

Señora

JUEZ QUINTO (5) DEL CIRCUITO DE BOGOTA

E. S. D

REF: PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTIA N° 2017.00667

ASUNTO: CONTESTACION DE DEMANDA.

JONATHAN HERNANDO CHAVERRA PEREZ persona mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 71.982.539 expedida en Turbo Antioquia y portador de la Tarjeta Profesional No. 33.53.86 del C. S. J, actuando como apoderado del señor **ALEJANDRO ESCOBAR DIAZ**, mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificado con cedula de ciudadanía N° 14. 137. 283 de Ibagué quien se encuentra vinculado al proceso como demandado, encontrándome dentro del término legal procedo a dar contestación de la demanda en los siguientes términos:

FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a todas y a cada una de las pretensiones de la demanda, en razón que las mismas carecen de fundamento jurídico tal como se demuestra con las excepciones expuestas a continuación:

A LOS HECHOS

HECHO 1. Es cierto, pues se puede evidenciar en la historia clínica aportada con la demanda.

HECHO 2. No es cierto, realizamos el procedimiento quirúrgico médicos adscritos a clínica COLSUBSIDIO calle 100.

HECHO 3. Es cierto, que entro en pleno uso de sus facultades, sin embargo, venia presentando síntomas de reflujo gastroesofágico, tos, y clase funcional II- III ósea presentaba síntomas con la actividad física habitual, limitación funcional ligera o menor a la habitual, limitación funcional moderada, en otras palabras, presentaba fatiga con actividades físicas habituales, siendo este el motivo de consulta.

HECHO 4. Para conocer la respuesta de este hecho es necesario poner en contexto lo siguiente: El paciente **JAIRO FERNANDO MUÑOZ BELLO** en su momento

consulta por un cuadro clínico de aproximadamente 4 años en el cual por hallazgo incidental en radiografía de tórax sugestiva de hernia hiatal, completaron estudio con TAC de abdomen contrastado reportando hernia hiatal gigante contenido estómago, duodeno y yeyuno proximal, tipo III que en otras palabras tenía parte del estómago dentro del tórax, además presentaba tos con las comidas, síntomas de reflujo gastroesofágico y clase funcional II-III ósea síntomas con la actividad física habitual, limitación funcional ligera o menor a la habitual, limitación funcional moderada, en otras palabras presentaba fatiga con actividades físicas habituales, asiste por voluntad propia a consulta externa, siendo valorado por la Dra. especialista cirujana general Giomar Romero el 27/11/2015, posteriormente el Dr. especialista cirujano general Rodrigo Bula el 29/01/2016, el 29/01/2016 es valorado por el Dr. especialista cirujano general Alejandro Escobar Diaz presentando el reporte de los exámenes solicitados previamente phmetria positiva para reflujo gastroesofágico, lo cual quiere decir que el contenido del estómago se devuelve al esófago, este es el examen de elección para hacer ese diagnóstico, alterando la estructura normal ya que el contenido del estómago es ácido y el esófago no tiene la protección adecuada para este ambiente hostil y altera su conformación ocasionándole inflamación crónica o sea esofagitis, otro examen paraclínico la manometría esofágica reportada normal, estudios prequirurgicos coherentes con el artículo de revisión Manejo quirúrgico del reflujo gastroesofágico en la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá de los Drs. **HÉCTOR RENÉ HAZBÓN , EDGAR GERMÁN JUNCA-BURGOS** Rev Colomb Cir. 2011;26:196-206, con estos hallazgos se indica cirugía por el tamaño de la hernia, aunado a los síntomas, también se le explico que se presentaría su caso en junta quirúrgica, lo cual consiste en la reunión de varios cirujanos y se discute el caso para tomar la mejor decisión, es valorado nuevamente por el Dr. Alejandro Escobar en la fecha 01/03/2016, quien en esta ocasión comunica la decisión de la junta la cual fue realizar la intervención quirúrgica por laparoscopia, se explica el procedimiento, riesgos y posibles complicaciones, se diligencia consentimiento informado en donde se consignan los riesgos intraoperatorios como laparotomía, sangrado, perforación esofágica, perforación intestinal, fistula esofagogastrica, mediastinitis, hemo neumotorax, UCI, intubación prolongada, muerte, es firmado por el paciente y su cónyuge CLARA INES GAMBOA, también se explica la indicación clara de la cirugía para evitar riesgos de vólvulo gástrico, obstrucción, estrangulación, sangrado incontrolado o compromiso respiratorio este último ya lo presentaba el paciente al tener clase funcional II-III secundario al contenido de la hernia paraesofagia en el tórax con restricción del mismo para un adecuado movimiento de inspiración y espiración. Lo anterior se describe en la referencia bibliográfica Hernia hiatal Clinical Key 1 de abril de 2021. Copyright Elsevier BV.

El día 02 de mayo de 2016 se le realiza el procedimiento quirúrgico con abordaje inicial laparoscópico, los hallazgos intraoperatorios fueron una hernia paraesofágica tipo II con el estómago y el epiplón mayor (cubierta peritoneal con mayor contenido graso que cubre los órganos intraabdominales) totalmente ascendido al tórax, con un síndrome adherencial severo esto último hace referencia a membranas, estructuras que tenían muy pegados los órganos, durante la liberación de las adherencias del cardias porción límite entre el esófago y estómago, técnicamente

llamado adhesiolisis se observó perforado el esófago que puede derivar de varios factores relacionados como lo son

- El síndrome adherencial severo que presentaba secundario a una hernia hiatal crónica de muchos años de evolución.
- El epiplón mayor totalmente ascendido al tórax.
- Esófago patológico rígido. Secundario a un reflujo gastroesofágico crónico.
- Inserción de cuerpo extraño en el esófago.

Complicación potencialmente contemplada antes de la realización del acto quirúrgico y consignada en el consentimiento informado, descritas en los siguientes artículos Funduplicatura de Nissen laparoscópica: resultados y factores pronósticos Revista de Gastroenterología de México 2012;77(1):15-25, Estado actual de la cirugía laparoscópica esofágica An. Sist. Sanit. Navar. 2005; 28 (Supl. 3): 11-19, Detalles técnicos y morbilidad de la funduplicatura de Nissen laparoscópica en 503 pacientes con reflujo gastroesofágico Rev Chil Cir. Vol 68 - No 2, Abril 2016; pág. 143-149, Hernia de hiato Clinical Key 1 de abril de 2021 Elsevier BV, Tratamiento quirúrgico de las hernias de hiato y sus complicaciones D. Collet, G. Luc, L. Chiche © 2016 Elsevier Masson SAS, para reparar la perforación esofágica y tener un mejor control del esófago se decide conversión de la cirugía laparoscópica a cirugía abierta, se realiza rafia ósea suturar el esófago procedimiento descrito en la publicación "Perforación esofágica. Experiencia clínica y actualización del tema Rev Méd Chile 2005; 133: 1233-124 Italo Braghetto M, Alberto Rodríguez N", se deja un dren tipo tubo a tórax que es un tubo de drenaje, el cual permite identificar escape o fugas en la estructura suturada, se corrige la hernia hiatal y se realiza el procedimiento antirreflujo, se termina el acto quirúrgico a las 20:25, posteriormente se observa sangrado por el dren tipo tubo tórax de 300 cc, inmediatamente se decide la primera reintervención que fue prácticamente inmediata a la culminación del anterior acto quirúrgico (como bien se deja consignado en la nota del registro de anestesia, en donde el paciente ni siquiera se había cambiado a la camilla de transporte para la UCI.) Cabe anotar que en la práctica médico quirúrgica, en ocasiones cuando los pacientes están bajo el efecto de anestésicos generales estos bajan la tensión, por lo tanto, en el intraoperatorio no se detectan sitios activos de sangrado

Se debe anotar que las descripciones quirúrgicas quedan consignadas en historia clínica después terminado el acto quirúrgico, cuando el personal médico deja de operar el paciente y tiene tiempo de consignar en forma escrita los hallazgos y procedimientos realizados. Es por eso que se consignó el segundo acto quirúrgico 3 horas después el 02-05-2016 a las 23:07, pero realmente la reintervención se realizó antes a las 20:25, en la que se identifica sangrado de 1000cc, herida del bazo con sangrado en capa, se decide pasarle puntos a este órgano y hacer compresión externa para facilitar la hemostasia o proceso de formación de coágulos y parada del sangrado con 5 compresas, dada la cercanía de estos órganos y el

síndrome adherencia severo durante la disección, proceso de liberación de adherencias duras y laxas facilitan la lesión de estos órganos, al estar contiguos al estómago su porción fondo, terminado el procedimiento es trasladado a la unidad de cuidado intensivo UCI, en donde evoluciona con resangrado de 500 cc por el dren, decidiendo la segunda reintervención, el 03-05-2016 a las 2:00 y hora final 3:30 ante los hallazgos intraoperatorio de sangrado de 2200 cc perioperatorio recibió transfusión de glóbulos rojas y componentes sanguíneos para tratar la facilidad de sangrado de las estructuras, se decide esplenectomía de urgencia, extirpar el bazo, se aclara que la cola del páncreas está en íntimo contacto con el bazo, por lo cual se puede encontrar en la patología fragmentos del páncreas, pero ello no tiene trascendencia fisiopatológica porque para producir alteración en la función del páncreas se requiere extirpar el 90%, tampoco interfirió en la evolución clínica del paciente, el 04-05-2016 a las 18:50 se realiza la tercera reintervención revisando los puntos en el esófago, lavando la cavidad abdominal, desempaquetando ósea retirar las compresas de la cavidad abdominal, no se observó sangrado, el paciente durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos se le realizaron valoraciones frecuentes, se manejó de manera integral con antibióticos, soporte ventilatorio(respirador), transfusiones sanguíneas y todo lo que requería, logrando mejoría pero con posterior deterioro, ante lo cual se decide revisar en cirugía, cuarta reintervención el día 09-05-2016 a las 00:00 al empezar la anestesia presenta parada cardíaca requiriendo maniobras de reanimación, hallazgo intraoperatorio absceso subfrénico derecho de 300 cc (pus debajo del diafragma) rafia esofágica, puntos esofágicos indemnes, prueba de azul de metileno negativa, lo cual consiste en colocar un colorante azul a través de una sonda nasogástrica en el esófago y verificar si el contenido se extravasa, se lavó la cavidad peritoneal, ante evolución no favorable nuevamente el 11-05-2016 a las 20:36 se realiza la quinta reintervención, sexta cirugía, se realiza procedimiento quirúrgico con prueba de azul de metileno positiva(descrito en Tratamiento quirúrgico de las hernias de hiato y sus complicaciones D. Collet, G. Luc, L. Chiche © 2016 Elsevier Masson SAS.), hallazgo de absceso subfrénico izquierdo de 50 cc cerca la unión esófago gástrica, siendo manejado con colocación de sonda en el esófago y exteriorización de la misma procedimiento de ABOTT descrito en la Rev Méd Chile 2005; 133: 1233-124, para así drenar el contenido del esófago al exterior, no contaminar la cavidad abdominal y la torácica evitando una mediastinitis, drenaje del absceso, lavado peritoneal, procedimiento descrito en la revista Cir Esp 2001; 69: 304-309 Peritonitis postoperatorias, se realizó una cirugía abreviada ante el estado crítico del paciente, evolución posterior con muerte encefálica, siempre se informó a familiares de forma clara sobre el estado del paciente, procedimientos realizados y pronóstico antes o después de cada intervención quirúrgica.

Es de anotar que durante el primer procedimiento quirúrgico el servicio de anestesia el Dr anestesiólogo **ALVARO PINILLA**, conforme a su conocimiento, paso un tubo a tórax al esófago, lo cual se reportó como evento adverso.

En este contexto secuencial, con explicaciones fisiopatológicas y soporte bibliográfico respondo la 4 pregunta, se presentó lesión de órganos no programados para estar intervenidos, pero ello se debió a la hernia hiatal paraesofágica tipo II de

tantos años de evolución mínimo 4 o más, que al tener el estómago en el tórax y el epiploon, altero la disposición normal de los órganos ya que por la presión negativa del tórax tracciona hacia arriba estas estructuras, sumado a ello el síndrome adherencia severo que produce adhesión, estar pegados los órganos a estructuras y el evento adverso que consistió en introducir un tubo a tórax en el esófago, en la literatura esta descrito las lesiones de estos órganos

HECHO 5. Es cierto las 3 reintervenciones en 24 horas, pero en la respuesta anterior se explica el manejo según el estado del arte y referencia bibliográfica ya que en la práctica médica todo se realiza según lo descrito y reportado por la literatura científica, no se improvisan las conductas tomadas.

HECHO 6. Es cierto que durante la liberación de adherencias del cardias esofágico se evidencio perforación del esófago, también es cierto el paso de un tubo a tórax por el Dr **ALVARO PINILLA**, sin haber sido esto solicitado por los cirujanos en el acto quirúrgico. La perforación esofágica es una complicación descrita en las siguientes referencias bibliográficas Revista de Gastroenterología de México 2012;77(1):15-25, An. Sist. Sanit. Navar. 2005; 28 (Supl. 3): 11-19. Rev Chil Cir. Vol 68 - No 2, abril 2016; pág. 143-149, Hernia de hiato Clinical Key 1 de abril de 2021 Elsevier BV, Tratamiento quirúrgico de las hernias de hiato y sus complicaciones D. Collet, G. Luc, L. Chiche © 2016 Elsevier Masson SAS, en este caso particular se presentaron factores como el evento adverso, el hecho de pasar un tubo a tórax en un esófago con inflamación esofagitis por reflujo gastroesofágico documentado por la phmetria examen que es el de elección para este diagnóstico, además la presencia de síndrome adherencial severo, los cuales sumados favorecieron la perforación del esófago.

HECHO 7. Se hizo la conversión a cirugía abierta, intraoperatoriamente no se identificó sangrado, pero se tomó la precaución, bajo el deber objetivo de cuidado se dejó un dren tipo tubo a tórax el cual es grande y permitió detectar el sangrado precozmente como se registra en la historia clínica, esta complicación esta descrita en la revista Tratamiento quirúrgico de las hernias de hiato y sus complicaciones D. Collet, G. Luc, L. Chiche © 2016 Elsevier Masson SAS.

HECHO 8. La herida de bazo grado 2 alude a laceración de 1-3 cm, hematoma menor e 5 cm o hematoma subcapsular del 10-50% del área esplénica

HECHO 9. Es respondido con la respuesta del hecho 7.

HECHO 10 Y 11. La primera cirugía termino a las 20:25, durante la preparación del paciente para el traslado a UCI, se evidencia caída de la tensión arterial con presencia de 300 cc de líquido hemático en dren abdominal, motivo por el cual se reintervino, la revisión del paciente fue prácticamente inmediata a la culminación del anterior acto quirúrgico, lo cual reposa en el registro de anestesia, en donde el paciente ni siquiera se había cambiado a la camilla de transporte para la UCI. recibiendo manejo desde entonces con reanimación lo cual consiste en reponer lo perdido, se debe anotar que las descripciones quirúrgicas quedan consignadas en

historia clínica después terminado el acto quirúrgico, cuando el personal médico deja de operar el paciente y tiene tiempo de consignar en forma escrita los hallazgos y procedimientos realizados. Es por eso que se consigna el segundo acto quirúrgico 3 horas después, se identifica sangrado de 1000cc, herida del bazo con sangrado en capa, se decide pasarle puntos a este órganos y hacer compresión externa para facilitar la hemostasia o proceso de formación de coágulos y parada del sangrado con 5 compresas debajo del diafragma izquierdo, espacio subfrenico, dada la cercanía de estos órganos y el síndrome adherencial severo durante la disección, proceso de liberación de adherencias duras y laxas facilitan la lesión de estos órganos, al estar contiguos al estómago su porción fondo, terminado el procedimiento es trasladado a la unidad de cuidado intensivo UCI.

HECHO12, 13, 14 Y 15 TERCER ACTO QUIRURGICO es cierto que se pasa nuevamente a cirugía, hora inicial: 2:00 y hora final 3:30. Se encuentran como hallazgos intraoperatorios hemoperitoneo de 2200cc (sangre en la cavidad abdominal) con sangrados persistentes del Bazo y epiplón mayor. Para la corrección de estos se realiza esplenectomía de urgencia (resección del Bazo) y omentectomía parcial (resacar parte del epiplón mayor) y nuevo empaquetamiento. Sangrado aproximado 2200 cc, en cavidad abdominal y 500 cc en el dren, se ha de anotar que la cirugía de corrección de hernia hiatal implica la manipulación de todos los órganos intrabdominales del tercio superior del abdomen y unión esófago gástrica. Entonces órganos implicados en la cirugía son: esófago, estómago, intestino delgado (duodeno, yeyuno), hígado, páncreas y bazo. Órganos que se encuentran en íntima relación uno del otro. Dado lo hallazgos del epiplón mayor ascendido al tórax, era evidente la tracción que se ejercía sobre los órganos vecinos hacia el tórax, en este caso el bazo y el páncreas. Lo que los hace propensos a la presentación de laceraciones por la tracción misma y por la manipulación quirúrgica. La cirugía de esplenectomía de urgencia es muy diferente a la esplenectomía de una cirugía programada, dado que en este caso lo que se buscaba era un rápido control del sangrado, la disección de del bazo es mucho más rápida. El bazo es un órgano que se encuentra íntimamente relacionado con el páncreas por su cercanía y compartir irrigación sanguínea, no es infrecuente encontrar en la pieza quirúrgica de resección, tejido pancreático sin que represente problema médico grave la resección de escaso tejido pancreático. Por este motivo se reporta tejido pancreático en la pieza de esplenectomía reseçada.

HECHOS 16. El volumen sanguíneo total corresponde al 7-8% del peso corporal neto, hasta la tercera cirugía el sangrado aproximado fue de 4.500 cc, si bien es cierto que sangro, también es cierto que fue transfundido oportunamente en varias ocasiones para reponer ese valor perdido, de ninguna manera se dejó sangrar sin reponerle las perdidas sanguíneas oportunamente, en registro de la historia clínica del día 03/05/16 a las 05:32:54 se describe bajo protocolo de trasfusión masiva, se transfundió peroperatoriamente en la tercera cirugía 12 unidades de plasma fresco congelado, 12 unidades de glóbulos rojo, 16 unidades de crioprecipitado, 2 aféresis de plaquetas componentes sanguíneos para tratar la coagulopatía, ósea la no formación de coágulos y parada del sangrado.

HECHOS 17. Es cierto que las pruebas de coagulación prequirúrgicas eran normales, pero también es cierto que hay varios factores derivados de la condición clínica del paciente que favorecieron la presencia y persistencia del sangrado abdominal la cirugía prolongada por los hallazgos intraoperatorio de síndrome adherencial severo, la poli-transfusión de hemoderivados, acidosis metabólica, hiperlactatemia (elevación del lactato, que es un producto de la glucosa producido por los tejidos corporales en condiciones de suministro insuficiente de oxígeno) Todo esto condiciona a una coagulopatía (propensión al sangrado) en donde los factores de coagulación y agregantes plaquetarios se encuentran alterados y no permiten la adecuada hemostasia pese a las maniobras realizadas.

HECHOS 18. Es cierto El día 04/05/2016 se realiza revisión quirúrgica y desempaquetamiento retiro de las compresas, donde no se encontraron nuevos sitios de sangrados, no fistulas, no filtración esofágica y suturas sin filtraciones. Se realiza cierre de pared abdominal.

HECHO 19 Y 20. No es cierto, el paciente no adquirió ninguna infección en la clínica, presento en su evolución absceso en la quinta cirugía día 09-05-2016 a las 00:00 al empezar la anestesia presenta parada cardiaca requiriendo maniobras de reanimación, hallazgo intraoperatorio absceso subfrénico derecho de 300 cc(pus debajo del diafragma) rafia esofágica, puntos esofágicos indemnes, prueba de azul de metileno negativa la cual consiste en instalar por la sonda nasogástrica un colorante fuerte azul que en caso de presentarse escape o fuga por alguna estructura se evidencia, en todos los procedimientos se realizó, lavado de la cavidad, esto consiste en irrigar suero estéril en la cavidad para así limpiarla de posibles focos infecciosos, se tuvo el deber objetivo de cuidado de verificando sin los puntos en el esófago presentaban escape, fuga en todas las reintervenciones, sola hasta esta se evidencio la colección, la cual se dreno, lavo y dejaron drenes para evitar se formara nuevamente colecciones

HECHO 21. Es cierto como se ve reflejado en la historia clínica, pues si fui manejado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

HECHOS 22,23,24,25,26,27,28. El día 09/05/2016 El paciente presento mejoría, con retiro del soporte ventilatorio, respirador, muchos paciente en la UCI, presentan cambios en el sensorio, al estar en un ambiente estresante, el sonido de las alarmas, trastorno del sueño por no estar en su entorno habitual, entre otros factores influyen; posteriormente evoluciona con deterioro clínico, con criterios de revisión quirúrgica, se realizó revisión quirúrgica a cargo de la Cirujana especialista Dra. Leidy Agudelo con hallazgos de absceso subfrénico derecho de 300 cc con membranas de fibrina. Líquido turbio en goteras parietocolicas derecha e izquierda, rafia esofágica indemne sin fugas. Se realiza lavado peritoneal y se deja en bolsa de laparotomía (abdomen abierto) coherente con el manejo descrito en Peritonitis postoperatorias M. Caínzos Fernández Cir Esp 2001; 69: 304-309 Durante este procedimiento quirúrgico, inicio de la anestesia el paciente presenta paro-cardiorespiratorio durante 3 minutos, donde requirió de maniobras avanzadas de reanimación a cargo de la Dra. Aida Rojas Anestesióloga. Al presentarse estos

eventos disminuyen el aporte de oxígeno a el cerebro, que al ser prolongado puede lesionar las neuronas dando manifestaciones de déficit neurológico.

HECHO 29. No me consta, manejo según criterio UCI.

HECHO 30,31,32. El día 11/05/2016 se realiza nuevamente revisión quirúrgica a cargo de los Cirujanos especialistas Dr. Jorge Vallejo y Dr. Alejandro Escobar. Como es debido en este tipo de pacientes luego de hallar un absceso intraabdominal para verificar o no la presencia de nuevas colecciones. Los hallazgos intraoperatorios fueron colección subfrenica izquierda de 50 cc de material purulento, prueba de azul de metileno esofágica positiva con perforación de 5mm de la unión gastroesofágica, la cual se corrigió con el procedimiento de ABOTT como esta descrito en este tipo de casos, que consiste en canalizar la fistula al exterior con un tubo en T. Se describe pequeña laceración hepática derivada de la manipulación quirúrgica que no represento mayor problema ni contribuyo al deterioro del paciente. Se resuelve con la colocación simple de un hemostático como es el surgicel fibrilar

HECHOS. 33,34,35. Es cierto que la evolución del paciente fue mala, con falla orgánica múltiple cerebro, renal, hematológica, pulmonar y cardiaco, El 13 de mayo, por medio de examen tomográfico y evaluación neurológica por parte del servicio de Neurología se documenta muerte cerebral y fallece

HECHO 36. Ese fue el informe de medicina legal, pero no se hizo una secuencia fisiopatológica teniendo en cuenta los hallazgos intraoperatorios de hernia hiatal paraesofágica, con epiplón y estomago en el tórax, síndrome adherencial severo, su implicación en la conformación anatómica normal y el aumento de riesgo de lesiones de órganos vecinos, el sangrado presentado, la coagulopatía, politransfusión, soporte de medicamentos vasopresores y su alteración en la cicatrización, factores que sumados produce efectos

HECHO 37 y 38. No me consta

HECHOS 39,41,41,41,43,44. No me consta, pero aclaro que la historia se realizó en clínica Colsubsidio calle 100 con su respectiva cadena de custodia

HECHOS. del 45 al 68 no me consta.

EXCEPCIONES DE MERITO

EXCEPCION INEXISTENCIA DE CULPABILIDAD DE MI REPRESENTADO.

Se sustenta la excepción bajo la siguiente argumentación.

De acuerdo y como se puede visualizar en la historia clínica el paciente **JAIRO FERNANDO MUÑOZ BELLO** (QEPD), ingresa a la clínica COLSUBSIDIO CALLE 100 el día 2 de mayo del 2016, para una cirugía de Hernia Hiatal, cuyo procedimiento sería practicado por una LAPAROSCOPIA, como se puede evidenciar en la historia clínica.

Como es de conocimiento esta clase de procedimientos como la laparoscopia, conlleva a un riesgo inherente, entre ellos la posible perforación de algunos órganos, razón por la cual siempre se debe informar y tomar el consentimiento del paciente quien debe manifestar si acepta o no su práctica, para tal fin de la cirugía el paciente

deberá firmar el **CONSENTIMIENTO INFORMADO**, cuyo formato es suministrado por la EPS y/o la clínica.

Es de precisar que estos procedimientos tienen su propia dinámica, pues si bien es cierto el galeno puede aproximarse, mediante los exámenes que son practicados previamente a la cirugía, esto no quiere decir que se pueda tener un resultado exacto, pues todos los cuerpos no son idénticos en su anatomía y desarrollo, pues la medicina es de medios mas no de resultados, por lo tanto, siempre se tendrá la incertidumbre de que se puedan presentar riesgos inherentes dentro de cualquier procedimiento. Así lo determina la Corte Suprema de Justicia en su sentencia

SENTENCIA 7110- 2017: “Frecuentemente el médico se encuentra con los riesgos inherentes al acto médico, sea de ejecución o de planeamiento, los cuales son inseparables de la actividad médica, por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución. Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconoce que la Medicina es una ciencia en construcción, y, por tanto, apareja la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de ciertos procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa”

SENTENCIA 3272 del 2020: “La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos. El primero arriba definido y el segundo, también según el RAE, es entendido como aquello: “Que por su naturaleza esta de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello. Por esto, dentro del marco de la responsabilidad médica, debe juzgarse que los riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente

pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la Lex Artis”.

No puede entonces, endilgarse la culpabilidad a mi representado, en consecuencia, que cualquier cirugía siempre presenta un riesgo imprevisible, cual siempre se contó con el conocimiento y consentimiento del paciente JAIRO FERNANDO MUÑOZ BELLO, tal como será demostrado con las pruebas aportadas y solicitadas.

En referencia al CONSENTIMIENTO INFORMADO la Corte Suprema Determina lo siguiente en la sentencia 7110 de 2017.

“En los Estados fundados en la inviolabilidad, dignidad y autonomía de las personas (artículos 1º, 12 y 16 de la Carta Política), para la intervención en el cuerpo de un individuo debe por lo general contarse con el permiso o la autorización del propio afectado (principio de autonomía y libertad). La práctica médica, entonces, se encuentra sometida a varios principios esenciales, los cuales tienen no sólo bases constitucionales sino también un claro soporte en normas internacionales de derechos humanos.

De ahí, el consentimiento informado o ilustrado materializa el derecho fundamental de todo paciente a tomar decisiones preponderantes en torno a su salud física y mental, por lo tanto, de someterse libre y voluntariamente al diagnóstico o al procedimiento sugerido por el galeno, una vez ha recibido de éste la explicación suficiente, idónea y clara relacionada con el mismo.

Por esto mismo, el artículo 15 de la Ley 23 de 1981 (Ética Médica), exige al médico no exponer al paciente a “riesgos injustificados” y a solicitar autorización expresa “para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible”, previa ilustración de las consecuencias que de allí se deriven”

Teniendo en cuenta lo expuesto por la Corte, se precisa que por parte de mi defendido nunca se le vulneró el derecho al señor MUÑOZ BELLO, toda vez que el documento del **CONSENTIMIENTO INFORMADO**, si le fue ilustrado el cual fue firmado por el mismo y su señora esposa como se puede evidenciar en el documento, por tanto, para mi defendido siempre primaron los derechos fundamentales del paciente, entre ellos la vida.

Así las cosas, no basta con afirmar que mi prohijado es responsable de la muerte del señor **MUÑOZ BELLO**, pues tal afirmación debe ser probada, así como los hechos en los que descargan la culpa deben quedar probados y demostrados en el curso del proceso.

SEGUNDA: EXCEPCION OPOSICION POR EL CALCULO DESMEDIDO DE LOS PERJUICIOS MATERIALES.

De conformidad con la pretensión de la parte demandante, quien pretende se condene al pago de los perjuicios materiales (daño emergente y lucro cesante) tasando unos valores que no corresponden para nada con la realidad de acuerdo a las últimas declaraciones de rentas que se encuentran aportadas dentro del proceso, respecto de los ingresos que recibía el paciente MUÑOZ BELLO al momento de su fallecimiento, pues se estaría trasgrediendo la justicia y la equidad, por cuanto la tasación de perjuicios no corresponde a la realidad, llevando esto a un enriquecimiento sin justa causa, según lo plantea la Corte Suprema de Justicia en la sentencia 2107 de 2018, por lo tanto, esta defensa presenta objeción a esta pretensión.

“El perjuicio es la consecuencia que se deriva del daño para la víctima del mismo, y la indemnización corresponde al resarcimiento o pago del perjuicio que el daño ocasionó. Este último para que sea reparable, debe ser inequívoco, real y no eventual o hipotético. Es decir, cierto y no puramente conjetural, por cuanto no basta afirmarlo, puesto que es absolutamente imperativo que se acredite procesalmente con los medios de convicción regular y oportunamente decretados y arrojados al plenario. En otras palabras, al margen de dejar establecida la autoría y existencia de un hecho injusto, el menoscabo que sufre una persona con ocasión del mismo, sólo podrá ser resarcible siempre y cuando demuestre su certidumbre, porque la culpa, por censurable que sea, no los produce de suyo. También debe ser directo, esto es, que el quebranto irrogado se haya originado con ocasión exclusiva del suceso arbitrario.

De igual forma, una vez comprobados los presupuestos que integran la responsabilidad civil, entre ellos, el daño, le compete al juez cuantificar la suma correspondiente a cada una de sus tipologías, ya material o inmaterial, que el demandante haya acreditado”.

Así mismo me **OPONGO** a la pretensión y tasación de perjuicios morales en favor de ERIKA JOHANA OCAMPO CORTES y HECTOR GUSTAVO OCAMPO GAMBOA, por cuanto no existe prueba real y directa que acredite relación alguna de parentesco con el señor JAIRO FERNANDO MUÑOZ BELLO (QEPD). Esta excepción la base en lo expuesto por la Corte Suprema de Justicia en la Sentencia P 6029 de 2017.

“El daño moral comporta el menoscabo a la dimensión afectiva, los sentimientos, el amor en la familia, la parte social, los atentados contra el honor, la reputación, las consideraciones sociales; por lo mismo, no puede establecerse a partir de métodos matemáticos como acontece con los perjuicios materiales. Varios criterios han desarrollado la jurisprudencia para calcularlos:

“Dada la inasible naturaleza del daño no patrimonial, debe buscarse, “con ayuda del buen sentido (...) y con apoyo en hechos probados que den cuenta de las

circunstancias personales de los damnificados reclamantes, una relativa satisfacción para estos últimos proporcionándoles de ordinario una suma de dinero que no deje incólume la agresión, pero que tampoco represente un lucro injustificado que acabe por desvirtuar la función institucional que prestaciones de ese linaje están llamadas a cumplir” (sentencia de 25 de noviembre de 1992. Exp. 3382); consideraciones éstas que aun cuando se expresaron con relación al daño moral, resultan perfectamente aplicables a toda clase de perjuicio extra-patrimonial, incluido el daño a la vida de relación.

A diferencia de la estimación de los perjuicios patrimoniales, para los que existen en la mayoría de las ocasiones datos objetivos que sirven de apoyo para su cuantificación, el perjuicio extrapatrimonial ha estado y seguirá estando confiado al discreto arbitrio de los funcionarios judiciales, lo que no “equivale a abrirle paso a antojadizas intuiciones pergeñadas a la carrera para sustentar condenas excesivas, sino que a dichos funcionarios les impone el deber de actuar con prudencia, evitando en primer lugar servirse de pautas apriorística (Resaltado fuera de texto)

No pueden, por tanto, fijarse o establecerse parámetros generales que en forma mecánica se apliquen a la valoración de tal clase de perjuicio, pues cada caso concreto ofrece particularidades que deberán ser apreciadas por el juez al momento de hacer la correspondiente tasación”

TERCERA: EVENTO ADVERSO

Sobre el **EVENTO ADVERSO** define y reitera la jurisprudencia del consejo de estado en la sentencia del 19 de agosto de 2009, expediente 17733 “El evento adverso se ha entendido como aquel daño imputable a la administración por la atención en salud y/u hospitalaria, que no tiene su génesis u origen en la patología de base del paciente, y que puede desencadenar la responsabilidad de los prestadores del servicio de salud –entendidos en sentido genérico–, desde diversas esferas u órbitas legales (...) los eventos adversos, como incumplimiento de la obligación de seguridad y vigilancia, se localizan en el campo de los actos extramédicos toda vez que es en este ámbito en que se pueden materializar los posibles riesgos o circunstancias que sean configurativas de eventos de responsabilidad de la administración sanitaria que no se relacionan con la patología de base; en consecuencia, el deber que se desprende de esa relación jurídica consiste en evitar o mitigar todo posible daño que pueda ser irrogado al paciente durante el período en que se encuentre sometido al cuidado del centro hospitalario. Así las cosas, tanto la doctrina como la jurisprudencia han deslindado la responsabilidad derivada de la falla (culpa) del servicio médico (errores médicos o paramédicos), de aquella que se relaciona con el desconocimiento del deber de protección y cuidado de los pacientes durante su permanencia en el establecimiento sanitario, precisamente por tener un fundamento o criterio obligacional disímil; el primero supone el desconocimiento a los parámetros de la LEX ARTIS y reglamentos científicos, mientras que el segundo está asociado al incumplimiento de un deber jurídico de garantizar la seguridad del paciente. Ahora bien, no supone lo anterior que la responsabilidad de la administración sanitaria se torne objetiva en

el segundo supuesto, como quiera la jurisprudencia de esta Sala ha sido enfática en precisar que la medicina no puede ser considerada una actividad riesgosa, salvo aquellos eventos en los que se empleen aparatos, instrumentos o elementos que conlleven un riesgo para los pacientes, único escenario en que será viable aplicar el título de imputación –objetivo– de riesgo creado o riesgo álea”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un evento adverso (EA) es el resultado de una atención en salud que, de manera no intencional, produce daño al paciente. Existen los eventos adversos prevenibles, es decir, los que conllevan resultados no deseables que se habrían evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado, y los eventos adversos no prevenibles, que se presentan a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. Nuestro sistema obligatorio de garantía de calidad define la seguridad como aquellos elementos de estructura, procesos, instrumentos y metodologías, basados en evidencia científicamente probada que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso o de mitigar sus consecuencias (**Cita tomada de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia**). Así las cosas, la seguridad, por lo tanto, es un atributo fundamental de la calidad de atención, que por sí misma, tiene como propósito ser segura, es decir, libre de daño. Sin embargo, durante su entrega, suceden errores que pueden o no causarle daño al paciente. El error es la falla al terminar una acción como fue planeada (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para terminar una acción (error de planeación). En ocasiones, el error es interceptado antes de que se materialice en la atención. A estos indicios de atención insegura la literatura internacional les llama “call close”. Cuando el error se materializa, pero no causa daño, al paciente se le denomina “near miss”. En Colombia se ha adoptado el concepto de incidente, cuando se causa daño, a este resultado se le denomina evento adverso (**Cita tomada de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia**), infortunadamente, para nuestros pacientes, esto último ocurre con demasiada frecuencia, causando incluso, a veces, la muerte del paciente. Por ello, es posible afirmar que los errores clínicos son causa de morbilidad y mortalidad prevenibles.

Durante el primer procedimiento quirúrgico el Dr. anesthesiólogo **ALVARO PINILLA**, conforme a su conocimiento paso un tubo a tórax al esófago, lo cual se reportó como evento adverso, que derivó en una reunión por tal motivo, pero no está registrado en la historia clínica ya que los eventos adversos al presentarse son reportados en formatos especiales, los cuales son registrados y evaluado por el comité de seguridad del paciente, en ese orden de ideas la institución ha de tener archivado dicho reporte y la conclusión derivada de la reunión suscitada por dicho evento; el tubo a tórax se trata de una estructura rígida que en el contexto de un esófago enfermo con esofagitis, aunado al síndrome adherencial facilitan la perforación esofágica la cual fue evidenciada por el Dr **ALEJANDRO ESCOBAR DIAZ**, durante el procedimiento, situación que no se le puede endilgar, ya que no se tenía planteado durante el procedimiento quirúrgico el paso de esta estructura

“tubo a tórax” que ponía en riesgo la seguridad del paciente, conllevando a resultados no deseables.

CUARTA. EXCEPCION DEDUCCION DE CUALQUIER INDEMNIZACION QUE EL DEMANDANTE HAYA RECIBIDO DE CUALQUIER ENTIDAD.

Sin que, se entienda como reconocimiento alguno para la parte demandante y mucho menos de culpabilidad por parte de mi prohijado, solicito a la señora Juez, que en la eventualidad en que mi representado tenga que cancelar alguna suma de dinero dentro del proceso en curso, dicha suma de dinero le sean deducidos los valores que la parte demandante haya recibido del asunto aquí ventilado, ya sea por medio de aseguradora fiduciaria o alguna otra entidad que le haya reconocido concepto alguno a título de indemnización.

QUINTO. CUALQUIER OTRO HECHO QUE SE DEMUESTRE EN EL PROCESO QUE CONSTITUYA EXCEPCION

Ruego a la señora Juez, que si dentro del trámite procesal observare algún hecho que constituya una excepción que exonere a mi representado de toda responsabilidad la misma sea tenida en cuenta y declarada.

Con base en lo expuesto anteriormente y la argumentación dada solicito muy respetuosamente a su señoría no acceda ni acepte las pretensiones de la demanda y en su lugar se declaren probadas las excepciones propuestas por esta defensa.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundo este contenido en lo dispuesto en los artículos 82 del Código General del Proceso y SS y demás normas concordantes, así como las sentencias de la Suprema Corte de Justicia, C-7110 del 2017, C-3272 del 2020, C-13935 del 2016,

PRUEBAS

PRUEBA PERICIAL

Prueba pericial. Solicito señora juez se decrete como prueba pericial el dictamen del reporte del evento adverso, de los eventos ocurridos el día 02 de mayo de 2016 al señor MUÑOZ BELLO, cuyo reporte será ilustrado por la **TESTIGO TECNICO** que rendirá la enfermera **JESSICA PAOLA BASTOS o quien realice las funciones de referente de eventos adversos o de la seguridad del paciente, en la clínica Colsubsidio calle 100**, quien podrá ser interrogado sobre este informe en la audiencia de practica de pruebas, para lo cual pido un término razonable de 30 días para aportar el dictamen, conforme al art. 227 del CGP., dado que desde la notificación del auto admisorio de la demanda a la fecha no se ha tenido el tiempo suficiente para recoger la información pertinente y elaborar el dictamen pericial. Esta

prueba es pertinente y admisible para probar la excepción de mérito de evento adverso planteada en la demanda.

TESTIMONIALES

1.Solicitamos a la señora juez se tenga en cuenta el testimonio como declaración de parte de mi poderdante el señor **ALEJANDRO ESCOBAR DIAZ**.

2.Se solicita el testimonio como declaración de parte del D.R **JAVIER RICARDO WAGNER VASQUEZ**.

3.Se solita citar a el perito de la contraparte el D.R. **JAIRO HERNANDEZ CUBILLOS**, a audiencia en la que formulare un interrogatorio para controvertirlo.

4. **TESTIGO TECNICO:** Solicito señora juez se sirva decretar el testimonio técnico de la **Dr. LISBETH ALEXANDRA URUEÑA PINZON** identificada con cedula de ciudadanía N° 52.194.334 de Bogotá con domicilio Calle 152 N° 55 A- 10 apto 203,correo electrónico lauruena@epssanitas.com, teléfono:3103492285 , medica cirujana, quien pertenece a la sociedad de cirugía colombiana, además con frecuencia realizan este tipo de procedimientos y nos ilustrara sobre el estado del arte y las diferentes conductas quirúrgicas sobre la hernia hiatal.

5. **TESTIGO TECNICO:** Solicito señora juez se sirva decretar el testimonio técnico del **DR. JACOBO EVARISTO PEREZ PEREZ** identificado con cedula de ciudadanía 19.456.386 de Bogotá, domiciliado Carrera 51 No. 34-125 Tuluá correo electrónico drjacoboperez@hotmail.com, teléfono3154273372, médico cirujano laparoscopista, quien pertenece a la sociedad de cirugía colombiana, además con frecuencia realizan este tipo de procedimientos y piden ilustrar el estado del arte al respecto y las diferentes conductas quirúrgicas.

6. **TESTIGO TECNICO:** Solicito señora juez se sirva decretar el testimonio técnico a la enfermera **JESSICA PAOLA BASTOS**, domicilio trabajo, clínica COLSUBSIDIO calle 100, teléfono 3168253158, quien trabaja en la unidad de registros de eventos adversos seguridad del paciente de la clínica Colsubsidio calle 100, por lo tanto solicitamos se cite con el fin de que interprete y nos ilustre sobre el evento adverso presentado el día de la cirugía del señor **MUÑOZ BELLO**, así como el protocolo institucional de los mismo.

DOCUMENTALES

1. Poder.

2. Fotocopia de la cedula del señor Alejandro Escobar Diaz.

3. Tener en cuenta las pruebas testimoniales.

4. Cuestionario sobre la LEZ ARTIS de la HERNIA HIATAL PARASOFAGICAS realizado por el cirujano **DR. JACOBO EVARISTO PEREZ PEREZ**, laparoscopista, quien será citado para acreditarlo y contextualizarlo actuando como testigo técnico. Es pertinente ya que pertenece a la sociedad de cirugía colombiana, además con frecuencia realizan este tipo de procedimientos y piden ilustrar el estado del arte al respecto y las diferentes conductas quirúrgicas.

5. Cuestionario sobre la LEX ARTIS de la HERNIA HIATAL PARASOFAGICAS realizado por el cirujano **DR. LISBETH ALEXANDRA URUEÑA PINZON**, Cirujana, quien será citada para acreditarlo y contextualizarlo actuando como testigo técnico. Es pertinente ya que pertenece a la sociedad de cirugía colombiana, además con frecuencia realizan este tipo de procedimientos y piden ilustrar el estado del arte al respecto y las diferentes conductas quirúrgicas.

6. Solicito señora juez que oficie a la clínica Colsubsidio de calle 100, con el fin que sea aportado el documento del informe de seguridad del paciente, realizado por el comité de seguridad de la clínica, esto con el fin de demostrar los eventos adversos reportados por el paciente una vez se le practicó la cirugía. Dado que se presentó un evento adverso definido como incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención hospitalaria que condujo a la muerte del paciente, ya que dentro de las causas de perforación esofágica está la instrumentalización del esófago o paso de cuerpo extraño en un esófago ya enfermo por el reflujo gastroesofágico lo cual hace sensible a ser perforado, ello derivó en un reporte de dicho evento y a que se realizara una reunión del comité encargado pero dicho evento, no está registrado en la Historia Clínica. No obstante, nosotros lo estamos tratando de conseguir por medio derecho de petición, y solicitamos sea tenido en cuenta.

7. Historia clínica desde la consulta externa.

8. Resumen de la historia clínica Realizada por mi Prohijado.

9. Literatura Científica frente a la hernia hiatal.

10. Literatura Científica frente a la hernia hiatal.: Peritonitis Postoperatoria autor, M. Caínzos Fernández (Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario. Catedrático de Cirugía. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela).

11. Perforación esofágica autores Italo Braghetto M, Alberto Rodríguez N, Attila Csendes J, Owen Korn B, (Experiencia clínica y actualización del tema).

12. Detalles técnicos y morbimortalidad de la funduplicatura de Nissen laparoscópica en 503 pacientes con reflujo gastroesofágico, autores Drs. Attila Csendes, Juan Carlos Díaz, Patricio Burdiles, Fernando Maluenda¹ (Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.)

13. Trauma esplénico, autor Fabio F. Cortés Díaz (Profesor Asistente de Cirugía General, Departamento de Cirugía, Francisco Buitrago Mejía, Profesor Asistente de Cirugía General, Departamento de Cirugía, Luis Heber Ulloa Guerrero, Profesor asistente, Departamento de Imágenes diagnósticas, Universidad Nacional de Colombia)

14. Tratamiento quirúrgico de las hernias de hiato y sus complicaciones, autor D. Collet, G. Luc, L. Chiche.

15. Complicaciones de la cirugía antirreflujo (IMSS1998) autores Dr. Tomás Zacate-Otero, Dr. Álvaro Montiel-Jarquin, Dr. José Salazar-Ibarguen, Dr. Aurelio López-Colombo.

16. Estado actual de la cirugía laparoscópica esofágica (The present state of esophageal laparoscopic surgery), autores F. M. Martínez Regueira, F. Rotellar, J. Baixauli, V. Valentí, A. Gil, J. L. Hernández-Lizoain.

17. Descripción Clínica Hernia hiatal, (Punto de atención de Elsevier Actualizado el de abril de. Copyright Elsevier BV. Reservados todos los derechos)

18. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico y Hernia Hiatal: Indicación y Técnica Quirúrgica (I- 172).

19. Evolving Options in the Management of Esophageal Perforation authors Clayton J. Brinster, BA, Sunil Singhal, MD, Lawrence Lee, BS, M. Blair Marshall, MD, Larry R. Kaiser, MD, and John C. Kucharczuk, MD (Department of Surgery, Division of Cardiothoracic Surgery, University of Pennsylvania Medical Center, Philadelphia, Pennsylvania).

20. Manejo Quirúrgico del Reflujo Gastroesofágico en la Universidad Nacional de Colombia,

21. sede Bogotá, autores Drs. HÉCTOR RENÉ HAZBÓN, EDGAR GERMÁN JUNCA BURGOS (Palabras clave: reflujo gastroesofágico; esofagitis; monitorización del pH esofágico; funduplicación; laparoscopia).

22. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.

NOTIFICACIONES

Demandado:

Carrera 23 N° 104 A- 14 APTO 105

Correo electrónico: alejandroescobardiaz@gmail.com

Teléfono: 3123207902

GLORIA MERCEDES BARON SERNA, carrera. 9 No 72-81 OFC 606

Correo: Blabogados@baronlemus.com ; gloria.baron@baronlemus.com; baronlemusabogados@telmex.net.co.

Teléfono: 310 2512216

JAVIER RICARDO WAGNER VASQUEZ. Avenida 15 #118-03 consultorio 414

Correo electrónico: jriwagner@gmail.com

Teléfono: 315 3325768

LISBETH ALEXANDRA URUEÑA PINZON: Calle 152 N° 55 A- 10 apto 203

Correo electrónico: lauruena@epssanitas.com

Teléfono: 3103492285

JACOBO EVARISTO PEREZ PEREZ: Carrera 51 No. 34-125, Tuluá

Correo: drjacoboperez@hotmail.com

Teléfono: 3154273372

JESSICA PAOLA BASTO: Clínica Colsubsidio calle 100, teléfono 3168253158, sin correo electrónico.

Demandantes:

De conformidad a los datos de ubicación aportados en el escrito de demanda.

Apoderado: **MARIO IVAN ALVAREZ** carrera 8 N° 15 – 49 Oficina 908 de Bogotá, correo electrónico Mario_ivan_alvarez@hotmail.com.

CLARA INES GAMBOA, Carrera 25 A Bis N° 5 A – 64 de Bogotá

JAIRO CAMILO MUÑOZ GAMBOA, Carrera 25 A Bis N° 5 A – 64 de Bogotá, correo electrónico camilo85310@hotmail.com.

ERIKA JOHANA OCAMPO CORTES, Carrera 25 A Bis N° 5 A – 64 de Bogotá sin correo electrónico.

HECTOR GUSTAVO OCAMPO GAMBOA 316 Westlake Ave Los Ángeles, 90057 de California USA. Sin dirección electrónica.

SANDRA CATALINA PINZON MUÑOZ calle 107 N° 7 A 81 de Bogotá, sin dirección electrónica.

ECZABEL MUÑOZ DE GUARIN, Carrera 70 N° 22 – 75 de Bogotá, sin dirección electrónica.

DANIEL CAMILO GUARIN MUÑOZ, Carrera 79 N° 19 A – 37 de Bogotá, sin dirección electrónica.

LLAMADOS EN GARANTIA

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S:

Carrera 13 A N° 77 A – 63 Piso 5 de esta ciudad, Teléfono 6500200 Ext 306 correo electrónico, notificaciones@famisanar.com.com y lmorenoo@famisanar.com.co.

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR – COLSUBSIDIO

Calle 26 N° 25-50 Piso 9 de Bogotá, correo electrónico Ricardo.reyes@colsubsidio.com. Apoderado calle 28 N° 13 A – 24 Oficina 410 Teléfono 3102531509 – 4929423, correo electrónico Alberto.osuna@osunayarango.com

SEGUROS SURAMERICANA S.A.

Calle 28 N° 13 A- 24 Oficina 517, Teléfono 7518874 correo electrónico manuelg.rueda@gmail.com.

GENERALI COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A – HOY HDI SEGUROS

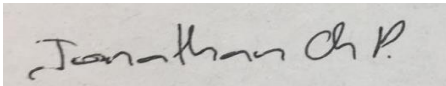
Carrera 7 N° 72- 13 de la ciudad de Bogotá, Apoderado Calle 79 N° 8 – 63 Piso 6 de esta ciudad, correo rvelez@velezgutierrez.com y dariza@velezgutierrez.com.

Apoderado del Demandado.

Avenida Jiménez No.8 A 44 Oficina 619 de la ciudad de Bogotá.

Correo electrónico: joherchaper@gmail.com

Teléfono:3104149509

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature appears to read "Jonathan Ch. P." in a cursive script.

JONATHAN HERNANDO CHAVERRA PEREZ

C. C. No. 71.982.539 de Bogotá

T. P. N°. 33.5386 del C. S. J.