demandando.

5°. INEXISTENCIA DE PRESUPUESTOS DE HECHO Y DE DERECHO PARA QUE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM SEA DECLARADA RESPONSABLE

La demandante consultó el 24 de Julio de 2014 a la IPS de propiedad de mi representada refiriendo embarazo y trae reporte de ecografía transvaginal, la cual fue solicitada en el servicio de Urgencias de Cafam, donde se evidencia un embarazo de 5 sem. Con Hematoma Retrocorial, por lo que médico tratante de urgencias indicó reposo y dio orden de Control Ecográfico en 10 días. Se realizaron #4 controles prenatales, a las 7.5, 10.4, 14.5 y 14.6 semanas de gestación. En estos controles se solicitaron los exámenes de laboratorios pertinentes, se pidió valoración por Nutrición debido al bajo peso. Dos Ecografías. Para edad gestacional que tenía la paciente no aplicaba pedir de "detalle". En los meses de Noviembre a Diciembre de 2014 consulto por Resfriado Común y por episodio de Síndrome del Túnel Carpiano.

La demandante el 24 de Enero de 2015 acude a la IPS CAS Calle 51 de propiedad de mi representada, por inicio de contracciones y salida de Líquido Amniótico, con 33.6 sem, con maduración pulmonar previa. Por no disponibilidad de UCI Neonatal en la IPS CAS Calle 51 de propiedad de mi representada fue remitida a otra IPS. Para ese momento la demandante presentaba Cifras Tensionales Estadio I, con adecuado manejo. En la consulta de Agosto 22 de 2016 con **Psicología**, refiere tener la bebé 18 meses, refiere que la hija nació con Toxoplasmosis, que tiene Hidrocefalia, Calcificaciones cerebrales, Desprendimiento de retina bilateral, presenta Epilepsia y Retardo Psicomotor. Esto la ha llevado a tener Patrón del sueño alterado y le realizan diagnóstico de Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión.

El Centro de Atención en Salud de la Calle 51 de la Caja de Compensación Familiar Cafam, brinda atención a los usuarios hasta donde la habilitación dada por la Secretaria Distrital de Salud y sus recursos de personal, clínicos y tecnológicos se lo permite. Cuando no hay disponibilidad (exceso de pacientes) o no estar habilitada para brindar atención o el paciente requiere un mayor nivel de atención por la complejidad de su patología o estado de salud, da inicio al proceso de remisión, el cual es de responsabilidad de la EPS a la cual está afiliado el usuario.

El artículo 2341 del Código civil señala que:

El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido.

174

De la citada disposición se infiere que son los tres elementos esenciales para que se confiera la responsabilidad civil extracontractual

1. Que se haya cometido una culpa (conducta)
2. Que de esta sobrevenga un daño
3. Que exista relación de causalidad o nexo causal entre la culpa y el daño.

Si alguno de los tres (3) elementos mencionados anteriormente faltare no se podrá imputar responsabilidad y por ende no habrá lugar a la condena al pago de los perjuicios.

La doctrina señala que la culpa es reconocida como un error de conducta, un desfallecimiento de actitud y definida como un descuido en el que no incurre una persona diligente dentro del desarrollo normal de sus actividades.

La atención brindada fue segura, ajustada a la racionalidad técnico-científica, en donde se brindó una atención completa, oportuna, integral y acorde con el diagnóstico, nivel de complejidad y nivel de habilitación que tenía el Centro de Atención en Salud de la Calle 51

Al no presentarse el primer presupuesto que trae la norma, cual es que se haya cometido una culpa (conducta), no puede predicarse responsabilidad. Alguna en cabeza de La CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM. Por lo anteriormente expuesto la excepción está llamada a prosperar.

6°. AUSENCIA DE CAUSA PARA EL COBRO DE LOS PERJUICIOS

Los perjuicios que busca cobrar y hacer pagar la parte actora, CARECE DE CAUSA, toda vez que como se mencionó en el numeral anterior, la ausencia de responsabilidad excluye la causa para el cobro de los perjuicios.

La atención brindada a la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA por parte de mi representada estuvo acorde con los protocolos médicos, el estado de salud de la paciente, nivel de complejidad, nivel de habilitación que tenía el Centro de Atención salud de la Calle 51 y la lex artis, etc. Por lo anteriormente expuesto la excepción está llamada a prosperar.

7°. SERVICIO MEDICO ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO

Son múltiples las circunstancias que intervienen en el estado de salud de un paciente, la obligación del médico tratante es tratar de encontrar la causa del deterioro físico, ordenando multiplicidad de exámenes, controles e interconsultas, hasta lograr determinar el origen de la patología.

La ciencia médica como tal no es una ciencia exacta y las fuentes de la enfermedad en ocasiones no son precisables, sino que el médico en su trabajo busca la causa más probable del mal, descartando en su transitar diversas fuentes

En el presente caso, los exámenes ordenados por los médicos tratantes obedecían a la patología que iba presentando la paciente y al desarrollo de los controles prenatales.

Mi representada, como profesional de la medicina adquiere la obligación de poner al servicio del paciente todos sus conocimientos, su experiencia técnica y científica, encaminada a solucionar los trastornos de la salud. A utilizar todos los equipos e instrumentos disponibles para el mismo cometido, a elaborar correcta y verídicamente la historia clínica del paciente, que mantendrá en reserva, pues también se encuentra obligado a guardar el secreto profesional. En el anterior orden de ideas, se observa que la obligación del médico es una OBLIGACION DE MEDIO, esto significa que el profesional de la medicina no se compromete a curar, a garantizar el resultado de una cirugía o a impedir la muerte del paciente, sino a poner a disposición del mismo, sus conocimientos, su experiencia, su capacidad técnica y científica, pero no a obtener un resultado específico.

La Corte Suprema De Justicia Sala de Casación Civil, con ponencia del Magistrado Dr. JOSÉ FERNANDO RAMÍREZ GÓMEZ de fecha once (11) de septiembre de dos mil dos (2002), Expediente No. 6430, respecto al tema, señala en uno de sus apartes lo siguiente:

" El Tribunal identificó que las obligaciones que se asumen frente al paciente, en relación con el contrato de servicios médicos, no son de resultado, sino de medio, consistentes en que el médico debe proporcionar todos los conocimientos adquiridos para procurar la curación o mejoría del enfermo, por lo que el reproche sólo acaecería cuando en el cumplimiento de esa prestación el facultativo se sustrae a observar las diligencias y las reglas de conducta impuestas por su arte o profesión.....".

De acuerdo con lo anterior, solamente existirá responsabilidad médica si la parte actora logra probar que existió culpa, error, impericia, negligencia, imprudencia u omisión, como causa del presunto daño. En el evento en que no se demuestre claramente dentro del proceso la situación en comento, no existirá responsabilidad por parte del profesional de la salud. Por lo anteriormente expuesto la excepción está llamada a prosperar.

8º COBRO DE DAÑOS Y PERJUICIOS POR FUERA DE MARCO LEGAL

La Jurisprudencia ha señalado un tope máximo como reconocimiento que por concepto de daño moral pueden cobrar todas aquellas personas que pretendan resarcir dicho perjuicio. Las pretensiones de la demanda en lo que atañe a dicha valoración hecha por la actora exceden en forma arbitraria dicho monto. Por lo anteriormente expuesto la excepción está llamada a prosperar.

9º. CUMPLIMIENTO LEX ARTIS.

Toda la atención médica brindada por parte de mi representada a la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA, estuvo acorde con lo preceptuado en la Lex Artis. Por lo anteriormente expuesto la excepción está llamada a prosperar.

10º. ATENCION EN SALUD SEGÚN NIVEL DE HABILITACION Y COMPLEJIDAD DEL CAS CALLE 51.

El Centro de Atención en Salud de la Calle 51 de la Caja de Compensación Familiar Cafam, brinda atención a los usuarios hasta donde la habilitación dada por la Secretaria Distrital de Salud y sus recursos de personal, clínicos y tecnológicos se lo permite.

Cuando un paciente requiere un mayor nivel de atención por la complejidad de su patología o estado de salud, da inicio al proceso de remisión, el cual es de responsabilidad de la EPS a la cual está afiliado el usuario, tal fue el caso de la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA.

Durante los controles prenatales fue examinada, diagnosticada, medicada y se inició el proceso de remisión cuando así se requirió, como fue en caso cuando no se contaba con disponibilidad en la UCI neonatal.

11º. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL

Entre la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM y los señores CIRO ARMANDO ULLOA y PRITHVI BERNAL QUIROGA no existe contrato alguno que denote o derive responsabilidad contractual.

12º. GENÉRICA

Desde ya me acojo a cualquier excepción que resulte probada dentro del proceso y que conlleve a la exoneración de responsabilidad de mi mandante.

FUNDAMENTOS DE HECHO Y RAZONES DE LA DEFENSA

PRIMERO: La CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM a través de su IPS brindó el servicio médico a la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA desde el año 2011

SEGUNDO: La demandante consultó el 24 de Julio de 2014 refiriendo embarazo y trae reporte de ecografía transvaginal, la cual fue solicitada en el servicio de Urgencias de Cafam, donde se evidencia un embarazo de 5 sem. Con Hematoma Retrocorial, por lo que médico tratante de urgencias indicó reposo y dio orden de Control Ecográfico en 10 días.

TERCERO: En la IPS de propiedad de mi representada se realizaron #4 controles prenatales, a las 7.5, 10.4, 14.5 y 14.6 semanas de gestación. En estos controles se solicitaron los exámenes de laboratorios pertinentes, se pidió valoración por Nutrición debido al bajo peso. Dos Ecografías. Para edad gestacional que tenía la paciente no aplicaba pedir de "detalle".

CUARTO: En los meses de Noviembre a Diciembre de 2014 consulto por Resfriado Común y por episodio de Síndrome del Túnel Carpiano.

QUINTO: La demandante el 24 de Enero de 2015 acude a la IPS CAS Calle 51 de propiedad de mi representada, por inicio de contracciones y salida de Líquido Amniótico, con 33.6 sem, con maduración pulmonar previa.

SEXTO: Por no tener disponibilidad de UCI Neonatal en la IPS CAS Calle 51 de propiedad de mi representada fue remitida a otra IPS. Para ese momento la demandante presentaba Cifras Tensionales Estadio I, con adecuado manejo.

SEPTIMO: En la consulta de Agosto 22 de 2016 con **Psicología**, refiere tener la bebé 18 meses, refiere que la hija nació con Toxoplasmosis, que tiene Hidrocefalia, Calcificaciones cerebrales, Desprendimiento de retina bilateral, presenta Epilepsia y Retardo Psicomotor. Esto la ha llevado a tener Patrón del sueño alterado y le realizan diagnóstico de Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión.

MANIFESTACION ESPECIAL

El Despacho mediante auto admite la acción contra IPS CAFAM, persona jurídica inexistente ya que se trata de un establecimiento médico de propiedad de la persona jurídica CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM. La anterior manifestación la hago siguiendo los preceptos éticos y profesionales que demanda el ejercicio de la abogacía y en atención a la economía y lealtad procesal.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Sustento la contestación de la demanda en los artículos 63 y 2341 del Código Civil y demás normas concordantes.

177

OBJECION CUANTIA JURAMENTO ESTIMATORIO.

En su escrito de demanda, el actor **NO SEÑALA LA CUANTIA** de la acción en los términos del artículo 206 del Código General del Proceso.

No obstante lo anterior, señalan los demandantes en la pretensión segunda de la demanda: *"bajo la gravedad del juramento, según lo preceptuado por el artículo 206 del C. P. C., así: DAÑO EMERGENTE....\$3.939.401. LUCRO CESANTE.....\$172.402.290. PERJUICIOS MORALES.....\$200.000.000*

De conformidad con lo preceptuado en el artículo 206 de la Ley 1564 de 2012 objeto la cuantía de la demanda señalada por el actor en la pretensión segunda, por las siguientes inexactitudes:

En lo que atañe al cobro del lucro cesante de la menor ALLISON DANIELA ULLOA BERNAL, se hace una tasación por la suma de \$172.402.290 y se hace remisión al peritazgo rendido por JUAN CARLOS MENDOZA ZAMORA, quien hace referencia a la "víctima ALEJANDRA MORALES DIAZ".

No se sabe realmente de donde proviene la cifra de \$ 172.402.290.

Tampoco se hizo la deducción del 25% de los ingresos para gastos propios de su manutención.

Por expresa prohibición del artículo 206 del Código General del Proceso que reza en su parte final *"El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales"* no es admisible la inclusión de los perjuicios morales en el juramento estimatorio o en términos de la pretensión segunda de la demanda que dice: *"bajo la gravedad del juramento, según lo preceptuado por el artículo 206 del C. P. C.,"*

PRUEBAS

Solicito se tengan como tales las siguientes:

INTERROGATORIO DE PARTE

Sírvase Señor Juez, señalar hora y fecha para la diligencia de Interrogatorio de Parte en donde la demandante deberá contestar cuestionario que en sobre cerrado o personalmente formularé sobre los hechos de la demanda y su contestación.

TESTIMONIAL

Solicito respetuosamente al despacho señalar fecha y hora para que el señor GUSTAVO MORENO ESPITIA, quien es mayor de edad y se encuentra domiciliado en esta ciudad, el cual puede ser citado en la Av Cra 68 No. 90-88 de Bogotá, declare sobre los hechos de la demanda y su contestación, toda vez que en su calidad de auditor médico tuvo conocimiento de los hechos.

178

NOTIFICACIONES

1. La parte actora en la dirección suministrada en la demanda
2. La parte demandada en la Calle 79 No. 16 A-20 oficina 407 de Bogotá
3. El suscrito apoderado en la Secretaria del Despacho y en la Calle 79 No. 16 A-20 de esta ciudad.
4. Tanto mi representada como el suscrito en la siguiente dirección electrónica ferorve@yahoo.com

Del Señor Juez, cordialmente

Fernando Ortiz Verjan

FERNANDO ORTIZ VERJAN

C.C. No. 79.388.806 de Bogotá

T. P. No. 82.682 del C.S. de la J.

9 F02105

10029 1-790-25 057

10029 02 0001 00

[Signature]



Republica de Colombia
Rama Judicial del Poder Público
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO
DE BOGOTÁ, D.C.

- ☐ 4) Despacho del Señor Juez informando que:
- ☐ 1. No se dio cumplimiento al auto al auto anterior.
- ☐ 2. La providencia anterior se encuentra ejecutoriada.
- ☐ 3. Venció el término de traslado del recurso de reposición.
- ☐ 4. Venció el término de traslado contenido en el auto anterior.
(El/los) por(los) se renunció(aron) en tiempo Si ☐ No ☐
- ☐ 5. Venció el término probatorio.
- ☐ 6. El término de emplazamiento venció, El(los) emplazado(s)
No compareció.
- ☒ 7. Continuar trámite procesal.
- ☒ 8. Se presentó la anterior solicitud para resolver.

Bogotá

SECRETARIO(A)

Contestación demandada

10-5

MAY 2019

(6)

986

Afiliado													
Identificación		CC	1032381050	Nombres		BERNAL QUIROGA PRITHVI		Tipo de Afiliado		COTIZANTE			
Autorización													
No. Radicación		225	30887125	F.Registro		30/12/2015 11:23:		F.Autorización		30/12/2015 11:23:12	DESCARGA CUENTAS MEDICAS		
No. Autorización		23891914		No. Negación				Autorizado por		YESICA PAOLA AGUIRRE OSPI			
Tipo Aut		AUTORIZACION MASIV		Clase Aut		NORMAL		Tipo Atención		URGENCIAS	R. Nacido		
Estado POS		ACTIVO		Carencia		147		Estado PAC			ACTIVO	Carencia	3
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR						Complementaria					
Remitente		CAFAM FLORESTA CAS						Contigencia					
Remitida		CAFAM FLORESTA CAS						Radica cta.m		13266457	136		
Observaciones Remitido								No. provisión		252			
AUTORIZACIÓN MASIVA - ATENCIÓN DE URGENCIAS ENTRE EL 01 AL 10 D													
Diagnóstico:													
1 R104		OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS											
		I.S.S.		Mapiiss				Q		Cubrimiento	Pxa Valor Tarifa		
Aprobado?		✓	F890703	PAQUETE DE URGENCIAS				1		100	64,231		

182

Afiliado										
Identificación		CC	1032381050	Nombres				Tipo de Afiliado		COTIZANTE
Autorización										
No. Radicación		0223	29744000	F.Registro		14/10/2015 15:31:28	F.Autorización		14/10/2015 15:31:28	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
No. Autorización		22936002		No. Negación				Autorizado por		WILLIAM RICARDO SALCEDO P
Tipo Aut		INTERNET		Clase Aut		NORMAL		Tipo Atención		URGENCIAS
Estado POS		ACTIVO		Carencia		147		Estado PAC		
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR				Complementaria				
Remitente		HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO				Contigencia				
Remitida		HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO				Radica cta.m		11615017		1
Observaciones Remitido						No. provisión		246		
Diagnóstico										
1 T149		TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO								
		I.S.S.		Mapliss		Q		Cubrimiento		Pxa Valor Tarifa
Aprobado?		✓		890701		CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL		1		100
										12,425

República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO
DE BOGOTÁ, D.C.



- Al Despacho del Señor Juez Informando que:
- ☐ 1. No se dio cumplimiento al auto al auto anterior.
 - ☐ 2. La providencia anterior se encuentra ejecutoriada.
 - ☐ 3. Venció el término de traslado del recurso de reposición.
 - ☐ 4. Venció el término de traslado contenido en el auto anterior.
Le(s) parte(s) se pronunció(aron) en tiempo ☐ Si ☐ No
 - ☐ 5. Venció el término de cumplimiento.
 - ☐ 6. El término de cumplimiento venció, el(los) emplazado(s) no compareció.
 - ☒ 7. Continuar trámite procesal.
 - ☒ 8. Se presenta la anterior solicitud para resolver.

Bogotá, 10 de Mayo de 2019.
SECRETARÍA

Contestacion demanda

10 de Mayo 2019
108 MAY 2019

Afiliado

Identificación

CC

1032381050

Nombres

Tipo de Afiliado

COTIZANTE

Autorización

No. Radicaciór

259

25878460

F.Registro

29/01/2015 15:40:50

F.Autorización

29/01/2015 15:40:50

DESCARGA CUENTAS MEDICAS

No. Autorizacion

19581797

No. Negación

Autorizado por

DIANA ROCIO PARDO CAMPOS

Tipo Aut

EGRESO HOSPITALAR

Clase Aut

NORMAL

Tipo Atención

PAQUETE OBSTERICO

R. Nacido

Estado POS

ACTIVO

Carencia

147

Estado PAC

0

Carencia

0

Primaria

CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Complementaria

272

25812372

Remitente

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO

Contigencia

Remitida

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO

Radica cta.m

9762031

1

Observaciones Remitido

No. provisión

230

537721-

Diagnóstico

1

0429

RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION

I.S.S.

Mapiiss

Q

Cubrimiento

Pxa Valor Tarifa

Aprobado?

✓

S11304

INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA. HABITACION DE

2

100

65,690

Afiliado															
Identificación		CC	1032381050	Nombres				Tipo de Afiliado		COTIZANTE					
Autorización															
No. Radicación		0223	25865998	F.Registro		28/01/2015 19:03:		F.Autorización		28/01/2015 19:03:15	DESCARGA CUENTAS MEDICAS				
No. Autorización		19571144		No. Negación				Autorizado por		FLOR ALBA SEGURA GALINDO					
Tipo Aut		INTERNET		Clase Aut		NORMAL		Tipo Atención		URGENCIAS		R. Nacido			
Estado POS		ACTIVO		Carencia		147		Estado PAC		POS			Carencia		
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR										Complementaria			
Remitente		HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO										Contigencia			
Remitida		HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO										Radica cta.m		9727243	1
Observaciones Remitido												No. provisión		230	
Diagnóstico															
1		O912 MASTITIS NO PURULENTA ASOCIADA CON EL PARTO													
		I.S.S.		Mapliss				Q		Cubrimiento		Pxa Valor Tarifa			
Aprobado?		✓		890701		CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL				1		100		12,425	

4

Afiliado

Identificación

CC

1032381050

Nombres

Tipo de Afiliado

COTIZANTE

Autorización

No. Radicación

272

25812372

F.Registro

25/01/2015 09:24:

F.Autorización

25/01/2015 09:24:28

DESCARGA CUENTAS MEDICAS

No. Autorización

19526905

No. Negación

Autorizado por

CATALINA DE LOS ANGELES D

Tipo Aut

AUTORIZACION

Clase Aut

NORMAL

Tipo Atención

PAQUETE OBSTERICO

R. Nacido

Estado POS

ACTIVO

Carencia

147

Estado PAC

0

Carencia

0

Primaria

CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Complementaria

Remitente

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO

Contigencia

Remitida

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO

Radica cta.m

9762031

1

Observaciones Remitido

No. provisión

230

EVENTO DEL 25/01/2015

537721-EVENTO DEL 25/01/2015 SS MARIA BENABIDEZ // GES DE 32 SEM // REMITIDA POR FAMIL

Diagnóstico

1

O429

RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION

Internación

Tipo Estancia Aprobada

Estancia Aprobada

Fecha Hospitalización

Fecha Grabación

INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA. HABITACION BIPERSONA

1

25/01/2015

25/01/2015

I.S.S.

Mapiiss

Q

Cubrimiento

Pxa Valor Tarifa

Aprobado?

✓

C40537

PARTO VAGINAL (NORMAL O INTERVENIDO CON FORCEPS O ESPATUL

1

100

925,970

186

Afiliado											
Identificación		CC	1032381050	Nombres				Tipo de Afiliado		COTIZANTE	
Autorización											
No. Radicación		0242	25811668	F.Registro		24/01/2015 22:03:00	F.Autorización		24/01/2015 22:03:06	DESCARGA CUENTAS MEDICAS	
No. Autorización		19525879		No. Negación				Autorizado por		KELLY ALVARADO PEÑA	
Tipo Aut		INTERNET		Clase Aut		NORMAL		Tipo Atención		URGENCIAS	
Estado POS		ACTIVO		Carencia		147		Estado PAC		POS	
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR				Complementaria					
Remitente		CAFAM CLINICA PEDIATRICA				Contigencia					
Remitida		CAFAM CLINICA PEDIATRICA				Radica cta.m		10354698		693	
Observaciones Remitido					No. provisión					230	
Diagnóstico											
1		P964 TERMINACION DEL EMBARAZO, FETO Y RECIEN NACIDO									
		I.S.S.		Mapiiss		Q		Cubrimiento		Pxa Valor Tarifa	
Aprobado?		✓		F890703		PAQUETE DE URGENCIAS		1		100	
										59,805	

187

Afiliado											
Identificación		CC	1032381050	Nombres				Tipo de Afiliado		COTIZANTE	
Autorización											
No. Radicación		223	25717452	F.Registro		19/01/2015 08:57:30	F.Autorización		19/01/2015 08:57:30	DESCARGA CUENTAS MEDICAS	
No. Autorización		19446033		No. Negación				Autorizado por		ANGIE YISETH HERRERA SABO	
Tipo Aut		EGRESO HOSPITALAR		Clase Aut		NORMAL		Tipo Atención		HOSPITALIZACION NO QUIRUF	
Estado POS		ACTIVO		Carencia		147		Estado PAC		0	
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR				Complementaria		272	25688603		
Remitente		CAFAM CLINICA PEDIATRICA				Contigencia					
Remitida		CAFAM CLINICA PEDIATRICA				Radica cta.m		9829789	1		
Observaciones Remitido					No. provisión					230	
Diagnóstico:											
1.0421		RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, E INICIO DEL TRABAJO DE PARTO DESPUES DE LAS 24 HORAS									
		I.S.S.		Mapiiss		Q		Cubrimiento		Pxa Valor Tarifa	
Aprobado?		✓	S11302	INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA. HABITACION BIPI		1		100		87,760	

Afiliado											
Identificación		CC	1032381050	Nombres				Tipo de Afiliado		COTIZANTE	
Autorización											
No. Radicación		272	25688603	F.Registro		15/01/2015 22:53:32	F.Autorización		15/01/2015 22:53:32	DESCARGA CUENTAS MEDICAS	
No. Autorización		19418567		No. Negación				Autorizado por		LEIDY CATHERINE GARZON	
Tipo Aut		AUTORIZACION		Clase Aut		NORMAL		Tipo Atención		HOSPITALIZACION NO QUIRUR	
Estado PQS		ACTIVO		Carencia		147		Estado PAC		0	
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR		Complementaria				Carencia		0	
Remitente		CAFAM CLINICA PEDIATRICA		Contigencia							
Remitida		CAFAM CLINICA PEDIATRICA		Radica cta.m		9829789		1			
Observaciones Remitido				No. provisión		230					
EVENTO DEL DIA 15/01/2015					EVENTO DEL DIA 15/01/2015 SS: JENNY HERNANDEZ- AUT						
Diagnóstico											
1 0421		RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, E INICIO DEL TRABAJO DE PARTO DESPUES DE LAS 24 HORAS									
Internación											
		Tipo Estancia Aprobada		Estancia Aprobada		Fecha Hospitalización		Fecha Grabación			
		INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA. HABITACION BIPERSONA		1		15/01/2015		15/01/2015			
		I.S.S.		Mapiiss		Q		Cubrimiento		Pxa Valor Tarifa	
Aprobado?		✓		S11302		INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA. HABITACION BIPI		1		100	87,760

189

Afiliado										
Identificación		CC	1032381050	Nombres				Tipo de Afiliado		COTIZANTE
Autorización										
No. Radicación		0242	25685220	F.Registro		15/01/2015 16:05:4	F.Autorización		15/01/2015 16:05:41	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
No. Autorización		19415401		No. Negación				Autorizado por		SANDRA LILIANA ALDANA ALD
Tipo Aut		INTERNET		Clase Aut		NORMAL		Tipo Atención		URGENCIAS
Estado PQS		ACTIVO		Carencia		147		Estado PAC		
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR				Complementaria				
Remitente		CAFAM CLINICA PEDIATRICA				Contigencia				
Remitida		CAFAM CLINICA PEDIATRICA				Radica cta.m		10354698	893	
Observaciones Remitido						No. provisión		230		
Diagnóstico										
1 0268		OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS RELACIONADAS CON EL EMBARAZO								
Aprobado?		✓	I.S.S.	Mapiiss		Q	Cubrimiento	Pxa Valor Tarifa		
			F890703	PAQUETE DE URGENCIAS		1	100	59,805		

890

Afiliado										
Identificación		CC	1032381050	Nombres				Tipo de Afiliado		COTIZANTE
Autorización:										
No. Radicación		1043	25510584	F.Registro		31/12/2014 12:28:00	F.Autorización		31/12/2014 12:28:01	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
No. Autorización		19261305		No. Negación				Autorizado por		MARIA CAMILA MORENO ENGAT
Tipo Aut		INTERNET		Clase Aut		NORMAL		Tipo Atención		APOYO DIAGNOSTICO AMBUL
Estado POS		ACTIVO		Carencia		147		Estado PAC		
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR				Complementaria				
Remitente		OBSTETRICIA & GINECOLOGIA LTDA O & G LTDA				Contigencia				
Remitida		OBSTETRICIA & GINECOLOGIA LTDA O & G LTDA				Radica cta.m		9788262		13
Observaciones Remitido							No. provisión		213	

Diagnóstico											
1 0283		HALLAZGO ULTRASONICO ANORMAL EN EL EXAMEN PRENATAL DE LA MADRE									
		I.S.S.		Mapiiss				Q		Cubrimiento	Pxa Valor Tarifa
Aprobado?		✓		F999309				1		100	500,000
PAQUETE ALTO RIESGO AVANZADO (OBSTERICO)											

12

Afiliado										
Identificación		CC	1032381050	Nombres			Tipo de Afiliado			COTIZANTE
Autorización										
No. Radicación		0226	25462670	F.Registro		26/12/2014 17:11:58	F.Autorización		26/12/2014 17:11:58	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
No. Autorización		19217256		No. Negación			Autorizado por		JOSE ALBERTO CHIGUASUQUE	
Tipo Aut		INTERNET		Clase Aut		NORMAL	Tipo Atención		URGENCIAS	R. Nacido
Estado POS		ACTIVO		Carencia		147	Estado PAC			Carencia
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR					Complementaria			
Remitente		CAFAM FLORESTA CAS					Contigencia			
Remitida		CAFAM FLORESTA CAS					Radica cta.m		9620111	1000
Observaciones Remitido							No. provisión		213	
Diagnóstico										
1 R529		DOLOR, NO ESPECIFICADO								
		I.S.S.		Mapiiss			Q		Cubrimiento	Pxa Valor Tarifa
Aprobado?		✓	F890703	PAQUETE DE URGENCIAS			1		100	58,667

Afiliado										
Identificación		CC	1032381050	Nombres				Tipo de Afiliado		COTIZANTE
Autorización										
No. Radicación		263	25360273	F.Registro		16/12/2014 18:11:3	F.Autorización		16/12/2014 18:15:11	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
No. Autorización		19128471		No. Negación				Autorizado por		ÁNGELA IVONNE URUEÑA DÍAZ
Tipo Aut		AUTORIZACION		Clase Aut		7	Tipo Atención		CONSULTA MEDICA	R. Nacido
Estado POS		ACTIVO		Carencia		147	Estado PAC		0	Carencia
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR				Complementaria				
Remitente		CAFAM CALLE 51 CAS				Contigencia				
Remitida		OBSTETRICIA & GINECOLOGIA LTDA O & G LTDA				Radica cta.m		9788258	6	
Observaciones Remitido						No. provisión		213		
VALIDO EN PDF SIN FIRMA NI SELLO					VALIDO EN PDF SIN FIRMA NI SELLO					
					EFG					

Diagnóstico	
1 Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION

Anexos					
Tipo		Aplica	Radicacion Nro	Unidad	Valor
CAPITACION IPS PRIMARIA SOCIA		Aplica ? ☒	3639776		

I.S.S.		Mapiiss		Q	Cubrimiento	Pxa Valor Tarifa
Aprobado?	☒	890202	CONSULTA ESPECIALIZADA POR ALTO RIESGO OBSTETRICO	1	100	23,000

193

Afiliado																	
Identificación		CC		1032381050		Nombres				Tipo de Afiliado		COTIZANTE					
Autorización																	
No. Radicación		0242		25351316		F.Registro		16/12/2014 10:28:		F.Autorización		16/12/2014 10:28:15		DESCARGA CUENTAS MEDICAS			
No. Autorización		19121275				No. Negación				Autorizado por		LINA PAOLA AGUILAR PARDO					
Tipo Aut		INTERNET				Clase Aut		NORMAL		Tipo Atención		URGENCIAS		R. Nacido			
Estado POS		ACTIVO				Carencia		147		Estado PAC				Carencia			
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR										Complementaria					
Remitente		CAFAM CLINICA PEDIATRICA										Contigencia					
Remitida		CAFAM CLINICA PEDIATRICA										Radica cta.m		10025368		491	
Observaciones Remitido												No. provisión		213			
Diagnóstico																	
1		Z016 EXAMEN RADIOLOGICO, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE															
		I.S.S.				Mapiiss				Q		Cubrimiento		Pxa Valor Tarifa			
Aprobado?		✓		F890703		PAQUETE DE URGENCIAS				1		100		59,805			

194

Afiliado																	
Identificación		CC		1032381050		Nombres				Tipo de Afiliado		COTIZANTE					
Autorización																	
No. Radicación		0226		25211085		F.Registro		06/12/2014 12:29:27		F.Autorización		06/12/2014 12:29:27		DESCARGA CUENTAS MEDICAS			
No. Autorización		18992575				No. Negación				Autorizado por		DIANA MARCELA SANCHEZ LON					
Tipo Aut		INTERNET				Clase Aut		NORMAL		Tipo Atención		URGENCIAS		R. Nacido ☐			
Estado POS		ACTIVO				Carencia		147		Estado PAC				Carencia ☐			
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR										Complementaria					
Remitente		CAFAM FLORESTA CAS										Contigencia					
Remitida		CAFAM FLORESTA CAS										Radica cta.m		9567975		2593	
Observaciones Remitido												No. provisión		213			
Diagnóstico:																	
1 R070		DOLOR DE GARGANTA															
		I.S.S.				Mapiiss				Q		Cubrimiento		Pxa Valor Tarifa			
Aprobado?		☒		F890703		PAQUETE DE URGENCIAS				1		100		58,667			

193

Afiliado										
Identificación		CC	1032381050	Nombres				Tipo de Afiliado		COTIZANTE
Autorización										
No. Radicación		0242	24396069	F.Registro		04/10/2014 11:35:21	F.Autorización		04/10/2014 11:35:21	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
No. Autorización		18275683		No. Negación				Autorizado por		JOHN VELASQUEZ YARA
Tipo Aut		INTERNET		Clase Aut		NORMAL		Tipo Atención		URGENCIAS
Estado POS		ACTIVO		Carencia		147		Estado PAC		
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR				Complementaria				
Remitente		CAFAM CLINICA PEDIATRICA				Contigencia				
Remitida		CAFAM CLINICA PEDIATRICA				Radica cta.m		9622765	1695	
Observaciones Remitido						No. provisión		209		
Diagnóstico										
1 R102		DOLOR PELVICO Y PERINEAL								
		I.S.S.		Mapliss		Q		Cubrimiento		Pxa:Valor Tarifa
Aprobado?		✓	F890703	PAQUETE DE URGENCIAS		1		100		59,805

Afiliado

Identificación

CC

1032381050

Nombres

Tipo de Afiliado

COTIZANTE

Autorización

No. Radicación

0226

24032791

F.Registro

07/09/2014 18:28:39

F.Autorización

07/09/2014 18:28:39

DESCARGA CUENTAS MEDICAS

No. Autorización

17962637

No. Negación

Autorizado por

ANDREA JOJANNA HERRERA MA

Tipo Aut

INTERNET

Clase Aut

NORMAL

Tipo Atención

URGENCIAS

R. Nacido

Estado POS

ACTIVO

Carencia

147

Estado PAC

Carencia

Primaria

CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Complementaria

Remitente

CAFAM FLORESTA CAS

Contigencia

Remitida

CAFAM FLORESTA CAS

Radica cta.m

8943194

4045

Observaciones Remitido

No. provisión

Diagnósticos

1 R520 DOLOR AGUDO

I.S.S.

Mapiiss

Q

Cubrimiento

Pxa Valor Tarifa

Aprobado?

✓

F890703

PAQUETE DE URGENCIAS

1

100

58,667

23

Afiliado											
Identificación		CC	1032381050	Nombres				Tipo de Afiliado		COTIZANTE	
Autorización											
No. Radicación		0218	23828286	F.Registro		22/08/2014 21:08:	F.Autorización		22/08/2014 21:08:17	DESCARGA CUENTAS MEDICAS	
No. Autorización		17785950		No. Negación				Autorizado por		MARIA ELENA GARCIA BUSTOS	
Tipo Aut		INTERNET		Clase Aut		NORMAL		Tipo Atención		URGENCIAS	
Estado POS		ACTIVO		Carencia		147		Estado PAC			
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR				Complementaria					
Remitente		SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE				Contigencia					
Remitida		SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE				Radica cta.m		8657898		1	
Observaciones Remitido						No. provisión		204			
Diagnóstico											
1 R51X		CEFALEA									
		I.S.S.		Mapiiss		Q		Cubrimiento		Pxa Valor Tarifa	
Aprobado?		✓		890701		CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL		1		100	12,425

198

Afiliado										
Identificación		CC	1032381050	Nombres				Tipo de Afiliado		COTIZANTE
Autorización										
No. Radicación		0242	23509830	F.Registro		30/07/2014 09:52:	F.Autorización		30/07/2014 09:52:11	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
No. Autorización		17513196		No. Negación				Autorizado por		ANGELICA MARIA MURILLO GA
Tipo Aut		INTERNET		Clase Aut		NORMAL		Tipo Atención		URGENCIAS
Estado POS		ACTIVO		Carencia		147		Estado PAC		
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR				Complementaria				
Remitente		CAFAM CLINICA PEDIATRICA				Contigencia				
Remitida		CAFAM CLINICA PEDIATRICA				Radica cta.m		9622765	1695	
Observaciones Remitido					No. provisión		202			

Diagnóstico										
1		O200 AMENAZA DE ABORTO								
		I.S.S.		Mapiiss				Q	Cubrimiento	Pxa Valor Tarifa
Aprobado?		✓	F890703	PAQUETE DE URGENCIAS				1	100	59,805

Afiliado																			
Identificación		CC		1032381050		Nombres				Tipo de Afiliado		COTIZANTE							
Autorización																			
No. Radicación		0291		23462730		F.Registro		26/07/2014 09:20:56		F.Autorización		26/07/2014 09:20:56		AUTORIZACION ACTIVA					
No. Autorización		17471849				No. Negación				Autorizado por		SERVICIO WEB							
Tipo Aut		INTERNET				Clase Aut		NORMAL		Tipo Atención		URGENCIAS		R. Nacido					
Estado POS		ACTIVO				Carencia		147		Estado PAC						Carencia			
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR										Complementaria							
Remitente		COLSUBSIDIO CLINICA CIUDAD ROMA										Contigencia							
Remitida		COLSUBSIDIO CLINICA CIUDAD ROMA										Radica cta.m							
Observaciones Remitido												No. provisión		202					
Diagnóstico																			
1 R102		DOLOR PELVICO Y PERINEAL																	
		I.S.S.				Mapiiss				Q		Cubrimiento		Pxa		Valor Tarifa			
Aprobado?		✓		890701		CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL				1		100				12,425			

Afiliado						
Identificación	CC	1032381050	Nombres		Tipo de Afiliado	COTIZANTE
Autorización						
No. Radicación	0242	23330808	F.Registro	16/07/2014 11:17:38	F.Autorización	16/07/2014 11:17:38
No. Autorización	17359993	No. Negación		Autorizado por	ANGELICA MARIA MURILLO GA	
Tipo Aut	INTERNET	Clase Aut	NORMAL	Tipo Atención	URGENCIAS	R. Nacido
Estado POS	ACTIVO	Carencia	147	Estado PAC		Carencia
Primaria	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR			Complementaria		
Remitente	CAFAM CLINICA PEDIATRICA			Contigencia		
Remitida	CAFAM CLINICA PEDIATRICA			Radica cta.m	9622765	1695
Observaciones Remitido				No. provisión	202	

Diagnósticos						
1	0218	OTROS VOMITOS QUE COMPLICAN EL EMBARAZO				
I.S.S.		Mapiiss	Q	Cubrimiento	Pxa Valor Tarifa	
Aprobado?	✓	F890703	PAQUETE DE URGENCIAS	1	100	59,805

Afiliado												
Identificación		CC	1032381050	Nombres				Tipo de Afiliado		COTIZANTE		
Autorización												
No. Radicación		0242	23188013	F.Registro		06/07/2014 14:26:35		F.Autorización		06/07/2014 14:26:35	DESCARGA CUENTAS MEDICAS	
No. Autorización		17236171		No. Negación				Autorizado por		YENNI CATHERINE SOLANO OL		
Tipo Aut		INTERNET		Clase Aut		NORMAL		Tipo Atención		URGENCIAS	R. Nacido	
Estado POS		ACTIVO		Carencia		147		Estado PAC			Carencia	
Primaria		CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR						Complementaria				
Remitente		CAFAM CLINICA PEDIATRICA						Contigencia				
Remitida		CAFAM CLINICA PEDIATRICA						Radica cta.m		9622765	1695	
Observaciones Remitido								No. provisión		202		
Diagnóstico												
1 R102 DOLOR PELVICO Y PERINEAL												
		I.S.S.		Mapiiss				Q	Cubrimiento	Pxa Valor Tarifa		
Aprobado?		✓		F890703		PAQUETE DE URGENCIAS		1	100	59,805		

Contrato No. 830507291-5

Entre los suscritos a saber **FAMISANAR LIMITADA** de una parte, sociedad constituida mediante escritura pública número 0542 del 31 de marzo de 1995, otorgada en la Notaría 52 del Circulo de Bogotá, domiciliada en la ciudad de Bogotá, con Nit numero 830003564-7, de acuerdo con el Certificado de Existencia y Representación expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá y que se anexa a este contrato, autorizada como ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD mediante Resolución Número 0509 del 25 de julio de 1995, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, representada por el señor **JUAN CARLOS FERNANDEZ MANOTAS** identificado con cédula de ciudadanía número 19'413.313 de Bogotá, en su calidad de Representante Legal y quien en adelante se denominará genéricamente **FAMISANAR**, y por la otra **OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LTDA** en la ciudad de Bogotá, y cuyo Representante legal es **DIANA PATRICIA PARRADO VIZCAINO** identificada con cédula de ciudadanía número 52.126.398 quien adelante se denominará genéricamente la **I.P.S.**, hemos acordado celebrar un contrato de prestación de servicios de salud, que se regirá por las normas citadas en él, y las demás que las sustituyan, adicionen, complementen o modifiquen, por los anexos que forman parte integral de este contrato y especialmente por las siguientes cláusulas:

1. NATURALEZA JURIDICA y OBJETO. Es un contrato de prestación de servicios de salud. El objeto del presente contrato consiste en la prestación de los servicios de salud que la **I.P.S.**, se compromete y obliga para con **FAMISANAR** a prestar en forma directa, oportuna y continua a los afiliados de **FAMISANAR** debidamente acreditados, en los términos definidos a lo largo de este contrato. Los servicios de Salud a que se obliga la **I.P.S.** son, sin limitarse a ellos, los que se enuncian y se definen a continuación:

- 1.1. Amniocentesis diagnostica y terapeutica
- 1.2. Monitoria Fetal
- 1.3. Curva de Lilley
- 1.4. Perfil de maduracion pulmonar fetal
- 1.5. Consulta de alto riesgo obstetrico
- 1.6. Doppler placentario
- 1.7. Demas Servicios ofertados en el portafolio.

Se entenderá por afiliado debidamente acreditado, la persona natural que presente a la **I.P.S.** el correspondiente carné de servicios, con el documento de identidad y que adicionalmente presente autorización escrita o en su defecto el número de verificación de derechos otorgado por **FAMISANAR**.

1.2. Los servicios contratados se prestaran con sujeción a los principios y parámetros establecidos en la ley para el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo, a los afiliados a **FAMISANAR** debidamente acreditados.

1.3. Cualquier modificación a las condiciones del presente contrato, así como cualquier suspensión o adición de servicios a prestar por parte de la **I.P.S.**, se hará por escrito y se formalizará mediante documento escrito, como OTROSI al presente contrato.

23/03/2005

1

SEDE PRINCIPAL - BOGOTA - Carrera 13 A No. 77 A - 63 / PBX - 6500 200 - BARRANQUILLA - Carrera 49 C No. 84 - 21 / 378 01 01 - CARTAGENA - Av. del Arsenal No. 8 B - 87 Local Duplex 101 / 664 31 92

- BUCARAMANGA - Carrera 35 No. 44 - 34 / 657 73 45 - TUNJA - Transversal 11 No. 23 - 36 Parque Santander / 743 61 68 / 84 - VILLAVICENCIO - Carrera 37 No. 34 - 108 Barrio Barzal Alto / 663 02 77

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - BOGOTA - 444 66 60

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - A NIVEL NACIONAL - 01 8000 91 666 2

2. **EXCLUSION DE LA RELACION LABORAL.** La I.P.S. obra de manera independiente, con autonomía técnica y administrativa, utilizando sus propios recursos y su propio personal, asumiendo todos los riesgos. Queda claramente entendido que no existirá vínculo laboral alguno entre **FAMISANAR** y el personal que LA I.P.S. utilice en la realización de las actividades que constituyen el objeto del presente contrato, por lo tanto LA I.P.S. asume toda la responsabilidad por los actos, dirección y control de su personal y empleados.

2.1. Se entiende que el personal de LA I.P.S. vinculado con la ejecución del objeto contractual no adquiere por este convenio vínculo laboral con **FAMISANAR** y por consiguiente sus salarios y prestaciones sociales estarán a cargo de LA I.P.S. así como su vinculación y desvinculación. Tampoco podrá predicarse que **FAMISANAR** es solidariamente responsable por el pago de los salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones a que el mismo tenga derecho. LA I.P.S. se compromete con **FAMISANAR** a mantenerlo indemne en caso de reclamaciones laborales de cualquier índole, relacionadas con los servicios objeto de éste contrato.

3. **OBLIGACIONES DE LA I.P.S.** Para el desarrollo del objeto del contrato, la I.P.S. se obliga para con **FAMISANAR**, y sus afiliados, especialmente a:

3.1. Prestar los servicios de salud en los términos de calidad y eficiencia establecidos en la Ley, y a cumplir las guías de atención integral adoptadas por el Ministerio de Salud y los protocolos de diagnóstico y/o tratamiento médico-quirúrgico de la **I.P.S.**, previamente conocidos por **FAMISANAR**.

3.2. Prestar los servicios de salud objeto de este contrato en forma DIRECTA, utilizando para ello profesionales de salud debidamente autorizados para ejercer por la autoridad gubernamental correspondiente de conformidad con la Ley.

3.3. Cumplir con los procedimientos administrativos establecidos en el ANEXO N° 1 MANUAL DE AUTORIZACIONES, el cual hace parte integral del presente contrato.

3.4. Prestar los Servicios de Salud del Plan Obligatorio de Salud de conformidad con la Resolución No. 005261 de 1994 del Ministerio de Salud.

3.5. Formular los medicamentos considerados en el Manual de Medicamentos establecido en el Acuerdo 228 de 2002 y las normas que lo adicionen o modifiquen, siguiendo los lineamientos de formulación de medicamentos de acuerdo a la Resolución 5261/94. La I.P.S. se compromete a no prescribir ni realizar tratamientos médicos, quirúrgicos o terapéuticos, que involucren medicamentos no aprobados por el INVIMA y/o esquemas terapéuticos o protocolos de investigación no aprobados por las sociedades científicas.

En el caso del uso de medicamentos no incluidos en el Acuerdo 228 de 2002, su prescripción se realizará según los lineamientos de la Resolución 5061 de 23 de diciembre 1997.

3.6. Abrir una historia clínica por cada afiliado atendido al igual que permitir la consulta de la historia de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 a **FAMISANAR** observando la reserva establecida por la Ley.

23/03/2005

2

SEDE PRINCIPAL - BOGOTÁ - Carrera 13 A No. 77 A - 63 / PBX - 6500 200 - BARRANQUILLA - Carrera 49 C No. 84 - 21 / 378 01 01 - CARTAGENA - Av. del Arsenal No. 8 B - 87 Local Duplex 101 / 664 31 82

- BUCARAMANGA - Carrera 35 No. 44 - 34 / 657 73 45 - TUNJA - Transversal 11 No. 23 - 36 Parque Santander / 743 61 68 / 84 - VILLAVICENCIO - Carrera 37 No. 34 - 108 Barrio Barzal Alto / 663 02 77

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - BOGOTÁ - 444 66 60

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - A NIVEL NACIONAL - 01 8000 91 666 2

48

3.7. Solicitar al afiliado la autorización de **FAMISANAR** para los servicios que lo requieran de acuerdo con el ANEXO N° 1 MANUAL DE AUTORIZACIONES el cual hace parte integral del presente contrato.

3.8. Emplear todos los medios humanos, científicos y tecnológicos disponibles para proporcionar al paciente la adecuada atención.

3.9. Garantizar un adecuado sistema de información de sus servicios a los afiliados de **FAMISANAR**.

3.10. Autorizar la inclusión de su nombre y servicios prestados como entidad adscrita al cuadro de prestadores de **FAMISANAR**, con la dirección, servicios prestados o características especiales, las cuales debe mantener siempre actualizadas.

3.11. Cumplir con la programación de citas concedida y los procedimientos programados a los afiliados de **FAMISANAR** y cancelarlos con la debida anticipación, siempre y cuando ello no acarree perjuicios al usuario y siempre que medie justa causa.

3.12. Reportar a **FAMISANAR** en forma mensual todas las quejas por mala prestación del servicio que sean presentadas por los afiliados.

3.13. Expedir los certificados de incapacidad y licencias por maternidad a que diere lugar el proceso de atención del afiliado y dejar constancia en la historia clínica.

3.14. Recaudar las sumas correspondientes a COPAGOS Y A CUOTAS MODERADORAS, descontando dichos valores de la Factura mensual, de acuerdo con el ANEXO 2 RECAUDO DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS.

3.15. REPORTES ESPECIALES.

3.15.1. La **I.P.S.** se obliga a informarle por escrito y a la Dirección de Contratación, toda aquella información que se relacione con una posible suspensión del servicio, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a que se conozca la causa justificada probable.

3.15.2. LA **I.P.S.** se obliga a reportar las urgencias a **FAMISANAR** dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la ocurrencia de los hechos, si el paciente es víctima de accidentes de tránsito o de un evento catastrófico.

3.15.3. La **I.P.S.** se compromete a informar oportunamente a **FAMISANAR** las enfermedades de notificación obligatoria.

3.15.4. La **IPS** se obliga a reportar diariamente el CENSO de pacientes hospitalizados, vía FAX a la línea designada para tal fin o correo electrónico, el cual debe contener como mínimo los siguientes campos: Nombre completo, N° de Identificación, N° de habitación, Fecha de ingreso y egreso, Diagnóstico y Sexo si es un Recién Nacido.

3.15.5. El traslado de pacientes es responsabilidad en primera instancia de la **IPS**, la **EPS** dará el soporte necesario por la **FAMILINEA**.

23/03/2005

3

SEDE PRINCIPAL - BOGOTA - Carrera 13 A No. 77 A - 63 / PBX - 6500 200 - BARRANQUILLA - Carrera 49 C No. 84 - 21 / 378 01 01 - CARTAGENA - Av. del Arsenal No. 8 B - 87 Local Duplex 101 / 664 31 92

- BUCARAMANGA - Carrera 35 No. 44 - 34 / 657 73 45 - TUNJA - Transversal 11 No. 23 - 36 Parque Santander / 743 61 68 / 84 - VILLAVICENCIO - Carrera 37 No. 34 - 108 Barrio Barzal Alto / 663 02 77

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - BOGOTA - 444 66 60

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - A NIVEL NACIONAL - 01 8000 91 666 2

3.15.6. Reportar los ingresos por urgencias en las primeras 24 horas sin perjuicio de los procedimientos establecidos para la verificación de derechos.

3.15.7. Reportar el nivel de satisfacción de los usuarios según los periodos establecidos por la IPS.

4. OBLIGACIONES DE FAMISANAR. FAMISANAR se obliga para con la I.P.S. a:

4.1. Cancelar las facturas y cuentas de cobro de conformidad con lo dispuesto en el presente contrato.

4.2. Expedir en forma oportuna las autorizaciones del servicio médico.

4.3. Informar de manera oportuna sobre cualquier cambio administrativo que afecte el desarrollo del presente contrato.

4.4. Informar a la I.P.S. los datos fundamentales de la póliza de reaseguro como el nombre de la compañía de seguros, la vigencia, el deducible, etc.

4.5. Enviar el primer mes de cada año las fechas de radicación de las cuentas médicas.

5. PROHIBICIONES. La I.P.S. no podrá:

5.1. Cobrar suma alguna adicional por la prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, sin perjuicio de la obligación de recaudar las sumas correspondientes a **COPAGOS Y A CUOTAS MODERADORAS**, y valores excedentes por cubrimiento parcial; o servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de salud; descontando dichos valores de la Factura mensual, de acuerdo con el ANEXO 2 RECAUDO DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS, el cual hace parte integral del presente contrato.

5.2. Realizar prácticas discriminatorias en su atención a los afiliados de **FAMISANAR** conforme a lo dispuesto por la ley. La responsabilidad de no realizar los procedimientos, por no cubrimiento o cubrimientos parciales por parte de la EPS, corresponde a la IPS, no imputable a trámites administrativos.

5.3. Divulgar cualquier información relacionada con los pacientes afiliados a **FAMISANAR** a menos que cuente para el efecto con su autorización o sea requerida por autoridad competente.

5.4. Ceder el presente contrato, a menos que cuente para el efecto con autorización previa, expresa y escrita de **FAMISANAR**.

6. TARIFAS. FAMISANAR pagará al CONTRATISTA los servicios objeto de éste contrato, a tarifas: PROPIAS (anexo)

7. FORMA DE PAGO. FAMISANAR pagará a la I.P.S. los servicios objeto de este contrato dentro de los cuarenta y cinco días (45) días siguientes a la radicación de la factura.

7.1. Las facturas deberán ser presentadas máximo a los ciento ochenta (180) días siguientes de la prestación de los servicios contratados, efectivamente prestados y debidamente autorizados, en los términos antes indicados, excepto las causadas por enfermedad de alto costo, las cuales la I.P.S. se obliga a presentar dentro de los ciento veinte (120) días siguientes.

23/03/2005

4

SEDE PRINCIPAL - BOGOTÁ - Carrera 13 A No. 77 A - 63 / PBX - 6500 200 - BARRANQUILLA - Carrera 49 C No. 84 - 21 / 378 01 01 - CARTAGENA - Av. del Arsenal No. 8 B - 87 Local Duplex 101 / 664 31 92

- BUCARAMANGA - Carrera 35 No. 44 - 34 / 657 73 45 - TUNJA - Transversal 11 No. 23 - 36 Parque Santander / 743 61 68 / 84 - VILLAVICENCIO - Carrera 37 No. 34 - 108 Barrio Barzal Alto / 663 02 77

LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO - BOGOTÁ - 444 66 60

LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO - A NIVEL NACIONAL - 01 8000 91 666 2

46

33

7.2. Deberá presentarse una factura discriminada por cada usuario, que debe contener la identificación de cada usuario atendido, siguiendo los procedimientos administrativos contenidos en el anexo No. 3 MANUAL DE CUENTAS MEDICAS, el cual hace parte integral del presente contrato.

7.3. Las facturas deberán cumplir con las normas establecidas por la Dirección de Impuestos Nacionales.

7.4. FAMISANAR recibirá facturas de acuerdo a las fechas de radicación que se envían en el primer mes de cada año.

7.5. **MANEJO DE GLOSAS.** FAMISANAR cancelará la totalidad del valor no glosado de la factura, siempre y cuando el valor de la misma no supere el cincuenta (50%) del total de la factura. Las glosas serán informadas en el momento de pago, estas serán expuestas por FAMISANAR a la I.P.S. en documento separado según los términos acordados en el numeral siete.

7.6. Transcurrido este término la I.P.S. deberá presentar la aclaración sobre la misma dentro de los veinte (20) días subsiguientes. A partir de la fecha en que la I.P.S. responda formalmente la glosa, FAMISANAR tendrá treinta días para informar a la I.P.S. si acepta o no las explicaciones dadas a la glosa. FAMISANAR tendrá los mismos términos del numeral siete, para pagar el valor de las glosas aclaradas satisfactoriamente.

7.7. Si la I.P.S., no presenta aclaración de la glosa dentro del término señalado, FAMISANAR entenderá que la glosa es aceptada.

7.8. Una vez estudiada la glosa por la I.P.S. y efectuada la aclaración, los valores correspondientes se trabajarán por el sistema de notas crédito, en caso de aceptar la glosa, o cartas aclaratorias si se va a soportar la glosa, de soporte de la factura que contenga:

Número inicial de la factura glosada, fecha y número de radicación, valor glosado, valor aceptado, valor no aceptado, número de identificación del paciente, fecha de atención junto con los documentos soporte de la respuesta de la glosa.

7.9. Solo se aceptaran dos radicaciones para aclarar una misma glosa, y después se dará por aclarada y aceptada la glosa.

7.10 En caso de endoso de las facturas o cesión de créditos aceptado por FAMISANAR, por prestación de servicios, la I.P.S. pagará a FAMISANAR por la carga adicional administrativa el 1% del valor total facturado o del crédito cedido, suma que será compensada de aquellas que se adeuden.

7.11. El valor de los **COPAGOS Y LAS CUOTAS MODERADORAS** recaudados por la I.P.S. deberán ser descontados de las facturas quedando reflejado dicho descuento en las mismas, de conformidad con el ANEXO No. 3 MANUAL DE CUENTAS MEDICAS, que hace parte integral del presente contrato.

23/03/2005

5

SEDE PRINCIPAL - BOGOTÁ - Carrera 13 A No. 77 A - 63 / PBX - 6500 200 - BARRANQUILLA - Carrera 49 C No. 84 - 21 / 378 01 01 - CARTAGENA - Av. del Arsenal No. 8 B - 87 Local Duplex 101 / 664 31 92

- BUCARAMANGA - Carrera 35 No. 44 - 34 / 657 73 45 - TUNJA - Transversal 11 No. 23 - 36 Parque Santander / 743 61 68 / 84 - VILLAVICENCIO - Carrera 37 No. 34 - 108 Barrio Barzal Alto / 663 02 77

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - BOGOTÁ - 444 68 60

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - A NIVEL NACIONAL - 01 8000 91 665 2

45

7.12. **GLOSA ESPECIAL POR ENFERMEDADES DE ALTO COSTO.** Considerando que por expreso mandato legal, FAMISANAR está obligada a contar con una póliza de seguros de enfermedades de alto costo, las partes convienen en establecer como glosa especial por enfermedades de alto costo, una glosa en virtud de la cual, FAMISANAR podrá objetar el pago de las facturas correspondientes a enfermedades de alto costo, cuando la I.P.S. incumpla con su obligación de presentar dentro de los 120 días siguientes al ingreso del paciente. Lo anterior, para permitir que FAMISANAR pueda adelantar las gestiones de recobro a la compañía de seguros dentro de los plazos establecidos en la póliza. En consecuencia, de presentarse las condiciones acordadas para la glosa FAMISANAR no estará obligada a pagar a las I.P.S. la parte que hubiere podido recobrar de la póliza de seguro, por el riesgo asegurado de enfermedades de alto costo. Para tales efectos, FAMISANAR informará a la I.P.S. los datos generales de la póliza, tales como asegurador vigencia, deducible y prioridad.

8. GARANTIA DE CALIDAD Y AUDITORIA. Para garantizar el cabal desempeño del Sistema de Garantía de Calidad dado por el Decreto 2309 del 15 de Octubre de 2002 y reglamentado por el 1439 de Noviembre de 2002 y demás normas que lo modifiquen adicionen o aclaren, la I.P.S. se obliga para con **FAMISANAR** a:

8.1.1. Permitir el acceso del personal autorizado en forma escrita por el Director de Garantía de Calidad, o por el Gerente de Servicios de Salud de **FAMISANAR** para:

8.1.2. Verificar en forma permanente el cumplimiento Técnico - Administrativo contemplado en el proceso de Habilitación.

8.1.3. Examinar de los registros, cuentas, ordenes, exámenes paralíticos, resultados de los mismos e historias clínicas, información relacionada directamente con el servicio prestado al afiliado de **FAMISANAR**, que se produzcan en desarrollo de este contrato.

8.1.4. Verificar el desarrollo de planes de mejoramiento de la calidad y los informes de calidad y su cumplimiento, así como la del sistema de información y los procedimientos de auditoría médica propios de la **I.P.S.**

8.2. Reportar el nivel de satisfacción de los usuarios por lo menos una vez al mes.

8.3. Colaborar en el seguimiento y evaluación de la atención prestada a afiliados de **FAMISANAR**, proporcionando para tal fin todos los recursos necesarios para que el equipo de Auditoría Médica de **FAMISANAR** pueda cumplir con sus funciones, conforme a lo dispuesto con la ley

8.4. Acreditar la conformación de acuerdo con la Ley y el funcionamiento de los comités que están legalmente obligado a conformar, así:

Para IV Nivel

- i. Comité de Vigilancia Epidemiológica
- ii. Comité de Infecciones
- iii. Comité de Auditoría Médica
- iv. Comité técnico Científico o de Farmacia y Terapéutica
- v. Comité de Compras
- vi. Comité Paritario de Salud Ocupacional

23/03/2005

6

SEDE PRINCIPAL - BOGOTÁ - Carrera 13 A No. 77 A - 63 / PBX - 6500 200 - BARRANQUILLA - Carrera 49 C No. 84 - 21 / 378 01 01 - CARTAGENA - Av. del Arsenal No. 8 B - 87 Local Duplex 101 / 664 31 92

- BUCARAMANGA - Carrera 35 No. 44 - 34 / 657 73 45 - TUNJA - Transversal 11 No. 23 - 38 Parque Santander / 743 61 68 / 84 - VILLAVICENCIO - Carrera 37 No. 34 - 108 Barrio Barzal Alto / 663 02 77

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - BOGOTÁ - 444 66 60

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - A NIVEL NACIONAL - 01 8000 91 666 2

44



Para III Nivel

- i. Comité de Vigilancia Epidemiológica
- ii. Comité de Infecciones
- iii. Comité de Auditoría Médica y/o Comité técnico Científico o de Farmacia y Terapéutica
- iv. Comité de Compras
- v. Comité Paritario de Salud Ocupacional

Para II Nivel

- i. Comité de Auditoría Médica
- ii. Comité técnico Científico o de Farmacia y Terapéutica
- iii. Comité Paritario de Salud Ocupacional

Para I Nivel

- i. Comité de Auditoría Médica y/o Comité técnico Científico o de Farmacia y Terapéutica
- ii. Comité Paritario de Salud Ocupacional

8.5. Promover la realización de comités *ad hoc* frente al acaecimiento de posibles fallas en la prestación de los servicios y comunicar a FAMISANAR sus conclusiones.

9. INFORMACION. FAMISANAR podrá solicitar copia de la Historia Clínica previa autorización expresa del paciente o en los casos previstos en la Ley, información estadística y la contemplada en la Circular 018 de 1996 de la Superintendencia Nacional de Salud a través del Auditor Médico y/o Dirección de Calidad o de la Gerencia de Servicios de Salud.

9.1. Cualquier requerimiento de información especial o adicional **FAMISANAR** a través del conducto señalado, deberá realizarlo por escrito.

10. EVALUACION. FAMISANAR realizará periódicamente, una revisión de la ejecución del contrato donde se evaluarán los costos, satisfacción del usuario y acceso a los servicios. Si una vez realizada esta revisión se concluye que han variado las condiciones tecnológicas, locativas y técnicas, de tal suerte que se han desmejorado y no correspondan a las inicialmente acordadas se podrá dar por terminado el contrato, una vez realizada la evaluación en conjunto y con los parámetros establecidos.

11. DURACION. El presente contrato tendrá una duración de un año contado a partir de la fecha de su firma y será prorrogado por periodos iguales. No obstante la vigencia acordada, el contrato se dará por terminado por:

11. 1. Por incumplimiento de cualquiera de las obligaciones a cargo de la **I.P.S.**

11.2. Si la **LP.S.** se le niega por la autoridad competente la autorización como IPS.

23/03/2005

7

SEDE PRINCIPAL - BOGOTA - Carrera 13 A No. 77 A - 63 / PBX - 6500 200 - BARRANQUILLA - Carrera 49 C No. 84 - 21 / 378 01 01 - CARTAGENA - Av. del Arsenal No. 8 B - 87 Local Duplex 101 / 664 31 92

- BUCARAMANGA - Carrera 35 No. 44 - 34 / 657 73 45 - TUNJA - Transversal 11 No. 23 - 36 Parque Santander / 743 61 68 / 84 - VILLAVICENCIO - Carrera 37 No. 34 - 108 Barrio Barzal Alto / 663 02 77

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - BOGOTA - 444 66 60

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - A NIVEL NACIONAL - 01 8000 91 666 2

43

11.3. Si la I.P.S. cede el contrato sin autorización previa, expresa y escrita de FAMISANAR.

11.4. Unilateralmente si una de las partes informa a la otra mediante comunicación escrita, su interés por terminarlo, con por lo menos treinta (30) días de anticipación.

12. ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES. En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, la I.P.S. se compromete a prestar la atención médica y los servicios establecidos en el artículo 5o. del Decreto Ley 1295 de 1994, en los términos estipulados por la E.P.S. FAMISANAR.

12.1. En caso de que la atención derive de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, la I.P.S., deberá reportar a FAMISANAR sobre tales hechos dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la ocurrencia de los mismos y dejar debidamente consignado en la Historia Clínica, el origen del evento. El pago de esta atención, se hará siguiendo los parámetros del ANEXO N° 3 MANUAL DE AUTORIZACIONES CAPITULO II.

12.2. La certificación de incapacidades por accidente de trabajo y enfermedad profesional deberán contener en forma expresa el origen de la misma; podrán ser expedidas en papelería de la I.P.S. y FAMISANAR hará la transcripción de la misma y serán pagadas por la A.R.P.

12.3. FAMISANAR pagará a la I.P.S. el valor de la cuenta cuando se trate de un Accidente de trabajo o Enfermedad Profesional, una vez la ARP halla reconocido el origen como Profesional o las instancias contempladas en el Artículo 12 del Decreto 1295 y en el decreto 2463 de 2001 así lo hallan dictaminado y hallan desembolsado el valor a la EPS FAMISANAR. Adicionalmente FAMISANAR reconocerá un cinco por ciento (5%) adicional sobre las tarifas pactadas, siempre y cuando el accidente de trabajo o la enfermedad profesional se reporte con las formalidades legales, dentro de los dos días siguientes a la admisión en la IPS y que en el término de dos días a partir de que el paciente sea dado de alta, alleguen a la cuenta el respectivo formato único de reporte de accidentes de trabajo y Enfermedad Profesional y que la Epicrisis lo refleje en forma clara. El porcentaje adicional también se pagará una vez la ARP hará el pago a FAMISANAR del valor del servicio.

13. ACCIDENTES DE TRANSITO. El valor de los servicios de salud y complementarios que se deriven de accidentes de tránsito y eventos catastróficos, de conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1993, el Decreto 1283 de 1.996 y demás normas que lo sustituyan, adicionen, modifiquen o complementen, solo será cubierto por FAMISANAR cuando la cuantía de tales servicios sea o exceda de ochocientos salarios mínimos legales diarios vigentes y exclusivamente en el monto que exceda dicha cuantía. La I.P.S. se obliga a cobrar directamente los primeros ochocientos (800) salarios diarios mínimos legales vigentes a la compañía de Seguros que maneje el SOAT o al Fondo de Solidaridad y Garantía, según sea el caso y adicionar a la cuenta si hubiere excedentes, el certificado de pago o cobro a la Póliza.

13.1. En todos los casos en que la I.P.S. atienda a alguno de los afiliados a FAMISANAR como consecuencia de un accidente de tránsito o evento catastrófico, deberá reportar a FAMISANAR por disposición legal, sobre la ocurrencia de tal hecho dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al

23/03/2005

8

SEDE PRINCIPAL - BOGOTA - Carrera 13 A No. 77 A - 63 / PBX - 6500 200 - BARRANQUILLA - Carrera 49 C No. 84 - 21 / 378 01 01 - CARTAGENA - Av. del Arsenal No. 8 B - 87 Local Duplex 101 / 664 31 92
- BUCARAMANGA - Carrera 35 No. 44 - 34 / 657 73 45 - TUNJA - Transversal 11 No. 23 - 38 Parque Santander / 743 61 68 / 84 - VILLAVICENCIO - Carrera 37 No. 34 - 108 Barrio Barzal Alto / 663 02 77

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - BOGOTA - 444 66 60

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - A NIVEL NACIONAL - 01 8000 91 666 2

42

ingreso del afiliado y dejar debidamente consignado en la Historia Clínica el origen del evento.

14. **ENFERMEDADES RUINOSAS Y CATASTROFICAS.** Para los casos de tratamientos para enfermedades ruinosas o catastróficas, las cuales se encuentran definidas en el artículo 17 de la Resolución No. 5261 de 1994. La I.P.S. deberá enviar a la Dirección de cuentas Médicas las cuentas de cobro relacionadas con enfermedades ruinosas o catastrófico cuando superen los 40 salarios mínimos legales vigentes y así sucesivamente cada vez que se cope otra cifra igual.

15. **CLAUSULA COMPROMISORIA.** Las partes convienen que en el evento que surja alguna diferencia jurídica o técnica entre las mismas, por razón o con ocasión del presente contrato, será resuelta por un Tribunal de Arbitramento designado por la Cámara de Comercio de Bogotá, que se sujetaran a las siguientes reglas:

15.1. El Tribunal estará integrado por 3 árbitros designados conforme al reglamento del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá

15.2. El Tribunal decidirá en derecho

15.3. El Tribunal funcionará en la ciudad de Bogotá.

15.4. Los arbitramentos que ocurrieren se regirán por el reglamento del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá.

16. **GASTOS.** Los gastos que deban ser cancelados para el perfeccionamiento de este contrato serán pagados por partes iguales por los contratantes, salvo el impuesto de timbre nacional, del cual como **EPS, FAMISANAR** se encuentra exonerada según lo establecido por el Artículo 10 del Decreto 841 de 1.998. La I.P.S. deberá en caso de causarse, cancelar la mitad, salvo el evento que se encuentre igualmente exonerado por la ley.

17. **DOMICILIO.** Para todos los efectos legales y jurídicos derivados del presente contrato, se establece como domicilio la ciudad de Bogotá. La prestación de los servicios de salud contratados tendrá como domicilio Bogotá.

18. **RESPONSABILIDAD CIVIL DE LA I.P.S.** La I.P.S. responderá por cualquier daño que se genere al paciente por la inadecuada prestación del servicio de sus profesionales, o por las condiciones de la tecnología o la infraestructura. La I.P.S. se obliga a mantener vigente durante la permanencia del contrato una póliza general de responsabilidad civil contractual y extracontractual, expedida por una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia. Para tal efecto, la I.P.S. anexa la póliza que posee para garantizar los eventuales perjuicios a sus pacientes, y remitirá copia de las renovaciones, prórrogas, modificaciones y ampliaciones que se surtan en el futuro.

18.1 Los daños y perjuicios que LA I.P.S., su personal o sus subcontratistas, ocasionen en desarrollo del contrato, a terceros o a FAMISANAR, sus funcionarios, empleados y agentes (bien sea a las personas o a las cosas), serán reconocidos y pagados directamente por LA I.P.S., totalmente a sus expensas. LA I.P.S. se obliga a resarcir a FAMISANAR, defenderlo y ampararlo de cualquier responsabilidad, daño o perjuicio, que de lugar a un reclamo, demanda, pleito, acción legal, cobranza o sentencia de cualquier género o naturaleza que se presente o se dicte contra ellos y que surjan del desempeño de las actividades comerciales de LA

23/03/2005

9

SEDE PRINCIPAL - BOGOTA - Carrera 13 A No. 77 A - 63 / PBX - 6500 200 - BARRANQUILLA - Carrera 49 C No. 84 - 21 / 378 01 01 - CARTAGENA - Av. del Arsenal No. 8 B - 87 Local Duplex 101 / 664 31 92

- BUCARAMANGA - Carrera 35 No. 44 - 34 / 657 73 45 - TUNJA - Transversal 11 No. 23 - 36 Porque Santander / 743 61 68 / 84 - VILLAVICENCIO - Carrera 37 No. 34 - 108 Bando Barzal Alto / 663 02 77

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - BOGOTA - 444 66 60

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - A NIVEL NACIONAL - 01 8000 91 666 2

41

38

I.P.S. en desarrollo del presente contrato. Para ello, FAMISANAR dará aviso oportuno a LA I.P.S.

18.2. De no actuar éste de acuerdo con la obligación aquí aceptada, FAMISANAR podrá efectuar descontar de los pagos que deba efectuar a LA I.P.S., todos los pagos que sean menester y proceder a las compensaciones, retenciones o ejecuciones de garantías constituidas con este propósito para lo cual queda expresamente autorizado FAMISANAR. LA I.P.S. deberá reembolsar directamente a FAMISANAR los valores que éste se vea obligado a pagar por estos conceptos.

19. ANEXOS: Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos:

19.1. ANEXO N° 1 MANUAL DE AUTORIZACIONES

19.2. ANEXO N° 2 RECAUDO DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS.

19.3. ANEXO N° 3 MANUAL DE CUENTAS MEDICAS

19.4. Certificado de existencia y representación legal de FAMISANAR y fotocopia de la cédula de ciudadanía del representante legal.

19.5. Copia de la Resolución 0509 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud mediante la cual se autoriza el funcionamiento de la E.P.S FAMISANAR LTDA.

La IPS deberá anexar los siguientes documentos

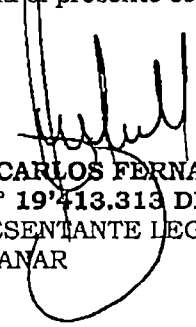
19.6. Certificado de existencia y representación legal de la I.P.S. y fotocopia de la cédula de ciudadanía del representante legal.

19.7. Copia de la declaración de requisitos mínimos, de la resolución del nivel de complejidad de la I.P.S. y de las autorizaciones sanitarias especiales que se requieran para la prestación de algunos servicios, según las normas legales vigentes.

19.8. Póliza de Responsabilidad civil vigente.

El presente contrato reemplaza a los anteriores que tengan el mismo objeto y se hayan celebrado entre las partes.

Se firma el presente contrato en la ciudad de Bogotá el 23 MAR. 2005


JUAN CARLOS FERNANDEZ MANOTAS
C.C. N° 19.413.313 DE BOGOTA
REPRESENTANTE LEGAL
FAMISANAR


DIANA PATRICIA PARRADO VIZCAINO
C.C No. 52.126.398
REPRESENTANTE LEGAL
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LTDA

23/03/2005

10

SEDE PRINCIPAL - BOGOTÁ - Carrera 13 A No. 77 A - 63 / PBX - 6500 200 - BARRANQUILLA - Carrera 49 C No. 84 - 21 / 378 01 01 - CARTAGENA - Av. del Arsenal No. 8 B - 87 Local Duplex 101 / 664 31 92

- BUCARAMANGA - Carrera 35 No. 44 - 34 / 657 73 45 - TUNJA - Transversal 11 No. 23 - 36 Parque Santander / 743 61 68 / 84 - VILLAVICENCIO - Carrera 37 No. 34 - 108 Barrio Barzal Alto / 663 02 77

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - BOGOTÁ - 444 66 60

LINEA DE ATENCION AL USUARIO - A NIVEL NACIONAL - 01 8000 91 888 2

40

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) PRITHVI BERNAL QUIROGA identificado(a) con CC 1032381050 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 27/07/2007

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 26 días del mes de Abril del año 2019.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

MARIO ALBERTO BERNAL VERDUGO
CONSULTOR INTEGRAL
EPS FAMISANAR S.A.S

Señor:

JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E.

S.

D.

Original
221

PROCESO No.

2018-0386

DEMANDANTE:

CIRO ARMANDO ULLOA Y PRITHVI BERNAL QUIROGA

DEMANDADO:

EPS FAMISANAR S.A.S. Y OTROS

ALEXANDER JOVEN PERDIGÓN, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, Abogado en ejercicio, domiciliado y residenciado en esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.031.124.273 de Bogotá, con tarjeta profesional de Abogado número 275.295 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de Apoderado Judicial de la **E.P.S FAMISANAR S.A.S.**, sociedad legalmente constituida tal y como consta en el certificado de existencia y representación legal y de acuerdo con el Poder legalmente otorgado a mi favor, el cual reposa en el expediente, procedo dentro del término de traslado a Contestar la demanda de la referencia en los siguientes términos:

I. A LOS DENOMINADOS HECHOS DE LA DEMANDA

Al Hecho 1°: Es cierto parcialmente, frente al inicio de atenciones de la usuaria en su IPS primaria.

Al Hecho 2° No me consta, No me consta lo manifestado por la parte actora en este hecho toda vez que se trata de situaciones del usuario en las cuales EPS Famisanar no tuvo injerencia ni participación.

Al Hecho 3° Es cierto parcialmente, pues, en los anexos del escrito de demanda, se adjunta una ecografía y su lectura de la IPS que refiere la parte actora y que se realizó sin previa autorización y conocimiento en una red no adscrita a mi representada.

Al hecho 4° No me consta lo manifestado por la parte actora en este hecho toda vez que se trata de situaciones del usuario en las cuales EPS Famisanar no tuvo injerencia ni participación.

Al hecho 5° No es cierto, como quiera que, validados los anexos documentales aportados por la parte actora, no se evidencia en ningún aparte de los mismos tales afirmaciones por parte de la médico tratante.

Al hecho 6° Es cierto, conforme se evidencia en el registro de autorizaciones expedidas por mi representada las cuales fueron en tiempo y con la debida oportunidad, de lo cual se adjunta soporte en el presente escrito.

Al hecho 7° No me consta, no se evidencia registro de tal afirmación en los soportes documentales aportado por la parte actora.

Al hecho 8° No me consta, no se evidencia registro de tal afirmación en los soportes documentales aportado por la parte actora.

Al hecho 9° No me consta parcialmente, como quiera que en la documental aportada por la parte actora no hay registro de lo sucedido en CAFAM, sin embargo, hay anotaciones del Hospital San Ignacio con manejo de parto, por lo que deberá ser probado y aclarado por la demandante.

Al hecho 10° Es cierto conforme los registros que se evidencian en la documental aportada por la parte actora.

Al hecho 11° Es cierto parcialmente, pues de todos los diagnósticos allí descritos no existe la claridad de los mismos en su revisión y análisis dentro de las anotaciones clínicas incluidas en la documental aportada por la parte actora.

Al hecho 12° No me consta lo manifestado por la parte actora en este hecho toda vez que se trata de situaciones del usuario en las cuales EPS Famisanar no tuvo injerencia ni participación.

222

Al hecho 13° No me consta lo manifestado por la parte actora en este hecho toda vez que se trata de situaciones del usuario en las cuales EPS Famisanar no tuvo injerencia ni participación.

Al hecho 14° Es Cierto, pues no existe queja y/o reclamo alguno por parte de los aquí demandantes a la EPS respecto de la prestación de servicios médicos prestador en la red adscrita de mi representada en ningún aspecto ni asistencial ni administrativa.

Al Hecho 15° No me consta lo manifestado por la parte actora en este hecho toda vez que se trata de situaciones del usuario en las cuales EPS Famisanar no tuvo injerencia ni participación.

Al hecho 16° Es cierto conforme se evidencia en los registros incluidos en la documental allegada por la parte actora.

FRENTE A LAS PRETENSIONES

En mi calidad de apoderado judicial de la parte demandada en las presentes diligencias, ME OPONGO EXPRESAMENTE A LAS CADA UNA DE LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS Y DE CONDENA, puesto que los supuestos fácticos, jurídicos y probatorios que las sustentan no demuestran la presunta responsabilidad por falla en el servicio atribuible a mi poderdante.

No le asiste a la parte actora sustento jurídico para pretender que se le declare responsable a mi representada por cuanto, bajo ninguna circunstancia se produjo hecho dañoso, ni existe prueba de un nexo causal, y menos aún perjuicios a indemnizar de parte de mi representada, sujeto pasivo de la actual acción.

La demanda presentada y las pretensiones declarativas y de condena se sustentan por el apoderado de la parte actora sobre hechos en los que mi representada siquiera tuvo intervención, o injerencia alguna, es importante que el despacho sepa que, toda la evolución o no del presunto embarazo de la accionante se dio en los siguientes escenarios:

1. EPS FAMISANAR S.A.S. en virtud del mandato legal como mero asegurador establecido en la Ley 100 de 1993, cumplió con todo lo requerido por los médicos tratantes e IPS de su red en lo que tiene que ver con la expedición de autorizaciones y demás manejo administrativo propio de mi representada.
2. En los hechos de la demanda y en el cuerpo de la misma, no existe ninguna afirmación, aseveración, comentario o siquiera una mínima insinuación de alguna omisión, demora o falta de oportunidad en el manejo administrativo como asegurador por parte de mi representada, lo que a todas luces es desconcertante la vinculación al presente proceso como quiera que hay una total ausencia de responsabilidad o evidencia de falla por parte de EPS FAMISANAR S.A.S.
3. Ahora bien, más desconcertante aún el proceder de la parte actora junto con su apoderado, cuando menciona en la apreciación que realiza de la prestación de servicios médicos en el HECHO No. 14, que no tiene queja alguna y que los servicios fueron buenos, por parte de los médicos e IPS tratante, lo que no es coherente con las pretensiones incoadas, lo cual da muestra de la ausencia de responsabilidad de mi representada en las presentes diligencias.

FRENTE AL DAÑO

Su señoría, durante todo el recorrer administrativo y médico de la usuaria, puede evidenciar usted el seguimiento, oportunidad y eficiencia a la hora del gestionar el manejo administrativo de EPS FAMISANAR S.A.S., aun existiendo temas de especialidad difícil de programar, las mismas se agendaban en el menor tiempo posible dentro del término que establece la ley, por lo que no hay lugar a que se indigue una afectación directa y derivada de mi representada, ahora bien, hay afirmaciones de la parte actora de las cuales no hay constancia pues no hay registro médico ni notas clínicas que den cuenta de lo referido por los demandantes y demás.

Finalmente, es importante destacar que mi representada actúa como asegurador cumpliendo las funciones establecidas en la Ley 100 de 1993, actuando dentro de los principios rectores del SGSSS incluso los que determina la Ley 780 de 2016, por lo que no se presentó ni dilatación, omisión, falta de tratamiento ni barreras de atención, pues como se evidencia en las historias clínicas que el mismo demandante adjunta, siempre se realizó seguimiento y sincronía con oportunidad a la hora de la prestación de servicios de salud.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Respecto al juramento estimatorio presentado en la demanda, debe considerarse que frente a los perjuicios extrapatrimoniales, entiéndase perjuicios morales, salud y perjuicios a la vida de relación, de los cuales su señoría, no se hace distinción alguna por parte del apoderado judicial de los demandantes, la Ley 1564 del 12 de julio de 2012, Código General del Proceso (CGP), en su artículo 206 ordenó estimar bajo la gravedad del juramento el reconocimiento de las indemnizaciones; sin embargo en lo que atañe a los perjuicios extrapatrimoniales, consagró lo siguiente:

Artículo 206. Juramento estimatorio. 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.

...

El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales. Tampoco procederá cuando quien reclame la indemnización, compensación los frutos o mejoras, sea un incapaz. (Subrayas propias)

Como se evidencia, la parte demandante a través de su apoderado, en ningún caso puede tasar los supuestos daños extrapatrimoniales, como erradamente lo hace, por ser esta una atribución exclusiva del señor Juez.

Así mismo, se objeta el juramento estimatorio realizado por el apoderado de los demandantes en cuanto al daño emergente y lucro cesante, lo anterior teniendo en cuenta que no existe prueba sumaria que demuestre lo pretendido, más aún cuando frente a temas de incapacidad, todas estas fueron reconocidas conforme se da constancia de ello en el certificado de pago y reconocimiento de prestaciones adjunto al presente escrito; así las cosas, el juramento estimatorio de los demandantes carece de sustento probatorio y no está debidamente soportado como lo exige la jurisprudencia.

EXCEPCIONES

Me permito formular las siguientes excepciones de fondo:

INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR CUMPLIR LAS OBLIGACIONES LEGALES Y CONTRACTUALES ASIGNADAS POR LA LEY

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las EPS tienen funciones delegadas por el Estado y otras propias de su papel de asegurador.

Funciones delegadas por el estado a las EPS

Las funciones que deben asumir las EPS por delegación del Estado son las siguientes:

- a) Recaudar cotizaciones.
- b) Pagar las licencias de maternidad y paternidad.
- c) Pagar contenidos No POS (vía tutelas y Comité Técnico Científico).

Estas funciones, si bien son delegadas por el Estado, son claves en la operación de las EPS porque de ellas depende la captación de los ingresos tanto de la prima de aseguramiento que les corresponde para la prestación de los servicios de salud (POS) y para el pago del subsidio de incapacidades por enfermedad general, como para el reembolso de los gastos por licencias de maternidad y paternidad y servicios NO POS que hace la EPS en nombre del Estado, a quien corresponde garantizar éstas prestaciones a los afiliados al Régimen Contributivo.

La relación existente entre mi representada y sus afiliados es de tipo contractual, según dispone el artículo 16 del decreto 1485 de 1994 que señala:

"Los contratos para la prestación del plan obligatorio de salud. Los contratos de afiliación para la prestación del plan obligatorio de salud que suscriban las entidades promotoras de salud con sus afiliados deberán garantizar la prestación de los servicios de salud que el plan comprende, de conformidad con las normas legales (...)

3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las empresas promotoras de salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite la afiliación y cumpla con los requisitos de Ley...

De acuerdo con esa relación, mi mandante aseguró y garantizó las prestaciones asistenciales del usuario desde el momento de su afiliación. Lo anterior se corrobora de la lectura del informe de autorizaciones emitidas adjuntas en esta contestación. Igualmente, se puso a disposición del paciente una red de IPS de primera categoría e infraestructura para la atención integral de las patologías presentadas.

Funciones propias de las EPS (funciones de aseguramiento)

Se tienen las siguientes:

- Administrar la afiliación.
- Cubrir las incapacidades por enfermedad general.
- Cubrir el POS de sus afiliados, para lo cual:
 - Administran el riesgo de salud
 - Organizan la red de servicios
 - Gestionan el costo de salud

Según las normas vigentes, las funciones básicas de las EPS son las de "...organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados..." (numeral 3 del artículo 178 de la Ley 100) y la de "...Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad..." (Literal b, artículo segundo del decreto 1485 de 1994). Las EPS en cada régimen "...son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento..." (artículo 14 de la Ley 1122), por lo cual, se consideran aseguradoras. Ellas ofrecen un plan de seguros especial completamente regulado por el Estado.

El sistema de seguridad social en salud, del cual participan las EPS como entidades de administración y financiación (numeral 2 del artículo 155 de la Ley 100), es un sistema de aseguramiento *sui generis* ya que la entidad que administra el riesgo no puede establecer la prima (UPC) ni la cobertura del plan (POS), las cuales son definidas por la autoridad estatal y el administrador debe acogerlas en su integridad. El aseguramiento en salud, propio de las EPS, tiene características especiales que lo hacen diferente al aseguramiento tradicional de riesgos, tales como incendio, automóviles, vida, e inclusive al aseguramiento tradicional en salud, en los cuales el asegurador define libremente el producto y el precio.

A las EPS como "...responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento..." les quedan tres funciones muy importantes que son la gestión de riesgo, la gestión del costo y la gestión de prestadores. Estas funciones, en términos simples, se traducen en una eficiente organización, con la mayor oportunidad y calidad posible, de los servicios de salud y de atención de la enfermedad que requieran sus afiliados.

225

El Estado define, la UPC, el POS y las características y condiciones contractuales (condiciones de afiliación), éstas no se pueden modificar cuando sea necesario, a diferencia del seguro tradicional. Tampoco se pueden modificar las condiciones contractuales ya que, por definición, la EPS debe afiliar a todas aquellas personas que así lo soliciten, con independencia de su estado de salud. En el contexto de la seguridad social, no hay selección de riesgos.

GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

La función más importante de las EPS es la de administrar el riesgo en salud de los afiliados. Para ello, deben conocer la información de las causas de enfermedad y mortalidad de sus afiliados y de los riesgos que las generan, de tal manera que puedan planear, diseñar y organizar modelos de atención que reduzcan, dentro de sus competencias, la probabilidad de su ocurrencia o disminuyan la severidad de sus efectos.

Las prioridades de salud de una EPS no necesariamente coinciden con las prioridades de la población general de un municipio porque las características socioeconómicas, que pueden generar diferentes riesgos de enfermar, son diferentes a las de la población no afiliada. La EPS, en este sentido, debe identificar los riesgos específicos que se generan entre su población afiliada y que generan los mayores gastos para la entidad, de tal manera que desarrolle las acciones pertinentes para disminuir su probabilidad de ocurrencia y el costo de su atención.

El fenómeno de salud-enfermedad está influido por múltiples riesgos, muchos de los cuales la EPS no puede intervenir, pero que debe conocer y medir para detectarlos oportunamente y minimizar su impacto.

GESTIÓN DE PRESTADORES

La gestión sobre los prestadores se refiere a la obligación que tienen las EPS de organizar la red de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que sean necesarias para la atención de sus afiliados, de acuerdo con el análisis de las causas de enfermedad y muerte y los riesgos que las generan.

Esto significa que las EPS deben definir adecuadas políticas de contratación (capitación, tarifas, y demás) que les permita prestar el servicio y disponer de una red suficiente para atender las necesidades de salud de sus afiliados en condiciones de calidad y oportunidad, compatibles con los recursos disponibles.

Para el caso concreto, aunque mi representada no prestó directamente los servicios médico-asistenciales, sí garantizó dichas prestaciones, a través de una red de IPS debidamente habilitadas y especializadas para el tratamiento de la patología que presentó la usuaria. Mi poderdante cumplió con las disposiciones legales impuestas por el SGSSS como empresa aseguradora de planes y beneficios (EAPB) del POS. Autorizó la prestación de los mismos desde el momento de la afiliación acorde con las patologías y necesidades médicas indicadas por las instituciones y los profesionales médicos. Por lo tanto, las pretensiones de la demandante respecto de la responsabilidad civil por parte de mi representada no pueden prosperar.

INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR NO PRESTAR DIRECTAMENTE EL SERVICIO DE SALUD

Las IPS prestan directamente el servicio de salud al usuario. Mi representada organiza y garantiza el POS como entidad administradora de servicios de naturaleza administrativos. Para tal fin, contrató una red de instituciones prestadoras del servicio de salud (IPS). Estas instituciones están definidas en función de las labores que les son propias a la atención en salud directa a los usuarios conforme lo establece el artículo 185 de la Ley 100 de 1993:

"Son funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

225

Las Instituciones prestadoras de servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Subraya mía.

Las diferencias entre las responsabilidades de las EPS y las IPS fueron declaradas por la Corte Constitucional en la Sentencia No. C-572 de 2003 cuando se pronunció en la siguiente forma:

*(....) Conforme a lo anterior las EPS, las ARS y las IPS tienen como rasgos comunes los de ser entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que pueden ostentar naturaleza pública, mixta o privada; que a su vez están autorizadas para prestar directamente los servicios de salud tendientes a garantizar el Plan de Salud Obligatorio, dentro de sus respectivas esferas de acción. Sin embargo, en otros varios aspectos las IPS difieren de las EPS y las ARS, como por ejemplo en cuanto a que estas dos tienen una competencia administradora y operativa de gran trascendencia para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que las IPS no tienen.
(..)*

De acuerdo con el principio de autonomía que les atribuye la ley 100 de 1993 las IPS son responsables frente a los pacientes, tanto de las fallas en la prestación de los servicios de salud, como de los daños que con ocasión de los mismos se generen.

Su labor, como ya se dijo, se desarrolla de forma independiente, autónoma y no subordinada a la EPS. Ellas mismas contratan su propio personal médico profesional, encargado de poner al servicio del paciente todos sus conocimientos, experiencias, y técnicas encargadas de solucionar los trastornos de la salud y a utilizar todos los equipos e instrumentos disponibles para tal fin.

INEXISTENCIA DEL NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA CONDUCTA ADMINISTRATIVA DE MI REPRESENTADA Y EL DAÑO ALUDIDO

Esta excepción consiste en el hecho de que pretende deducir consecuencias jurídicas de causas equivocadas. Se pretende vincular a mi poderdante por una causa que no es atribuible a su acción u omisión y que por el contrario excede su órbita jurídica de control.

La determinación o la existencia de un comportamiento médico constitutivo de culpa médica, nace de que sea verificable la ocurrencia de un daño a la víctima, luego de la prueba de la conducta descuidada del demandado y por último que esta fue la causante del daño, sin este último elemento que jurisprudencia y doctrina nominan el nexo causal no será posible predicar culpa del médico o de la institución que presta el servicio.

Este conjunto de criterios bastará para deducir inexistencia de tal nexo, de acuerdo a los elementos argumentativos que a continuación esbozamos y que se nutren de la consideración clínica del paciente y del desarrollo asistencial profesional e institucional, dentro del marco fáctico sostenido por la parte actora en la presente acción.

Por lo cual se reitera, que, de acuerdo a lo mencionado y soportado en las pruebas documentales aportadas, se evidencia el buen manejo médico asistencial, profesional y de infraestructura que ameritaba el manejo de la patología del paciente.

AUSENCIA DE PERJUICIOS CAUSADOS

Como se ha sostenido, argumentado y probado, no se ha causado daño del cual sea responsable la demandada EPS Famisanar en la presente acción; si este no se ha causado, nos cuestionamos: ¿Qué restablecimiento patrimonial se puede exigir a mi representada?, ¿sobre qué fundamento? La doctrina en la materia de la responsabilidad civil del profesional médico exige la existencia de un comportamiento antijurídico como consecuencia de un actuar culposo, relacionado con el ejercicio de la actividad asistencial, y en el sub examine, tal condición no se ha dado.

De lo antes dicho no se ha demostrado daño causado a la víctima como lo debate el apoderado de la parte demandante atribuible a la actuación de EPS Famisanar, más aún

cuando la señora cuando acudió a la atención médica ya contaba con una patología de años atrás de dolor lumbar y demás afecciones espaldares, tal y como lo deja ver la historia clínica que reposa en el expediente, no atribuibles a eventos adversos presentados en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Los hechos y las pruebas orientan a evidenciar una actividad médica profesional y administrativa diligente, prudente, pertinente; similar condición de la Institución prestadora de Salud. Si no hay ninguno de estos dos elementos: daño y acto descuidado, mucho menos un nexo causal que determine la responsabilidad de mi representada y se exija un reconocimiento patrimonial.

Por contera, si no hay acto negligente, si no hay resultado dañoso, ni nexo relacional, lógico es concluir que no hay lesión patrimonial, ni daño que reparar, y menos perjuicios que indemnizar.

Por tanto, en la presente acción declarativa de responsabilidad civil médica no hay perjuicios ni materiales ni morales probados que resarcir.

Ahora bien, el tema de los perjuicios y su estimación, que por lo irreales, hipotéticos y eventuales y sin causa no podrían ser reconocidos en esta causa, no obstante que se determinará alguna responsabilidad de mi poderdante, que de lo expuesto no puede ocurrir.

En cuanto a los perjuicios, son de la tasación del señor juez, pero como ya se anotó, si no hay daño, ni nexo causal con el daño, por la conducta diligente de los demandados, no hay razón a tal reconocimiento.

EXCESIVA TASACIÓN DE PERJUICIOS – PERJUICIOS MAL TASADOS

Excepción que fundamento la equivocada tasación de perjuicios realizada por la parte actora al pretender el pago de perjuicios materiales sobre una presunta daño que genere pérdida de capacidad laboral que no se encuentra acreditada en el plenario, más aún, cuando la demandante recibió todo el tratamiento médico, el cálculo de un lucro cesante y un daño emergente, correspondiente a costos generales del recorrer normal de la cotidianidad del día a día, por lo que advierto desde ya que incluso el dictamen aportado por la actora no corresponde con lo establecido en la normatividad legal vigente para tales efectos.

PRESCRIPCIÓN Y / O CADUCIDAD

Alego desde ahora la presencia de cualquiera de los dos fenómenos conculcatorios del eventual derecho reclamado, reservándome el derecho a fundamentar la eventual presencia de cualquiera de los fenómenos indicados, de haberse probado dentro del plenario, al momento de presentar los alegatos de conclusión.

GENERICA

Finalmente, desde ya me acojo a cualquier excepción que resulte probada dentro del proceso y que conlleve a la exoneración de responsabilidad de mi mandante.

FUNDAMENTOS Y RAZONES DE DERECHO DE LA DEFENSA

Sustento en derecho los hechos de la contestación de la demanda en lo establecido en el artículo 2341 del Código Civil y art 75,76, 77, 97 ss y Ley 1564 de 2012 así como la Ley 100 de 1993, ley 1122 de 2007, ley 1438 de 2011 y demás normas concordantes en lo referente al SGSSS.

SOLICITUD PRÁCTICA DE PRUEBAS

En primer lugar, manifiesto a usted señor Juez que me reservo el derecho a intervenir en todas y cada una de las pruebas solicitadas por los demás sujetos procesales, a fin de ejercer el derecho de defensa y contradicción de mí representada, adicionalmente solicito se admitan, decreten y se tengan como pruebas las siguientes:

- Documentales que se Aportan

1. Certificado de existencia y representación legal de Famisanar EPS S.A.S.

227

2. Copia del informe de autorizaciones expedidas a nombre de la demandante.
3. Certificado de reconocimiento y pago de incapacidades a nombre de la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA.

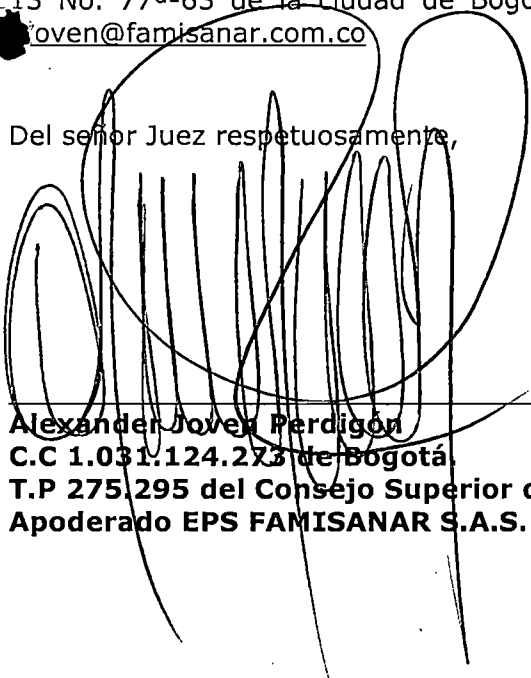
ANEXOS

- Los enunciados en el acápite de pruebas.
- Téngase en cuenta el poder legalmente otorgado a mi favor y el certificado de existencia y representación legal de EPS Famisanar S.A.S.

NOTIFICACIONES

Mi mandante y yo recibiremos notificaciones en la secretaria del Despacho y en la Cra. 13 No. 77ª-63 de la ciudad de Bogotá. Tel. 6500200 ext. 306. Correo electrónico, jooven@famisanar.com.co

Del señor Juez respetuosamente,


Alexander Joven Perdigón
C.C 1.031.124.273 de Bogotá
T.P 275.295 del Consejo Superior de la Judicatura
Apoderado EPS FAMISANAR S.A.S.

7 FOLIOS
40 ANEXOS

16688 26-APR-2015 15:44

JUZGADO 02 CIVIL CTJ.





Republica de Colombia
Poder Judicial del Poder Público
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO
DE BOGOTÁ, D.C.

- ☐ Al Despacho del Señor Juez informando que:
- ☐ 1. No se dio cumplimiento al auto anterior.
- ☐ 2. La providencia anterior se encuentra ejecutoriada.
- ☐ 3. Se venció el término de estudio del recurso de reposición.
- ☐ 4. Se venció el término de traslado contenido en el auto anterior (en el momento de ser nunciaron) en tiempo Si ☐ No ☐
- ☐ 5. Venció el término de comparencia.
- ☐ 6. El término de emplazamiento venció, El(los) emplazado(s) no compareció.
- ☐ 7. Continuar trámite procesal.
- ☒ 8. Se presentó la anterior solicitud para resolver.

Bogotá

SECRETARIO(A)

Contestación demanda Fausanar

10-8 MAY 2019

MF (6)

49

VG

VÉLEZ GUTIÉRREZ
A B O G A D O S

Señores

JUZGADO SEGUNDO (02) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

Referencia: Proceso Verbal No. 11001310300220180038600 de CIRO ARMANDO ULLOA y PRITHVI BERNAL QUIROGA Contra FAMISANAR E.P.S., CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR -CAFAM, OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA LIMITADA - O&G LTDA. Llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A.

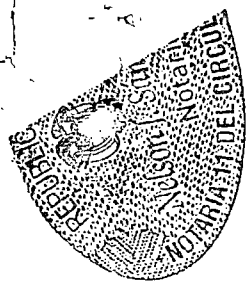
-CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA-

Quien suscribe, **RICARDO VÉLEZ OCHCA**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía número 79.470.042 de Bogotá, portador de la Tarjeta Profesional No 67.706 del C. S. de la J., obrando en mi calidad de apoderado judicial de **ALLIANZ SEGUROS S.A.** en los términos del poder que obra en el expediente y que reasumo mediante la presente actuación, dentro del término legal correspondiente, procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** interpuesta por los señores **CIRO ARMANDO ULLOA** y **PRITHVI BERNAL QUIROGA** contra **FAMISANAR E.P.S., CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR -CAFAM** (en adelante **CAFAM**), **OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA LIMITADA - O&G LTDA.** y a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** realizado por la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM** contra **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, en los siguientes términos:

CAPÍTULO PRIMERO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

I. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA Y DE LA SUBSANACIÓN DE LA DEMANDA.

Me opongo a la prosperidad de todas y cada una de las pretensiones de la demanda, como quiera que no existe razón jurídica ni fáctica que legitime el reconocimiento de las mismas. Adicionalmente, solicito que se condene en costas y agencias de derecho a la parte actora.





VG

VÉLEZ GUTIÉRREZ
A B O G A D O S

90

II. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.

A continuación, me pronunciaré respecto de todos y cada uno de los supuestos fácticos del escrito de la demanda en la forma y orden allí previsto:

AL PRIMERO.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que en mi calidad de apoderado de ALLIANZ SEGUROS S.A. soy ajeno a las mismas. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso resulte demostrado.

AL SEGUNDO.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que en mi calidad de apoderado de ALLIANZ SEGUROS S.A. soy ajeno a las mismas. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso resulte demostrado.

AL TERCERO.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que en mi calidad de apoderado de ALLIANZ SEGUROS S.A. soy ajeno a las mismas. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso resulte demostrado. No obstante lo anterior, es preciso señalar que, conforme lo mencionó la EPS CAFAM en su escrito de contestación a la demanda, la atención médica a la que se hace mención en el presente hecho fue suministrada por una IPS que no se encuentra adscrita a la citada entidad demandada.

AL CUARTO.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que en mi calidad de apoderado de ALLIANZ SEGUROS S.A. soy ajeno a las mismas. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso resulte demostrado.

AL QUINTO.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que en mi calidad de apoderado de ALLIANZ SEGUROS S.A.

V/G
VÉLEZ GUTIÉRREZ
A B O G A D O S

soy ajeno a los exámenes médicos, citas de control, así como al estado de salud de la demandante para la fecha a la que se hace referencia en el presente numeral. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso resulte demostrado.

AL SEXTO.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que en mi calidad de apoderado de ALLIANZ SEGUROS S.A. soy ajeno a los exámenes médicos, citas de control, así como al estado de salud de la demandante para la fecha a la que se hace referencia en el presente numeral. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso resulte demostrado.

AL SÉPTIMO.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que en mi calidad de apoderado de ALLIANZ SEGUROS S.A. soy ajeno a los exámenes médicos, citas de control, así como al estado de salud de la demandante para la fecha a la que se hace referencia en el presente numeral. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso resulte demostrado.

AL OCTAVO.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que en mi calidad de apoderado de ALLIANZ SEGUROS S.A. soy ajeno a los exámenes médicos, citas de control, así como al estado de salud de la demandante para la fecha a la que se hace referencia en el presente numeral. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso resulte demostrado.

AL NOVENO.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que en mi calidad de apoderado de ALLIANZ SEGUROS S.A. soy ajeno a las mismas. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso resulte demostrado.

AL DÉCIMO.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que en mi calidad de apoderado de ALLIANZ SEGUROS S.A. soy ajeno a las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon el trabajo de parto al que se

VG 92

VÉLEZ GUTIÉRREZ
A B O G A D O S

hace referencia en este hecho, así como al estado de salud que presentó la menor ALLISON DANIELA ULLOA BERNAL al nacer. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso resulte demostrado.

AL UNDÉCIMO.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que en mi calidad de apoderado de ALLIANZ SEGUROS S.A. soy ajeno al estado de salud que presentó la menor ALLISON DANIELA ULLOA BERNAL al nacer. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso resulte demostrado.

AL DUODÉCIMO.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que en mi calidad de apoderado de ALLIANZ SEGUROS S.A. soy ajeno a las mismas. sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

AL DECIMOTERCERO.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que en mi calidad de apoderado de ALLIANZ SEGUROS S.A. soy ajeno a las mismas. sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

AL DECIMOCUARTO.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que en mi calidad de apoderado de ALLIANZ SEGUROS S.A. soy ajeno a las mismas. sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado. No obstante, solicito amablemente al Despacho valore con efectos de confesión la afirmación que se realiza en el presente numeral, en torno a que los servicios médicos que fueron prestados a los demandantes fueron siempre y en todo momento, buenos.

AL DECIMOQUINTO.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que en mi calidad de apoderado de ALLIANZ SEGUROS S.A. soy ajeno a las mismas. sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

VG
VÉLEZ GUTIÉRREZ
A B O G A D O S

AL DECIMOSEXTO.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que en mi calidad de apoderado de ALLIANZ SEGUROS S.A. soy ajeno a las mismas. sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

**III. EXCEPCIONES DE MERITO Y ARGUMENTOS DE DEFENSA FRENTE A
LA DEMANDA Y LA SUBSANACIÓN DE LA DEMANDA**

- a. Coadyuvancia de las excepciones y argumentos de defensa propuestos por la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR -CAFAM.
- b. Inexistencia de culpa o falla en la prestación del servicio médico suministrado a la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA por parte de las entidades demandadas.

El régimen de responsabilidad médica establecido en nuestro ordenamiento, ora estatal, ora privado, descansa sobre la base del **sistema de culpa**. Es así cómo, para endilgar responsabilidad patrimonial a partir de la prestación del servicio médico u hospitalario en un caso concreto, es necesario que el actor demuestre, fehacientemente, la culpa o falla incurrida por el agente que prestó el servicio, esto es, la falta cometida por el mismo, a fin de que los daños derivados causalmente de dicha falta probada le sean imputables al agente; no aplicando actualmente, el pretérito régimen de la "*falla presunta*", cuyo sustento ha sido abiertamente rechazado por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, según se observa en los siguientes apartes jurisprudenciales:

Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. Sentencia del 15 de enero de 2008, Exp. No. 2000-67300-01. MP. Dr. Edgardo Villamil Portilla:

"Entonces, la declaración de responsabilidad en la actividad médica supone la prueba de "los elementos que la estructuran, como son la culpa contractual, el daño y la relación de causalidad" (Sent. Cas. Civ. de 12 de julio de 1994, Exp. No. 3656)".

V/G 94

VÉLEZ GUTIÉRREZ
A B O G A D O S

Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. Sentencia del 22 de julio de 2010, Exp. No. 2000-00042-01, MP. Dr. Pedro Octavio Munar Cadena:

“En tratándose de la responsabilidad directa de las referidas instituciones, con ocasión del cumplimiento del acto médico en sentido estricto, es necesario puntualizar que ellas se verán comprometidas cuando lo ejecutan mediante sus órganos, dependientes, subordinados o, en general, mediando la intervención de médicos que, dada la naturaleza jurídica de la relación que los vincule, las comprometa. En ese orden de ideas, los centros clínicos u hospitalarios incurrirán en responsabilidad en tanto y cuanto se demuestre que los profesionales a ellas vinculados incurrieron en culpa en el diagnóstico, en el tratamiento o en la intervención quirúrgica. Por supuesto que, si bien el pacto de prestación del servicio médico puede generar diversas obligaciones a cargo del profesional que lo asume, y que atendiendo a la naturaleza de éstas dependerá, igualmente, su responsabilidad, no es menos cierto que, en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, en línea de principio y dejando a salvo algunas excepciones, los perjuicios que ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa profesional, o dolo, cuya carga probatoria asume el demandante, sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras)”.

Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. Sentencia del 17 de noviembre de 2011, Exp. No. 1999-00533-01, MP. Dr. William Namén Vargas:

“En este contexto [la responsabilidad civil contractual], por regla general, la responsabilidad del médico no puede configurarse sino en el ámbito de la culpa, entendida no como error en que no hubiere incurrido una persona prudente o diligente en idénticas circunstancias a las del autor del daño, sino más exactamente en razón de su profesión que le impone deberes de conducta específicos más exigentes a la luz de la lex artis, mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas (arts. 12, Ley 23 de 1981 y 8° decreto 2280 de 1981), naturalmente “el médico, en el ejercicio de su profesión, está sometido al cumplimiento de una serie de deberes de diversa naturaleza”, incluso éticos componentes de su lex artis (cas. civ. sentencia de 31 de marzo de 2003, exp. 6430), respecto de los cuales asume la posición de garante frente a la sociedad y a los usuarios del servicio. (...)

Tratándose de la responsabilidad civil extracontractual médica, indispensable demostrar sus elementos, en particular el acto o hecho dañoso, imputable a título de dolo o culpa, el daño y la relación de causalidad, cuya carga probatoria corresponde al demandante, sin admitirse “un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de

VG

95

VÉLEZ GUTIÉRREZ

A B O G A D O S

septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras”, ni se oponga a “que el juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprocesales derivados de la conducta de las partes (artículo 249 Ibídem); o que acuda a razonamientos lógicos como el principio res ipsa loquitur” (cas. civ. sentencia de 22 de julio de 2010, exp. 41001 3103 004 2000 00042 01)”.

Corte Suprema de Justicia. Sala Civil, Sentencia del 27 de julio de 2015. Exp. SC-05001310301720020056601 (97212015). M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez

“5. La complejidad del cuerpo humano imposibilita que, a pesar de los significativos pasos que día a día se obtienen en materia de salud, prevención y tratamiento de enfermedades, la medicina sea una ciencia exacta. Hay en cada caso en particular un margen de incertidumbre sobre los resultados a lograr con su ejercicio, que escapa al arbitrio de quienes ejercen las diferentes ramas que la conforman.

Por esta razón, solo es constitutiva de responsabilidad civil una mala praxis, ya sea por proceder en contravía de lo que el conocimiento científico y la experiencia indican o al dejar de actuar injustificadamente conforme a los parámetros preestablecidos, eso sí, siempre y cuando se estructuren los diferentes elementos de daño, culpa y nexo causal que contempla la ley.”

Corte Constitucional, Sentencia T 158 del 24 de abril de 2018. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

“(…)24. En conclusión, es claro que de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y la interpretación que de esa norma ha hecho la Corte Constitucional: **(i) no se pueden imponer reglas sacramentales para la valoración de la prueba cuando se trata de responsabilidad médica; (ii) el juez debe evaluar las reglas de la sana crítica y la experiencia y con fundamento en ello determinar el sentido del fallo según lo demostrado en cada proceso determinado; (iii) la responsabilidad médica se configura a partir de la culpa probada del profesional y (iv) la carga probatoria está en quien alega el daño.**” (Se resalta)

Pues bien, este sistema de culpa o falla probada, en el cual descansa la institución de la responsabilidad patrimonial médica, encuentra fundamento no sólo en el principio general

V/G

96

VÉLEZ GUTIÉRREZ

A B O G A D O S

probatorio consagrado en el artículo 167¹ del Código General del Proceso, sino también, por una parte, en la consideración según la cual las obligaciones de los agentes prestadores de los servicios médicos y hospitalarios, salvo muy específicas excepciones, **son de medio y no de resultado**, por cuanto se dirigen al empleo de todos los instrumentos disponibles que estén al alcance para intentar salvaguardar la vida e integridad de los pacientes; y por otra parte, en el hecho de que la realización del acto médico desde ningún punto de vista puede ser tomado como una actividad peligrosa².

En efecto, tal como es bien sabido, el médico y la institución médica prestadora del servicio, tienen frente al paciente la obligación de medio de proveer todos los medios técnicos y humanos a su alcance para propender por la sanación del paciente, o el éxito de los procedimientos que se le practiquen a los mismos. Sin embargo, es evidente que su obligación no implica que el médico y/o la institución médica correspondiente, deban necesariamente lograr ese resultado esperado. Pues como es obvio, la propia condición médica del paciente antes y/o después del tratamiento médico y/o intervención, la cual es ajena al galeno, puede conducir a que no se alcance ese resultado, en cuyo caso, la no producción del resultado esperado, no puede por ende resultar imputable al médico, si éste puso a disposición del paciente todos los medios y herramientas a su alcance para tal fin.

Por ello, nuestra jurisprudencia y doctrina han sido unánimes en establecer que, salvo casos puntuales (en los que la naturaleza de la obligación contraída por el médico y/o la Entidad médica determinan que aquella sea una obligación de resultado, como los casos de intervenciones quirúrgicas estéticas), para establecer la existencia de una alegada responsabilidad médica en un

¹ "Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen. Los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba".

² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 5507 del 30 de enero de 2001, MP. Dr. José Fernando Ramírez: "Ciertamente, el acto médico y quirúrgico muchas veces comporta un riesgo, pero éste, al contrario de lo que sucede con la mayoría de las conductas que la jurisprudencia ha signado como actividades peligrosas en consideración al potencial riesgo que generan y al estado de indefensión en que se colocan los asociados, tiene fundamentos éticos, científicos y de solidaridad que lo justifican y lo proponen ontológica y razonablemente necesario para el bienestar del paciente, y si se quiere legalmente imperativo para quien ha sido capacitado como profesional de la medicina, no sólo por el principio de solidaridad social que como deber ciudadano impone el artículo 95 de la Constitución, sino particularmente, por las "implicaciones humanísticas que le son inherentes", al ejercicio de la medicina, como especialmente lo consagra el artículo 1º parágrafo 1º de la Ley 23 de 1981".

VG

98

VÉLEZ GUTIÉRREZ

A B O G A D O S

caso concreto, es necesario que dentro del proceso aparezca debidamente probada, como un primer requisito, la culpa o falta incurrida por el médico y/o la Institución Médica en la prestación del servicio.

En efecto, así lo señaló, entre otras oportunidades, la Sala de Casación Civil de la H. Corte Suprema de Justicia en sentencia proferida el 13 de septiembre de 2002, al destacar:

“A este respecto la Jurisprudencia de la Corte, a partir de su sentencia de 5 de marzo de 1940 ha dicho...que la responsabilidad civil de los médicos (Contractual o extracontractual) está regida en la legislación patria por el criterio de la **culpa probada**, salvo cuando se asume una expresa obligación de sanación y esta se incumple, cual sucede por ejemplo con las obligaciones llamadas de resultado, criterio reiterado en términos generales por la Sala en su fallo de 30 de enero de 2001 (Exp. 5507) en el que ésta puntualizó la improcedencia de aplicar en esta materia por regla de principio, la presunción de culpa prevista en el artículo 1604 del C.C., al sostener que, de conformidad con el inciso final de dicho precepto, priman sobre el resto de su contenido las estipulaciones de las partes, que sobre el particular existen, añadiendo por consiguiente no sin antes reconocer la importancia de la doctrina que diferencia entre las obligaciones de medio y de resultado, que lo fundamental está en identificar el contenido y alcance del contrato de prestación de servicios médicos celebrado, en el caso concreto, porque es este contrato específico el que va a indicar los deberes jurídicos que hubo que asumir el médico, y por contera el comportamiento de la carga de la prueba en torno a los elementos que configuran su responsabilidad y particularmente de la culpa.”

Del mismo lo destaca el Doctor Javier Tamayo Jaramillo en su obra, al señalar:

“El derecho colombiano regula por separado la responsabilidad civil contractual y la extracontractual distinción que también es aplicable a la prueba de la culpa por defectuosa prestación de los servicios médicos. Aunque veremos por separado los textos que regulan una y otra responsabilidad, de todas formas insistimos en que cualquiera de las dos responsabilidades que se aplique por un acto médico defectuoso deberá suponer **una culpa probada del médico**.”³ (Resaltado no original).

En este orden de ideas, considerando el caso que nos ocupa, es evidente que la alegada responsabilidad médica que, se dice, le asiste a EPS CAFAM sólo podría llegar a declararse en

³ TAMAYO JARAMILLO, Javier. Tratado de Responsabilidad Civil Tomo I. Editorial Legis. Bogotá D.C., 2007. Pg 1080.



96

VÉLEZ GUTIÉRREZ

A B O G A D O S

sede judicial, en la medida en que la parte actora logre probar, fehacientemente, que esta entidad incurrió en faltas inexcusables en el tratamiento médico que se siguió en el caso objeto de estudio.

En ese sentido, la parte actora sostiene que luego de practicársele la ecografía 4D a la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA, en la cual se detectó que el bebe en camino presentaba ambos atrios ventriculares en 11 mm, debió haberse ordenado el examen de toxoplasmosis y continuado con el tratamiento indicado, como quiera que, a juicio de la parte actora, ello habría evitado las complicaciones médicas que tuvo la menor ALLISON DANIELA ULLOA BERNAL al nacer y, muy posiblemente, su temprano fallecimiento.

Empero, a pesar de encontramos en la etapa inicial del litigio, es necesario dejar claro desde ya que, según se infiere de la lectura de la historia clínica que obra en el expediente, la atención médica que se le prestó a la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA fue en todo momento oportuna, y la misma se compadeció con la sintomatología que dicha paciente presentaba. De manera que, no hay cabida a que se deduzca la configuración de una actuación negligente en cabeza de EPS CAFAM.

En efecto, los procedimientos que se adelantaron durante el embarazo de la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA, en lo que concierne a las diligencias adelantadas por las IPS adscritas a la EPS CAFAM, se efectuaron, siempre y en todo momento, de manera diligente y siguiendo los protocolos que informan la *lex artis ad hoc*. De hecho, con el objetivo de poner en evidencia el citado actuar diligente, a continuación, se pasarán a relacionar los servicios médicos que prestaron las IPS vinculadas a CAFAM EPS, a la ahora accionante, en el año 2014:

- i. El 24 de julio de 2014 la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA fue atendida en las instalaciones de Urgencias de Cafam donde se le practicó una ecografía transvaginal para estudiar su embarazo de 5 semanas, en la cual se evidenció la existencia de un Hematoma Retrocorial. En vista de que padecía dichos síntomas, el médico tratante le recomendó reposo y ordenó un control ecográfico en 10 días.



99

VÉLEZ GUTIÉRREZ

A B O G A D O S

- ii. Posterior a dicha consulta, en una IPS adscrita a la EPS CAFAM, se realizaron cuatro (4) controles prenatales. Éstos, fueron practicados durante el transcurso del embarazo, concretamente, a las 7.5, 10.4, 14.5 y 14.6 semanas de gestación. En todos los controles efectuados, tal y como se evidencia en la historia clínica que reposa en el expediente, se ordenaron los exámenes médicos de laboratorio pertinentes y siempre se pidió la valoración de los médicos expertos en nutrición.
- iii. En los meses de noviembre y diciembre de 2014, la señora BERNAL consultó una de las IPS de EPS CAPFAM, en la cual identificó que padecía de Resfriado Común y Síndrome de Túnel Carpiano.
- iv. El 24 de enero de 2015, la señora BERNAL acude a la IPS CAS Calle 51, como quiera que evidenciaba inicio de contracciones y salida de líquido amniótico. Para el momento de la consulta, contaba con 33.6 semanas de gestación, por lo cual, el feto manifestaba maduración pulmonar previa.
- v. En vista de que dicha IPS no contaba con disponibilidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal la señora BERNAL fue remitida a otra IPS. Para el momento del traslado, presentaba Cifras Tensionales Estado I, a las cuales se les había dado un manejo adecuado.

Al respecto, es importante dejar claro desde ya que las IPS adscritas a la EPS CAFAM prestan los servicios y atienden a los usuarios, siempre y cuando cuenten; primero, con la habilitación dada por la Secretaría Distrital de Salud para efectuar el tratamiento correspondiente; y segundo, con los recursos personales, clínicos y tecnológicos que el paciente requiera. De manera que, cuando no cuentan con alguno de estos elementos, es deber de éstas iniciar el proceso de remisión del paciente. En ese sentido, la no prestación del servicio no puede devengar en una sanción de responsabilidad en cabeza de la entidad prestadora del servicio.



V/G
VÉLEZ GUTIÉRREZ
A B O G A D O S

100

- vi. El 22 de agosto de 2016, posterior al nacimiento de la menor, la señora BERNAL es atendida por el área de psicología en una IPS de EPS CAFAM, por medio de la cual informa que la menor nació con toxoplasmosis, hidrocefalia, calcificaciones cerebrales, desprendimiento de retina bilateral, epilepsia y retardo psicomotor. En el centro, le realizan el diagnóstico de trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Así pues, con fundamento en lo expuesto, subyace de manera clara que no se produjo un comportamiento negligente por parte del cuerpo médico que conoció el caso de la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA y mucho menos por parte de EPS CAFAM y la IPS CAS 51. Todo lo contrario, la atención médica que le fue prestada a dicha paciente se compadeció siempre y en todo momento con la sintomatología que ella presentaba.

c. Inexistencia de nexo causal.

Es bien sabido que uno de los requisitos de la responsabilidad civil tanto contractual como extracontractual, está dado por la existencia de nexo causal entre la conducta desplegada por el agente y el daño padecido por la víctima, de forma tal que, si la víctima sufre un daño, pero el mismo no se derivó a partir de la conducta desplegada por el agente, no es posible endilgar responsabilidad civil a este último, a partir de la generación del referido perjuicio. En ese sentido, vale la pena anotar que el nexo causal se concibe como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño irrogado a la esfera ajena. Lo anterior, como quiera que **sólo los daños directamente generados a partir de la falta o culpa cometida por el médico y/o la institución médica correspondiente, son imputables a los mismos.**

Ahora bien, la Jurisprudencia ha reiterado en forma pacífica que, en todos los eventos, y con independencia del régimen de responsabilidad invocado, al extremo demandante le incumbe acreditar la existencia del nexo causal. Lo anterior, en la medida en que el *nexo de causalidad* como presupuesto autónomo de la responsabilidad civil, no admite presunción alguna.⁴

⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de enero de 2008, Exp. No. 2000-67300-01, MP. Dr. Edgardo Villamil Portilla. Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia 17297 del 18 de febrero de 2010, CP. Dra. Myriam Guerrero de Escobar. Consejo de Estado. Sala de lo

V/G

101

VÉLEZ GUTIÉRREZ

A B O G A D O S

Con tal fin, téngase presente que, bajo los postulados de la teoría de la *causalidad adecuada*, en responsabilidad civil únicamente se tiene como causante, aquella conducta que de acuerdo con las reglas de la experiencia y de la lógica, ostenta una tendencia hacia el logro del resultado (daño); es decir, se trata de conductas que aumentan la probabilidad del mismo. De esta manera, las condiciones que solamente por azar han colaborado a la consecución del resultado, deben considerarse jurídicamente irrelevantes.

A este respecto, el profesor argentino ALFREDO BUERES, sostiene:

“(…) Por nuestra parte, reiteramos que en principio el enfermo debe demostrar la relación causal y la culpa del médico- a fin de responsabilizar a éste y al sanatorio que tiene a su cargo el deber de seguridad asistencial-. Claro está que, en los hechos, la prueba de esos extremos se superpone, se fusiona, y hace dificultoso el establecimiento de una neta separación. De cualquier forma, los tropiezos no pueden generar confusiones en el intérprete, ya que, de acuerdo con cuanto expresáramos oportunamente, la relación de causa a efecto apunta- en cuanto se conecta con la extensión del resarcimiento- a la previsibilidad abstracta, mientras que la culpa concierne a la previsibilidad concreta.

(…) Sin desmedro de las mentadas reglas –sin duda esbozadas con amplitud-, cabe particularizar y calar más hondo en la problemática. En tal sentido, creemos que el mero contacto físico o material entre el actual profesional y el resultado, no siempre ha de ser decisivo para tener por configurada la relación causal, pues en la actividad médica el daño no es, de suyo, *en todos los casos*, relevador de culpa o de causalidad jurídica (adecuada). En rigor, a partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico por lo común con su salud desmejorada, a veces resulta difícil afirmar que existe un daño y, en otras oportunidades, los tropiezos se localizan al establecer si ciertamente el daño (existente) obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural del propio enfermo.

Esta última afirmación nos conduce de la mano a reiterar que en tema de responsabilidad galénica, el contacto físico entre un profesional y un paciente que experimenta daño, no permite indefectiblemente imputar estos daños al susodicho profesional, pues las pruebas aportadas al proceso, con suma frecuencia, suscitan dudas acerca de si el obrar médico fue en verdad el que ocasionó los perjuicios. Al hilo de la exposición, se nos ocurre si un automovilista asciende a la acera con su rodado y embiste a un transeúnte, este mero contacto físico basta para tener probada la *autoría* de los daños que se establezcan *adecuados*- salvo la contraprueba que destruya el nexo causal, no siempre factible de demostración-.

Contencioso Administrativo. Sentencia 16068 del 14 de abril de 2010, CP. (E) Dr. Mauricio Fajardo y Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sentencia 18285 del 14 de abril de 2010, CP. (E) Dr. Mauricio Fajardo, entre otras.

Pbx. (571) 317 1513 · Fax. (571) 317 0509 / Carrera 7 # 74b - 56 – Oficina 1401 – Edificio Corficaldas - Bogotá – Colombia / velezgutierrez.com



V/G

102

VÉLEZ GUTIÉRREZ

A B O G A D O S

En cambio, frente al daño médico es muy común que las constancias procesales pongan de presente que el perjuicio pudo ocurrir por el hecho del profesional o por una o varias causas ajenas derivadas *fortuitamente* del propio estado de salud del enfermo- amén de los supuestos de hecho (o culpa) de este último- (...)”⁵

Sin perder de vista las consideraciones esbozadas en el acápite precedente, resulta oportuno precisar que en esta etapa primigenia del litigio no se observa nexo causal alguno entre la atención médica suministrada a la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA durante el transcurso de su embarazo por la IPS afiliada a la EPS CAFAM y el daño del cual derivan las pretensiones indemnizatorias elevadas por los demandantes en el libelo introductor de la presente *litis*.

A la luz de las consideraciones que anteceden, aplicando los postulados de la causalidad adecuada, tomado como referencia un estudio de probabilidad realizado ex ante, ocupando la posición de los galenos que atendieron cada una de las consultas de la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA durante su embarazo, se **colige que los daños que constituyen el sustrato de las súplicas de la demanda no guardan correspondencia directa con los servicios médicos prestados por las IPS adscritas a la EPS CAFAM. Lo anterior teniendo en cuenta que siempre, tal y como lo aducen los demandantes en el escrito de la demanda, el servicio médico prestado cumplió con las condiciones y parámetros establecidos.**

Asimismo, es preciso señalar que, en todo caso, no se evidencia prueba alguna de la que se pueda inferir que, de haberse ordenado el examen de toxoplasmosis, no se hubiera causado el daño sobre el cual los demandantes fundamentan las pretensiones de la demanda. Todo lo contrario, es muy probable que, así se hubieren practicado, el daño igual se hubiere producido, como quiera que la patología padecida por la menor ALLISON DANIELA ULLOA BERNAL tiende siempre a evolucionar. De igual forma, como se muestra en la historia clínica que obra en el expediente, todas las consultas realizadas por la IPS adscrita a la EPS CAFAM fueron oportunas y conforme a los síntomas que padecía la menor, en el sentido que siempre se monitoreo la

⁵ BUERES, Alfredo J. *Responsabilidad Civil de los Médicos*. Tomo I. Ed. Hammurabi, segunda edición, Buenos Aires, pp. 312-313

V/G

103

VÉLEZ GUTIÉRREZ

A B O G A D O S

enfermedad. En efecto, como se evidencia en la Historia Clínica del 16 de diciembre de 2014, la IPS adscrita a la EPS CAFAM una vez realizado los exámenes pertinentes determinó en el análisis:

“EMBARAZO DE 28.8 SEMANAS. VENTRICULOMEGALIA LEVE”

De igual forma, de la lectura de las pruebas aportadas, se puede inferir que los médicos que atendieron a la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA durante el embarazo, después de que ella mostrara la ecografía 4D siguieron las recomendaciones del doctor OMAR LÓPEZ GONZÁLEZ, las cuales fueron:

“VENTRICULOMEGALIA LEVE SIMÉTRICA LATERAL. SE SUGIERE SEGUIMIENTO POR ALTO RIESGO OBSTÉTRICO.”

Por lo menos, en lo que concierne a las IPS adscritas a la EPS CAFAM, como se mostró en líneas anteriores, en todas las consultas a las que la señora asistió se practicaron los exámenes correspondientes y siempre se determinó que la ventriculomegalia padecida por el feto permanecía en nivel leve.

Así pues, con fundamento en lo anterior, es factible concluir, en primer lugar, que no se encuentra demostrado la negligencia por parte de la IPS adscritas a la EPS CAFAM que prestó el servicio, como quiera que, siempre, se efectuaron los exámenes correspondientes de manera diligente y siguiendo los protocolos que informan la lex artis ad hoc. En segundo lugar, que no existe relación causal entre el daño que los demandantes pretenden que sea indemnizado y los servicios prestados por EPS CAFAM, pues así se le hubieren practicado más exámenes a la señora PRITHVI BERNAL QUIROGA el daño igual se hubiera producido, toda vez que, la patología padecida por el feto tendía a evolucionar sin que existiera procedimiento médico alguno que evitara las consecuencias.

V/G

104

VÉLEZ GUTIÉRREZ
A B O G A D O S

Sin perjuicio de lo anterior, me reservo el derecho de ampliar los fundamentos fácticos y jurídicos que informan el presente medio exceptivo en la oportunidad procesal correspondiente.

d. Inexistencia y/o sobrestimación de los perjuicios cuya indemnización reclama la parte actora.

De conformidad con los acápites de pretensiones de la demanda y el juramento estimatorio la parte actora pretende el resarcimiento y/o compensación de los siguientes rubros, a saber:

- Daño emergente consolidado: \$3.939.401.
- Lucro cesante futuro: \$172.402.290.
- Daño moral: \$200.000.000.

No obstante, ninguno de los perjuicios antes referenciados está llamado a ser reconocido, o por lo menos no en sumas solicitadas, con fundamento a las siguientes consideraciones.

i. En cuanto al daño moral.

De acuerdo con el inciso final del artículo 206 del Código General del Proceso, a través del Juramento Estimatorio no es procedente cuantificar 'perjuicios extrapatrimoniales', motivo por el cual la misma no está llamada a ser valorada como prueba de su cuantía. No obstante lo anterior, se plantea un breve comentario sobre la estimación que realizó el demandante en punto tocante a los perjuicios morales, con el fin de ilustrar al Despacho, las razones por las cuales, dicho rubro es inexistente y/o se encuentra sobreestimado.

Al respecto, debe tenerse en cuenta que los rubros solicitados por la parte actora a título de perjuicios extrapatrimoniales se encuentran ampliamente sobrestimados, ya que los mismos exceden, notoriamente, el parámetro indemnizatorio establecido por la jurisprudencia para tal efecto. De manera que, abiertamente se atenta en contra del principio constitucional de igualdad, y contra los parámetros de equidad y proporcionalidad que informan a la institución indemnizatoria en nuestro medio, puesto que el presente caso no reviste ningún elemento



VG

VÉLEZ GUTIÉRREZ

A B O G A D O S

185

justificativo que permita al juzgador a ir mas allá de las respuestas judiciales brindadas para eventos considerados como de extrema gravedad:

“Adviértase que no se trata de aplicar corrección o actualización monetaria a las cifras señaladas por la Corte antaño, por cuanto el daño moral no admite indexación monetaria, sino de ajustar el monto de la reparación de esta lesión, como parámetro de referencia o guía a los funcionarios judiciales, a las exigencias de la época contemporánea, sin que, además, se presenten inexplicables e inconvenientes diferencias para los administrados por el hecho de que el conocimiento del asunto corresponda a una jurisdicción en particular, reparación cuya definitiva fijación en términos monetarios corresponderá al juez del conocimiento, de conformidad con el particular marco de circunstancias que sea objeto de su decisión y atendiendo el tradicional criterio del arbitrium iudicis”⁶ (subrayado fuera de texto).

Por consiguiente, aún en el lejano evento en el que se accediera a la pretensión indemnizatoria en comento, de todos modos, no resultaría razonable ni proporcional acceder a la condena solicitada por la accionante, en tanto sus circunstancias particulares no ameritan un tratamiento cuantitativo como el pedido en la demanda.

Con base en lo expuesto, no queda la menor duda que los perjuicios que a título de daño moral se encuentran reclamando los demandantes, están abocados al fracaso.

ii. En cuanto a los perjuicios materiales:

Aun en el remoto evento en el cual resulte probada la responsabilidad de la parte demandada en la ocurrencia de los hechos que motivaron la demanda, y no prosperen las excepciones expuestas con anterioridad, los perjuicios que la parte demandante reclama como perjuicios patrimoniales no están llamados a ser reconocidos, como quiera que los mismos no reúnen los requisitos establecidos por el legislador para ser considerados como perjuicios resarcibles. En efecto, debe mencionarse que, más allá de las solas afirmaciones que la parte demandante realiza en el escrito de demanda, no se evidencia que esta hubiese padecido, de manera cierta, personal y directa la

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de noviembre de 2011, Exp. No. 1999-00533-01, MP. Dr. William Namén Vargas.

VG
VÉLEZ GUTIÉRREZ
A B O G A D O S

106

merma patrimonial cuya reparación se encuentra solicitando a título de daño emergente y lucro cesante.

Ciertamente, es preciso señalar que el lucro cesante en favor de la menor ALLISON DANIELA ULLOA BERNAL reclamado por los demandantes no está llamado a ser reconocido, teniendo en cuenta las presentes consideraciones:

- La menor ALLISON DANIELA ULLOA BERNAL, al momento de su muerte, no estaba devengando ningún ingreso, por lo cual, el cálculo realizado por el perito JUAN CARLOS MENDOZA ZAMORA no tiene ningún sustento económico.
- Ningunos de los reclamantes al momento del fallecimiento de la menor dependía económicamente de ella.
- La menor no podría verse beneficiada del reconocimiento de dicho perjuicio, en el improbable caso que fuera reconocido.

En consecuencia, con fundamento en lo expuesto, solicito al Despacho rechace el reconocimiento de los perjuicios solicitados a título de lucro cesante por los actores, como quiera que las sumas solicitadas carecen de fundamento fáctico y jurídico alguno para ser reconocidas.

Por otra parte, en cuanto a los perjuicios que piden los demandantes a título de daño emergente, ponemos de presente, en primer lugar, que los costos por servicios jurídicos y por la elaboración del dictamen no pueden ser tenidos en cuenta, como quiera que estos corresponden a **costas procesales y agencias en derecho**, los cuales son rubros independientes que deben ser reconocidos en cabeza de quien resulte vencido en el marco del proceso. En segundo lugar, en cuanto a los gastos por transportes y gastos médicos generales, de las facturas anexadas con el escrito de la demanda, no se tiene certeza de la relación de causalidad que existe entre el supuesto daño y las mismas, como quiera que no hay claridad en lo ahí estipulado.



VÉLEZ GUTIÉRREZ

A B O G A D O S

107

De esta manera, como quiera que los perjuicios que la parte actora se encuentra solicitando a título de daño emergente son inexistentes, solicito al Despacho rechace el reconocimiento de los mismos.

Ahora bien, en cuanto al dictamen aportado con la demanda, pongo de presente que, en este, además de calcular los perjuicios en cabeza de los demandantes, se calculan unos perjuicios en cabeza de la señora ALEJANDRA MORALES DIAZ, quien no guarda relación con el proceso de la referencia. Luego no puede calcularse que los demandantes tienen derecho a lo calculado en la totalidad del dictamen, pues evidentemente esté fue utilizado para otros fines.

**CAPÍTULO SEGUNDO: CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN
GARANTÍA FORMULADO POR PARTE DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN
FAMILIAR CAFAM A ALLIANZ SEGUROS S.A.**

I. LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En los términos del artículo 64 del Código General del Proceso, me opongo a las pretensiones del llamamiento en garantía, como quiera que, si bien mi representada expidió el Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029432, por virtud del cual se amparó la responsabilidad civil profesional de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM, no puede perderse de vista que la responsabilidad de ALLIANZ SEGUROS S.A. se encuentra limitada de cara a las condiciones generales y particulares pactadas en el antes referenciado seguro de responsabilidad civil. Por este motivo, la eventual condena que pueda llegar a imponerse a mi representada deberá tener en consideración, en todo caso, los límites de cobertura y demás disposiciones contractuales pactadas en el texto de la póliza que se aporta al expediente.

II. A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Paso a pronunciarme expresamente sobre los hechos afirmados en el escrito contentivo del llamamiento en garantía, siguiendo el orden allí expuesto, de la siguiente manera:

COLO
NOTARIA
11
Velez
ario: LE
RCULO



VÉLEZ GUTIÉRREZ

A B O G A D O S

108

AL PRIMERO.- Es cierto. No obstante, es importante mencionar que, conforme se mencionó en el capítulo primero del presente escrito, a mi representante no le consta de forma directa ninguno de los hechos en que se fundamenta el escrito de demanda. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso resulte demostrado.

AL SEGUNDO.- Es cierto.

AL TERCERO.- En cierto. En este punto, es importante señalar que, de acuerdo con la cláusula de cobertura claims made, se entenderán cubiertos por la Póliza No. 022029432: *"las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de DICIEMBRE 31 DE 2009 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable. No obstante, se aclara que la fecha de retroactividad aplicable para reclamaciones superiores a \$10.000.000.000 es ENERO 01 DE 2016"*. Esto quiere decir que, para que un hecho se encuentre cubierto temporalmente por la póliza analizada, es necesario que se cumplan dos requisitos, a saber; primero, que los hechos se presenten en vigencia de la póliza o durante el periodo de irretroactividad de la misma; y segundo, que los perjuicios derivados del evento dañoso imputable al asegurado, sea reclamado por primera vez en vigencia de la póliza, esto es, entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2017.

AL CUARTO.- Es cierto. Sobre el particular, pongo de presente que, el acápite titulado "Interés Asegurado" de las condiciones particulares de la póliza, en efecto establece que el objeto del seguro es: *"Amparar el patrimonio de CAFAM por los actos en que resultare responsable como consecuencia de lesiones o muerte a terceras personas, causadas en el desarrollo de las actividades y operaciones médicas dentro y/o fuera de las instalaciones del asegurado. Se ampara a CAFAM por los perjuicios que se causen a pacientes, entre otros en todos los predios donde ejerza su actividad, siempre y cuando sean administrados y operados por el asegurado."* Por lo cual, es importante dejar claro desde ya, que la póliza objeto del presente llamamiento en garantía únicamente esta llamada a cubrir los perjuicios que se causen a pacientes en todos los predios donde EPS CAFAM ejerza su actividad, **siempre y cuando sean administrados y operados por el asegurado**. De tal manera, en el improbable evento en



109

que el Despacho encuentre como responsables a los demandados, únicamente se puede condenar a mi representada a reconocer la indemnización objeto del contrato de seguros, si la causa del daño se dio en un centro administrado y operado por el asegurado.

AL QUINTO.- Es cierto.

III. EXCEPCIONES DE MERITO Y MEDIOS DE DEFENSA FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

- a. La cobertura de la póliza de encuentra limitada a lo estrictamente convenido en su clausulado.**

El contrato de seguro es un contrato por virtud del cual, el Asegurador asume el riesgo que le trasfiere el Tomador, en virtud del pago de la respectiva prima por parte de este último, conforme las condiciones del contrato.

Es así como, las condiciones del contrato de seguro delimitan claramente el riesgo y margen de la responsabilidad que asume el Asegurador con ocasión del contrato.

Así lo establece el artículo 1047 del C. de Co. al señalar:

“La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato:

(...)

5. La identificación precisa de la cosa o persona con respecto a la cual se contrata el seguro.

(...)

7. La suma asegurada o el monto de precisarla.

(...)

9. Los riesgos que el asegurador toma a su cargo.

(...)

11. Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes.”

Así las cosas, en el evento improbable que el Despacho establezca responsabilidad a cargo de la demandada EPS CAFAM, y decida con fundamento en ello proferir condena en contra de mi representada con base en la cobertura otorgada por la Póliza No. 022029432, habrá que tenerse en cuenta el monto y extensión de la responsabilidad asumida por la Aseguradora con fundamento en la condiciones generales y particulares estipuladas en el referido contrato de

RECIBIDO
SECRETARÍA
DE JUSTICIA
1 DE

V/G
VÉLEZ GUTIÉRREZ
A B O G A D O S

110

seguros. Esto es, concretamente, cuáles de los perjuicios por los cuales se profiera condena en contra de la EPS CAFAM y a favor de la parte actora se encontraban amparados por la referida Póliza, tal como obra en las condiciones generales y particulares de las mismas, pues por aquellos perjuicios sobre los cuales no se haya otorgado la respectiva cobertura, no podrá proferirse condena en contra de la Aseguradora para la indemnización de los mismos.

b. La responsabilidad de la Aseguradora se encuentra limitada al valor de la suma asegurada.

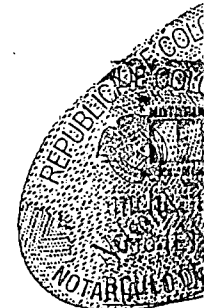
Pues bien, en el evento en que se profiera condena en contra de la entidad llamante en garantía dentro del presente proceso, y por ende se decida proferir condena en contra de mi representada, no podrá perderse de vista que la responsabilidad de ALLIANZ SEGUROS S.A. se encuentra limitada por el valor de la suma asegurada establecida en el contrato de seguro, suma por encima de la cual, en consecuencia, no se podrá proferir condena en contra la misma.

En efecto, establece el artículo 1079 del C. de Co:

“El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo inciso del artículo 1074.”

Así las cosas, es un hecho que la responsabilidad del Asegurador se encuentra siempre limitada a la suma asegurada que se pacte en el contrato, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo inciso del artículo 1079 del C. de Co., lo cual hace referencia al reconocimiento por parte del Asegurador de los gastos incurridos por el Asegurado para evitar la extensión y propagación del siniestro, salvedad que sobra aclarar, no resulta aplicable al presente caso.

Ahora bien, frente al caso que nos ocupa, la Póliza No. 022029432 expedida en favor de la demandada, determinó claramente en su carátula, condiciones generales y particulares unos límites por vigencia y por evento a los cuales se debe sujetar una eventual condena en contra de mi poderdante.



VG
VÉLEZ GUTIÉRREZ
A B O G A D O S

Por lo anterior, solicito al Despacho tener en consideración la presente excepción en el caso de una eventual condena en contra de la Compañía Aseguradora para efectos de no exceder las obligaciones contraídas en el contrato de seguro.

c. Aplicación de la limitación de responsabilidad por razón del deducible a cargo del asegurado.

Resta por destacar, cómo en el evento improbable de que se profiera condena en contra de la compañía ALLIANZ SEGUROS S.A., con fundamento en el contrato de seguros No. 022029432 y los hechos acaecidos, objeto del presente proceso, deberá tenerse en cuenta que la responsabilidad de la Aseguradora se encuentra igualmente limitada en función del deducible estipulado en el contrato de seguro.

En efecto, como es bien sabido, el deducible consiste en aquella porción de la pérdida que le corresponde asumir directamente al Asegurado, y que, por tanto, debe descontarse del valor a cancelar a título de indemnización derivada del contrato de seguros.

Ciertamente, así lo ha reconocido reiterativamente la doctrina y la jurisprudencia, y así mismo lo destacó expresamente la Póliza expedida en el presente caso, al señalar en sus Condiciones Particulares: *"10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$3.000.000 por evento"*.

Así las cosas, considerando las citadas Condiciones Particulares de la Póliza, es evidente que en caso que se llegue a establecer que en el presente evento sí surgió la respectiva obligación indemnizatoria reclamada a cargo de ALLIANZ SEGUROS S.A. con fundamento en el contrato de seguros expedido por la misma, de la suma en principio a su cargo, deberá descontarse el 10% de la indemnización a pagar, con un mínimo de \$3.000.000 por evento, a fin de que el valor asumido directamente por la Entidad Aseguradora, en cumplimiento de las disposiciones estipuladas en la Póliza.

VG

VÉLEZ GUTIÉRREZ

A B O G A D O S

102

CAPÍTULO TERCERO: OBJECCIÓN A LA ESTIMACIÓN DE LOS PERJUICIOS.

De conformidad con lo preceptuado por el artículo 206 Código General del proceso, me permito objetar la cuantificación que de los perjuicios hizo la parte demandante, de la siguiente manera:

En torno a este tópico, resulta necesario empezar por señalar lo mencionado por el reconocido Profesor Hernán Fabio López, en términos que, si bien son aplicables a la Ley 1395 de 2010, también son perfectamente aplicables al CGP:

“La norma sin duda busca disciplinar a los abogados, quienes con frecuencia en sus demandas no vacilan en solicitar de manera precipitada (...), especialmente cuando de indemnización de perjuicios se trata, sumas exageradas, sin base real alguna, que aspiran a demostrar dentro del proceso, pero sin que previamente, como es su deber, traten sobre bases probatorias previas serias frente al concreto caso, de ubicarlas en su real dimensión económica, de ahí que en veces, no pocas, de manera aventurada lanzan cifras estrambóticas a sabiendas que están permitidos los fallos mínima petita; en otras ocasiones se limitan a dar una suma básica o “lo que se pruebe”, fórmula con la cual eluden los efectos de aplicación de la regla de la congruencia.

A esa práctica le viene a poner fin esta disposición, porque ahora es deber perentorio en las pretensiones de la demanda por algunos de los rubros citados, **señalar razonablemente el monto al cual considera asciende el perjuicio reclamado, lo que conlleva la necesidad de estudiar responsablemente y de manera previa a la elaboración de la demanda, las bases económicas del daño sufrido**, de manera tal que si la estimación resulta abiertamente exagerada, que para la norma lo viene a constituir un exceso de más del 30%, se impone la multa equivalente al diez por ciento de la diferencia (...)”⁷ (resaltado fuera de texto).

Sin embargo, revisando el texto de la demanda, se observa que las sumas estimadas por el demandante a título de lucro cesante y daño emergente carecen de fundamento fáctico alguno que las respalde. En tal sentido, la estimación que allí se hace no puede ser tenida en cuenta como prueba dentro del proceso de las pretensiones indemnizatorias de la parte actora.

⁷ LÓPEZ BLANCO, Hernán Fabio. La Ley 1395 de 2010 y sus reformas al Código de Procedimiento Civil. Análisis Comparativo. Dupre Editores: Bogotá, 2010. p. 47.

V/G

113

VÉLEZ GUTIÉRREZ

A B O G A D O S

En efecto, los perjuicios que la parte demandante reclama como perjuicios patrimoniales no están llamados a ser reconocidos, como quiera que los mismos no reúnen los requisitos establecidos por el legislador para ser considerados como perjuicios resarcibles. Sobre el particular, debe mencionarse que, más allá de las solas afirmaciones que la parte demandante realiza en el escrito de demanda, no se evidencia que esta hubiese padecido, de manera cierta, personal y directa, de la merma patrimonial cuya reparación se encuentra solicitando a título lucro cesante y daño emergente.

Ciertamente, es preciso señalar que el lucro cesante en favor de la menor ALLISON DANIELA ULLOA BERNAL reclamado por los demandantes no está llamado a ser reconocido, teniendo en cuenta las presentes consideraciones:

- La menor ALLISON DANIELA ULLOA BERNAL, al momento de su muerte, no estaba devengando ningún ingreso, por lo cual, el cálculo realizado por el perito JUAN CARLOS MENDOZA ZAMORA no tiene ningún sustento económico.
- Ningunos de los reclamantes al momento del fallecimiento de la menor dependía económicamente de ésta.
- La menor no podría verse beneficiada del reconocimiento de dicho perjuicio, en el improbable caso que fuera reconocido.

En consecuencia, con fundamento en lo expuesto, solicito al Despacho rechace el reconocimiento de los perjuicios solicitados a título de daño emergente por los actores, como quiera que las sumas solicitadas carecen de fundamento fáctico y jurídico alguno para ser reconocidas.

Por otra parte, en cuanto a los perjuicios que piden los demandantes a título de daño emergente, ponemos de presente, en primer lugar, que los costos por servicios jurídicos y por la elaboración del dictamen no pueden ser tenidos en cuenta, como quiera que estos corresponden a costas



VG
VÉLEZ GUTIÉRREZ
A B O G A D O S

procesales y agencias en derecho, los cuales son rubros independientes que deben ser reconocidos en cabeza de quien resulte vencido en el marco del proceso. En segundo lugar, en cuanto a los gastos por transportes y gastos médicos generales, de las facturas anexadas con el escrito de manda, no se tiene certeza de la relación de causalidad que existe entre el supuesto daño y las mismas, como quiera que no hay claridad en lo ahí estipulado.

De esta manera, como quiera que los perjuicios que la parte actora se encuentra solicitando a título de lucro cesante son inexistentes, solicito al Despacho rechace el reconocimiento de los mismos.

Ahora bien, es importante recalcar que, en el dictamen pericial aportado con la demanda, además de calcularse los perjuicios que los demandantes aducen les deben ser reconocidos, se calculan unos perjuicios en cabeza de la señora ALEJANDRA MORALES DIAZ, quien no guarda relación con el proceso de la referencia. Luego, no puede calcularse que los demandantes tienen derecho a la totalidad del monto estipulado en el dictamen, pues evidentemente esté fue utilizado para otros fines.

Finalmente, me permito poner de presente que los perjuicios del orden inmaterial o extrapatrimonial reclamados por los demandantes, por versar sobre rubros inasibles, esto es, incuantificables con precisión desde el punto de vista monetario, se encuentra excluidos, conforme lo señala el artículo 206 del Código General del proceso, del juramento estimatorio.

De acuerdo con lo expuesto, no queda duda alguna que la estimación que realizan los demandantes de los perjuicios que reclaman no tienen eficacia probatoria dentro del proceso, y por lo mismo, en el supuesto en que se nieguen las pretensiones de la demanda por falta de prueba de los perjuicios, deberá darse aplicación a la sanción prevista en el parágrafo del artículo 206 de la ley 1564 de 2012.

V/G
VÉLEZ GUTIÉRREZ
A B O G A D O S

CAPÍTULO CUARTO: PRUEBAS.

I. DOCUMENTALES

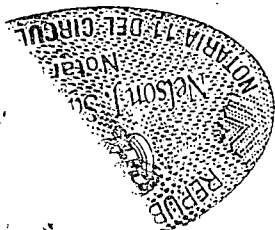
- a. Poder que me legitima para actuar, que obra en el expediente.
- b. Certificado de Existencia y Representación Legal de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, que obra en el expediente.
- c. Copia de la carátula, las condiciones particulares y las condiciones generales de la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029432.

II. EXHIBICIÓN DOCUMENTAL

- a. Solicito al Despacho requiera a la parte actora para que directamente, o a través de su apoderado judicial, se sirvan exhibir copia u original, con sello de radicación, de la primera reclamación que puso en conocimiento de la EPS CAFAM, a efectos de solicitar la indemnización de los perjuicios que, a su juicio, le fueron causados por los hechos materia del litigio; documento que se encuentra en poder de la parte actora. El objeto de la exhibición es establecer la fecha a partir de la cual empezó a correr, a la luz de los arts. 1081 y 1131 C. Co, el término de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro y/o determinar cuál es la vigencia de la Póliza que estaría llamada a afectarse ante una eventual condena, a cargo de la EPS CAFAM.

III. CITACIÓN A PERITO

- a. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 228 del Código General del proceso, pido al Despacho convoque al proceso al perito **JUAN CARLOS MENDOZA ZAMORA**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.269.753, quien fungió como perito evaluador de daños y perjuicios en el dictamen aportado con la demanda. Lo anterior, a fin de ejercer el derecho de contradicción en la audiencia que para ello se disponga.





V/G

116

VÉLEZ GUTIÉRREZ ABOGADOS

CAPÍTULO QUINTO: DISPOSICIONES GENERALES.

I. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundamento las contestaciones que aquí se presentan en los artículos 1602 y siguientes del Código Civil, en los artículos 1079, 1081, 1127 y siguientes del Código de Comercio, modificados por la ley 45 de 1990, y en las demás normas concordantes y complementarias.

II. ANEXOS

- a. Documentos mencionados en el acápite de pruebas.

III. NOTIFICACIONES

- a. La parte demandante recibe notificaciones en la dirección suministrada en el escrito de demanda.
- b. La parte demandada y su apoderado recibirán notificaciones en las direcciones suministradas en el escrito de contestación de la demandada.
- c. Mi representada, ALLIANZ SEGUROS S.A, recibirá notificaciones en la Carrera 13 A No. 29- 24, de la ciudad de Bogotá.
- d. Por mi parte, recibo notificaciones en la secretaría del Despacho o en la Carrera 7 # 74b - 56, Oficina 1401 de la ciudad de Bogotá D.C. y en los correos electrónicos dariza@velezgutierrez.com, lmcubillos@velezgutierrez.com y rvelez@velezgutierrez.com

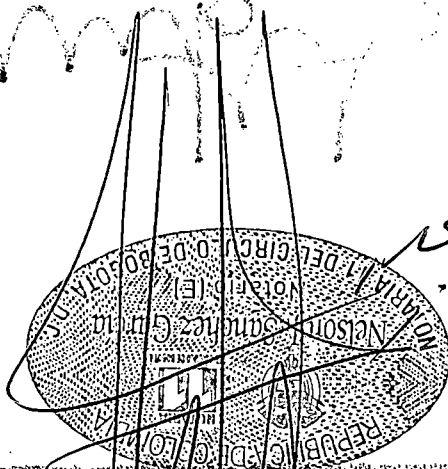
Del Señor Juez, respetuosamente,

RICARDO VÉLEZ OCHOA
C.C. No. 79.479.042 de Bogotá D.C.
T.P. No. 67.706 del C.S. de la J.

0-444-

JUZGADO 02 CIVIL CTO.

19202 23-AUG-19 16:17



PRESENTACION PERSONAL

El anterior escrito fue presentado ante el
NOTARIO ONCE (11) Q. CIRCUITO DE BOGOTÁ, D.C.
Personalmente por:
Valde Olvera
quien exhibió la C.C. 79470042
y Tarjeta Profesional No. 64736 C.S.J.

Firma: [Signature]

23 AGO 2019

República de Colombia
Poder Judicial del Poder Público
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO
DE BOGOTÁ, D.C.

Al Despacho del Señor Juez Informando que:

- ☐ 1. No se dio cumplimiento al auto al ante rior.
- ☐ 2. La providencia anterior se encuentra ejecutoriada.
- ☐ 3. Venció el término de traslado del recurso de reposición.
- ☐ 4. Venció el término de traslado contenido en el auto anterior.
- ☐ 5. Venció el término probatorio.
- ☐ 6. El término de emplazamiento venció, El(los) emplazado(s) ☐ No compareció.
- ☒ 7. Continuar trámite procesal.
- ☐ 8. Se presentó la anterior solicitud para resolver.

Contestación de Valde Olvera (3)

10 4 SEP 2019

En garantía. N=

Señor

JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA D.C.

E.

S.

JUZGADO 62 CIVIL CTO.

D. 17799 26-JUN-79 9:54

**REF: Verbal de PRITHVI BERNAL QUIROGA y otro contra
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM y otros
No. 2018 -386**

FERNANDO ORTIZ VERJAN, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía número 79.388.806 de Bogotá y T.P. No. 82.682 del C.S. de la J., apoderado de la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM, corporación identificada con el NIT No. 860.013.570-3, con domicilio principal en Bogotá D.C., representada legalmente por el Dr. MIGUEL EDUARDO GONZALEZ BOHORQUEZ, quien es mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la C.C. No. 19.330.359, entidad llamada en garantía dentro del proceso de la referencia, medio del presente me permito contestar el **LLAMAMIENTO EN GARANTIA** formulado por FAMISANAR EPS LTDA manifestando sobre los

HECHOS CONTENIDOS EN EL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

Al Primero: No me consta, por tratarse de hechos ajenos a mí representada en lo que atañe a su afiliación.

Al Segundo: Se Admite.

Al Tercero: Se Admite.

Al Cuarto: Se Admite.

Al Quinto: Se Admite.

Al Sexto: Se niega. Tal como está redactado no constituye un hecho sino una conclusión a priori que hace la llamante en garantía.

FINALIDAD DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

Me opongo por carecer de supuestos facticos de hecho y de derecho para que mediante sentencia sea condenada mi representada a pagar las pretensiones formuladas por la demandante y la llamante en garantía.

EXCEPCIONES AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

1º. SUJECIÓN A LAS OBLIGACIONES PACTADA ENTRE LA PARTES EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD No. 860.013.570

La CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM ha prestado el servicio de IPS a los pacientes remitidos por la demandada ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LTDA de manera eficiente, oportunidad y ha obrado con diligencia, prudencia y pericia, en cuanto a calidad e idoneidad, desvirtuando de esta manera la inadecuada prestación del servicio.

2º. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA DEMANDADA

EPS FAMISANAR LTDA dio cumplimiento a lo que estaba obligado de conformidad con lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, no existiendo conducta que conllevara la ocurrencia de perjuicio alguno.

Con su obrar en virtud de la obligación legal de dar cobertura en el sistema general de seguridad social en salud actuó con prudencia, pericia y diligencia no existiendo reproche alguno en su conducta que pudiera imputarse a título de responsabilidad, ya sea por no expedir autorizaciones en el tiempo prudencial, o por no contar con contratos vigentes con las diferentes IPS, etc.

Al no haber responsabilidad de la demandada EPS FAMISANAR, el llamamiento en garantía está llamado a no prosperar.

3º. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN

Como no existe responsabilidad a cargo de la demandada debido a la oportuna prestación del servicio y cobertura en salud que FAMISANAR EPS LTDA le brindó a PRITHVI BERNAL QUIROGA, ya que expidió oportunamente las autorizaciones para la atención médica, dando cumplimiento a lo ordenado en la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, no puede surgir para mi representada la obligación de indemnizar daño alguno.

4º. LA GENERICA

Desde ya me acojo a cualquier excepción innominada que se logre demostrar dentro del proceso y que sirva para demostrar la prosperidad de las excepciones.

MANIFESTACION ESPECIAL

Solicito al Despacho se tenga en cuenta que mi representada ya contestó la demanda, dentro del término dado como demandada.

PRUEBAS

Documentales

Solicito al Despacho se sirva tener como prueba documental el Contrato de prestación de servicios de salud No. 860.013.570, aportado con el llamamiento.

NOTIFICACIONES

Mi mandante y yo recibiremos notificaciones en la Secretaria del Despacho y en la Carrera 79 No. 16 A-20 Oficina 407 de Bogotá, ferorve@yahoo.com.

Cordialmente

Fernando Ortiz Verjan
FERNANDO ORTIZ VERJAN
C.C. No. 79.388.806 de Bogotá
T.P. No. 82.682 del C. S. de la J.



Republica de Colombia
Poder Judicial del Poder Público
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO
DE BOGOTÁ, D.C.

- ☐ Al Despacho del Señor Juez Informando que:
- ☐ 1. No se dio cumplimiento al auto al auto anterior.
- ☐ 2. La providencia anterior se encuentra ejecutoriada.
- ☐ 3. Venció el término de traslado del recurso de reposición.
- ☐ 4. Venció el término de traslado contenido en el auto anterior.
La(s) parte(s) se pronuncio(arón) en tiempo Si ☐ No ☐
- ☐ 5. Venció el término probatorio.
- ☐ 6. El término de emplazamiento venció, El(los) emplazado(s) No compareció.
- ☒ 7. Continuar trámite procesal.
- ☒ 8. Se presentó la anterior solicitud para resolver.

Bogotá

SECRETARÍA(A)

*Contestación Macanudo
engañada. MF*

15 JUL 2019