

Señor
JUEZ SEGUNDO PROMISCO MUNICIPAL DE PACHO, CUNDINAMARCA
E.S.D

Ref. RADICADO No. 2020 – 00084

RESTITUCIÓN DE INMUEBLE ARRENDADO DE: SAMUEL LEÓN ACHURY
Contra CÉSAR HERNANDO VANEGAS ÁLVAREZ y
LUZ MIREYA ÁLVAREZ GARZÓN

Nosotros, **CÉSAR HERNANDO VANEGAS ÁLVAREZ y LUZ MIREYA ÁLVAREZ GARZÓN**, mayores de edad, identificados con cédula de ciudadanía No. 11.480.142 de Topaipi (Cundinamarca) y No. 51.870.863 de Bogotá, respectivamente, vecinos y residentes en este municipio, actuando en nombre propio y ejerciendo nuestro Derecho a la Defensa, por medio de este escrito nos permitimos contestar la demanda, en los siguientes términos:

HECHOS

1. Al hecho primero, no es cierto, el contrato de arrendamiento verbal del bien mencionado en el líbello demandatorio, fue celebrado entre el señor **SAMUEL LEÓN ACHURY**, y nuestra hija **JAISEL LILIANA VANEGAS ÁLVAREZ** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.070.005.912 de Cajicá, quien se hace cargo de nosotros por ser adultos mayores, ya que yo, **CÉSAR HERNANDO VANEGAS ÁLVAREZ** sufrí un accidente desde hace varios años el cual me impidió para realizar actividades laborales (anexo copia de documentos médicos), y yo **LUZ MIREYA ÁLVAREZ GARZÓN**, no tengo trabajo solo esporádicamente hago algún oficio; por lo que el señor **SAMUEL LEÓN ACHURY** solamente pacto el contrato con nuestra hija quien es la que trabaja y responde por nosotros.
2. Al hecho segundo, no nos consta, solo lo que nos comentó nuestra hija, se pactó el valor del canon mensual por **QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$500.000)**, sin embargo, nosotros no nos obligamos al pago de ese valor, puesto que, como se menciona en el numeral anterior, nuestra hija fue quien suscribió el contrato de arrendamiento y desconocemos los demás términos de ese contrato.

3. Al hecho tercero, no es cierto, téngase en cuenta señor juez que nosotros no somos los arrendatarios del inmueble, reiteramos que es nuestra hija JAISEL LILIANA VANEGAS ÁLVAREZ

De otra parte, no tenemos conocimiento exacto de todos los pagos que ella efectuó al señor León Achury.

4. Al hecho cuarto, no es cierto, nunca recibimos citación alguna por parte de la inspección de policía. Yo LUZ MIREYA ÁLVAREZ GARZÓN, me dirigí a la Inspección de policía por mandato de mi hija, a finales de enero y principios de febrero de 2021, para que citaran al señor SAMUEL LEÓN ACHURY, porque mi hija lo llamo para pagarle UN MILLÓN DE PESOS (\$1'000.000) y el señor no los quiso recibir.
5. Al hecho quinto, no es cierto, ya nuestra hija JAISEL LILIANA VANEGAS ÁLVAREZ es la arrendataria del inmueble y el señor SAMUEL LEÓN ACHURY le arrendó a ella, de conformidad con lo manifestado en el numeral 1 de la contestación a los hechos de esta demanda.

A LAS PRETENSIONES

Nos oponemos a la prosperidad de las pretensiones de la demanda, con fundamento a que tal y como lo hemos manifestado, el contrato de arrendamiento fue celebrado entre el señor SAMUEL LEÓN ACHURY y JAISEL LILIANA VANEGAS ÁLVAREZ.

Respetuosamente manifestamos al Señor Juez, que formulamos contra la demanda las siguientes:

EXCEPCIONES DE MERITO

FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

La cual se configura en la falta de conexión entre la parte demandada y la situación fáctica constitutiva del litigio; en este caso, la parte arrendataria es nuestra hija JAISEL LILIANA VANEGAS ÁLVAREZ quien fue la que celebró contrato de arrendamiento verbal con el señor SAMUEL LEÓN ACHURY, y por el contrario, nosotros no adquirimos dicha obligación y, como está referenciado en el

numeral 1 de los hechos en este escrito, yo CÉSAR HERNANDO VANEGAS ÁLVAREZ no puedo adquirir trabajo por motivo del accidente laboral que sufrí.

INEXISTENCIA DE CONTRATO:

Tampoco puede señor Juez, atender lo solicitado de dar por terminado el contrato de arrendamiento, que nunca fue celebrado entre el señor SAMUEL LEÓN ACHURY y nosotros, por ende, es un contrato inexistente y desconocemos las condiciones en que se arrendo el inmueble.

PRUEBAS

Rogamos al Señor Juez tener como pruebas, decretar y practicar las siguientes:

DOCUMENTALES:

- 1.- La actuación surtida en el proceso
- 2.- Las documentales aportadas por el actor
3. Documentos médicos de CÉSAR HERNANDO VANEGAS ÁLVAREZ, que se allega.

INTERROGATORIO DE PARTE:

Sírvase Señor Juez, fijar fecha y hora para que en audiencia concurra la demandante SAMUEL LEÓN ACHURY; a fin de que conteste el interrogatorio que oralmente formularemos en forma virtual y/o que oportunamente y mediante mensaje de datos haremos llegar a su despacho.

TESTIMONIALES:

Sírvase Señor Juez, fijar fecha y hora para que en Audiencia concurran a su despacho y/o en forma virtual se hagan presentes las siguientes personas:

1. DANIEL EDUARDO MAHECHA HERNANDEZ, identificado con cedula de ciudadanía No.79356287, quien puede ser notificado en la dirección carrera 34b No 7-53 San francisco de Asis Pacho Cundinamarca, teléfono celular 3228970609, y correo electrónico: mahechainversiones@outlook.es
2. WILKIN EFREN ZAMORA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.073.602.058, quien puede ser notificado en la dirección Calle 8 # 9 – 38 de Pacho Cundinamarca, teléfono celular 310 861 1433, y correo electrónico wilkinefrenz@gmail.com
3. LUIS HERNANDO ZAMUDIO, identificado con cédula de ciudadanía No. 11.524.524 de Pacho, quien puede ser notificado en la casa 13 manzana 3 urbanización altos de Bellavista, del municipio de Pacho (Cundinamarca), teléfono celular 3022377287, y correo electrónico: luishzamudio@gmail.com

A fin de que rindan testimonio sobre lo que les conste en relación con los hechos de esta demanda.

RATIFICACION DE TESTIMONIOS

De conformidad con el inciso primero del artículo 222 del Código General del Proceso, solicito al Señor Juez, fijar fecha y hora para que en Audiencia concurren a su despacho y/o en forma virtual se hagan presentes las siguientes personas:

1. MARIA CARMELA MENA DOMÍNGUEZ identificada con cédula de ciudadanía No. 31.863.094 de Cali
2. JOSE ANDRES ZAMORA RODRIGUEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 1.073.604.444 de Pacho

A fin de que se ratifiquen en las manifestaciones efectuadas en las declaraciones extrajuicio que rindieron cada uno, ante el Notario Único del Circuito de Pacho, las cuales fueron allegadas por la parte demandante como medio probatorio

Para lo cual solicitamos al señor Juez, requerir a la parte demandante, para que suministre los datos de domicilio y demás de Ley, a fin de poder ser citados a comparecer a su despacho.

DE OFICIO

Las que ordene el Señor Juez

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundamentamos el contenido de este escrito en el Artículo 29 de la Constitución Política, Numeral 2 del Artículo 28 del Decreto 196 de 1971, Artículo 96, 222 y 384 del Código General del Proceso.

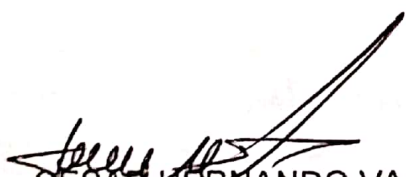
ANEXOS

Los anunciados con las pruebas.

NOTIFICACIONES

Para efecto de notificaciones, serán recibidas en el Primer Piso De La Casa Número 10 de la Manzana 8 de la Urbanización Altos de Bellavista, de Pacho Cundinamarca, o en su defecto en la Secretaría del Juzgado.

Atentamente,



CESAR HERNANDO VANEGAS ÁLVAREZ
C.C. No. 11.480.142 de Pacho (Cundinamarca)



LUZ MIREYA ÁLVAREZ GARZÓN
C.C. No. 51.870.863 de Pacho (Cundinamarca)



Empresa Social del Estado
Nit. 832.002.435-5

HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELLIER CAJICA

Cra. 4 No. 1-21 Cajicá
Tels. (091) 866 2816 866
0809 - 879 5331

RÉGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

FECHA

Día Mes Año

19 FEB. 2014

H.C. N°: _____

Confirmador: _____

Conductor: _____

SIS 412 A
Referencia

Remisión ☐

Interconsulta ☒

Orden de Servicio ☐

Apoyo Técnico ☐

SERVICIO QUE REMITE

Urgencias ☐

Consulta Externa ☒

Hospitalización ☐

Otros ☐

SERVICIO AL QUE SE REMITE

Urgencias ☐

Consulta Externa ☒

Hospitalización ☐

Otros ☐

FECHA DE INGRESO

DIA MES AÑO

FECHA DE EGRESO

DIA MES AÑO

DRA. ANDREA CAMILA URIBE SUAREZ

MD. General R. H. Nacional
Terapeutas alternativos
Farmacología vegetal - F.H.N.
CC-299153 - RM-253590-10

Hora Solicitud: _____

Hora Confirmación: _____

Hora Llegada: _____

Institución a la que se le remite: Colaboradio

CAUSAS DE REMISIÓN

1. Falta Cama ☐

2. Falta Ropa ☐

3. Falta de Equipo ☐

4. Falta de Medico Especialista ☐

5. Falta Suministros ☐

6. Nivel de Competencia ☐

7. Voluntario ☐

8. Otros ☒

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

C.C. ☒

T.I. ☐

C.E. ☐

Nombre del Paciente: Varegas Alvarez Cesar

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombres

FECHA DE NACIMIENTO

DIA MES AÑO

Nº. 114800142

Dirección

Edad: 57

Sexo: F ☐

M ☒

Dirección Residencia: Gran Colombia

Urbana ☒

Rural ☐

Municipio: Cajica

Teléfono: _____

Estrato

Régimen Contributivo ☐

Régimen Subsidiado ☒

SOAT ☐

Persona Responsable del Paciente: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

1. Resumen y Evaluación ☐

2. Fecha y Resultados de Exámenes de laboratorio ☐

3. Diagnostico ☐

4. Tratamientos Empleados ☐

5. Resumen y Evolución ☐

6. Código Causa de Remisión 5400

Dx: Contusión de hombro

Val x ortopedía

Paciente quien persiste con dolor y limitación funcional luego de trauma hace 3 meses

Ministerio de la protección social
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de atención: 1442636 Fecha: 25/02/2014

Entidad responsable del pago: E.P.S-S COLSUBSIDIO

INFORMACION DEL PRESTADOR:

Nombre: UNIDAD FUNCIONA DE ZIPAQUIRA NIT: 8
Codigo: 258990299001 Direccion del prestador: CALLE 10 N. 7-52 CC: 899999032
Telefono: 8522450/60 Departamento: CUNDINAMARCA 25 Municipio: ZIPAQUIRA 899

DATOS DEL PACIENTE

CESAR HERNANDO VANEGAS ALVAREZ
Primer nombre Segundo nombre Primer Apellido Segundo apellido
☐ Registro civil ☐ Pasaporte 11480142
☐ Tarjeta de identidad ☐ Adulto sin identificación Numero documento de identificación
☒ Cedula de ciudadanía ☐ Menor sin identificación Fecha de nacimiento: 1958-05-24
☐ Cedula de extranjeria ☐ Numero único de identificación Telefono: 3125163556
Direccion de residencia habitual: KR 40 18 CENTRO
Departamento: CUNDINAMARCA 25 Municipio: CAJICA 126
Telefono celular: Correo electronico:

SERVICIOS AUTORIZADOS

☒ Consulta externa ☐ Hospitalización Servicio: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
☐ Urgencias

C cups: Cant. Descripción:

890202 1 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA

Numero de solicitud origen: Fecha:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable de pago:

Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización: 5 Reclamo de tiquete, bono o vale de pago:

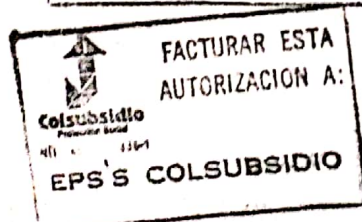
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Cantidad	Valor máximo (tope) en pesos
☐	Cuota moderadora			
☐	Copago			
☐	Cuota de recuperacion			
☐	Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA:

Nombre de quien autoriza: NUVIA YASNITH VARGAS PACHON Telefono:
Cargo o actividad: AUXILIAR I DE AFILIACIONES Celular:

OBSERVACIONES:

SE GENERA AUTORIZACION POR EVENTO, SE REALIZA ENTREGA DE LA AUTORIZACION CONFORME A LAS SOLICITUDES RADICADAS Y SE FIRMA POR EL USUARIO O ACUDIENTE A CONFORMIDAD, SUJETO AUDITORIA MEDICA//VALIDA POR 60 DIAS //



Paciente: VANEGAS ALVAREZ CESAR HERNANDO ID:11,480,142
Edad : A059 Sexo:Masc Entidad: CAJA COMP FAMI COLSU BSIDIO AR
Estudio : RESONANCIA ARTICULACION MIEMBRO SUPERIOR (CODO HOMBRO)

RESONANCIA MAGNETICA DE HOMBRO

Se realizaron secuencias en el plano coronal con información T1, densidad de protones con supresión grasa y T2 con supresión grasa, secuencia sagital con información T2 y secuencia axial gradiente con información T2.

Contornos de la cavidad glenoidea normal.

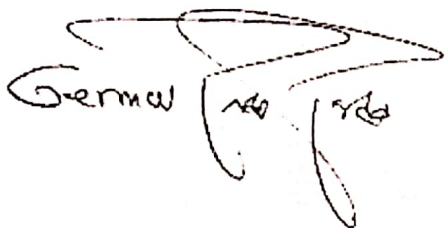
Labrum sin alteración.

Líquido a nivel de la corodera bicipital.

~~Alteración de la intensidad señal a nivel de la porción más distal del tendón del supraespinoso, en relación a tendinosis.~~

~~Engrosamiento crónico agudizado de las fibras del tendón del bíceps braquial, acromion tipo I.~~

Planos musculares y tejido graso normal.



Estudio Interpretado por:

PARDO PARDO GERMAN :
RADIOLOGO (Firma Electronica)
REGISTRO MEDICO 79152397

T1:ELSA

EL CONCEPTO PROFESIONAL INTERESPECIALIDADES EMITIDO PARA ESTE ESTUDIO RADIOLOGICO FUE HECHO POR LOS SIGUIENTES ESPECIALISTAS.

NOTA. Respetado medico tratante. DIAGNOSTICOS E IMAGENES S.A. quiere hacerlo participe de los avances tecnologicos en el campo del diagnostico por radiología. es por esta razon que remitimos en formato CD-ROM el estudio realizado a su paciente para que tenga una evaluacion mas completa y detallada y a la vez se vincule activamente con las nuevas tendencias medica. El proceso para visualizar las imagenes es el siguiente
EN EL ESCRITORIO DEL PC BOTON DERECHO, PROPIEDADES, RESOLUCION PANTALA (cambiar a 1024 X 768), ACEPTAR, DEJAR PANTALLA "SI"

ANEXO TÉCNICO No. 3

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NÚMERO DE SOLICITUD		1 5 0 8 1 1 3 3 9 9		FECHA:		2 0 1 5 / 0 8 / 1 1		HORA:		1 2 : 5 9					
INFORMACION DEL PRESTADOR															
Nombre: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.								NIT		8 9 9 9 9 9 0 3 2					
Codigo:								CC		Numero					
Telefono		091		8524986		Departamento:		1 1		Municipio					
Indicativo		Telefono						0 0 1							
Entidad a la que se le informa (pagador)								CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLOMBIANO		Codigo					
										CCF101					
DATOS DEL PACIENTE															
1er Apellido				2do Apellido				1er Nombre				2do Nombre			
VANEGAS				ALVAREZ				CESAR				BERNARDO			
Tipo Documento de identificación															
☐ Registro civil ☐ Cedula de extranjeria ☒ Cedula de ciudadanía ☐ Menor sin identificación															
☐ Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte ☐ Adulto sin identificación															
Fecha de nacimiento								1 9 5 6 / 0 5 / 2 4							
Direccion de Residencia Habitual								CRA 5 ENOS 1-20							
Departamento								CUNDINAMARCA							
Telefono Celular								3 1 1 5 3 5 5 1 7 4							
Correo Electronico															
Cobertura en salud															
☐ Regimen Contributivo ☐ Regimen Subsidiado Parcial ☐ Poblacion Pobre No Asegurada sin SISBEN ☐ Desplazados															
☒ Regimen subsidiado-Total ☐ Poblacion pobre No Asegurada con SISBEN ☐ Plan Adicional de Salud ☐ Otros															

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atencion		Tipo de servicio Solicitado		Prioridad de la Atencion	
☒ Enfermedad General ☐ Accidente de Trabajo ☐ Evento Catastrofico		☒ Posterior a la atencion de Urgencias		☒ Prioritaria	
☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente de Transito		☐ Servicios Electivo		☐ No Prioritaria	
Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion					
☐ Consulta Externa ☐ Urgencias ☐ Hospitalizacion ☐ Servicio					
Cama					

Manejo Integral según Guía de:

Código CUPS	Cantidad
890302	1
895100	1
903841	1
902210	1
536301	1
835101	1
818301	1

CONSULTA PREANESTESICA
 ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
 GLUCEMIA BASAL
 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERIthrocyTOS INDICES
 ERIthrocyTARIO SLEUCOGramARECuento
 REPARACION VIA ABIERTA DEL MANGUITO ROTADOR
 BURSECTOMIA ABIERTA DE HOMBRO
 ACROMIOPLASTIA VIA ABIERTA

FECHA INGRESO: 11/08/2015 10:58:36 a.m.

FECHA EGRESO:

Justificación Clínica

Paciente con ruptura del supraspinoso cercano a la inserción con bursitis subacromial. Requiere reparación en cirugía. Se espone al paciente procedimientos y riesgos.

Impresión Diagnóstica

Dx Principal

Dx relacionado1

Dx relacionado2

CIE10

M	7	5	1

Descripción

SINDROME DE MANGUITO ROTADOR

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita		ARANGO LUQUE MARIA DE LOS ANGELES		Telefono							
				Indicativo		Numero		Extension			
Cargo Actividad				Celular							

LICENCIADO A: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. NIT [399708032-5]