

Señores

**JUZGADO DÉCIMO (10°) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE CALI (V)**

[adm10cali@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:adm10cali@cendoj.ramajudicial.gov.co) / [of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co)

**E. S. D.**

**REFERENCIA: ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA**

**PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA**

**RADICADO: 76001-3333-010-2017-00348-00**

**DEMANDANTES: AICARDO PERLAZA GAMBOA Y OTROS**

**DEMANDADOS: HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E. Y OTRO.**

**LLAMADO EN GTÍA.: HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. antes LIBERTY SEGUROS S.A. Y OTRO.**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de la compañía **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.** antes **LIBERTY SEGUROS S.A.** la cual cambió de razón social a través de la Escritura Pública No. 1922 del 15 de agosto de 2024 de la Notaria 65 de Bogotá D.C., como se observa en el certificado de existencia y representación que se adjunta; mediante el presente escrito procedo a **REASUMIR** el poder a mi conferido en el proceso de la referencia, y a presentar dentro del término de Ley, **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA**, solicitando desde ya se profiera sentencia favorable a los intereses de mi representada, negando las pretensiones de la demanda por no demostrarse la responsabilidad civil que el líbello inicial endilgó a la parte accionada, **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** ni a **COOMEVA EPS** con fundamento en los argumentos que concretaré en los acápites siguientes:

### **CAPÍTULO I. OPORTUNIDAD**

Teniendo en consideración que mediante Auto de Sustanciación No. 785 del 25 de septiembre de 2024, notificado por estados electrónicos el día 30 de septiembre de la misma anualidad, decidí poner en conocimiento la prueba documental allegada consistente en la certificación de disponibilidad del valor asegurado en la Póliza No. 03 RC000894 por el término de tres (03) días, seguidamente dar por cerrado el debate probatorio y, por último vencido el término anteriormente señalado, esto es los días 1, 2, 3 de octubre se corre traslado para presentar alegatos de conclusión, por lo que el conteo del término inició a partir del vencimiento del término anterior, es decir desde el 4, 7, 8, 9, 10, 11 y 15, 16, 17 y **18 de octubre** (los días 5, 6, 12, 13, y 14 de octubre no se tienen en cuenta por ser días no laborables), por lo anterior se concluye que este escrito es presentado dentro del tiempo previsto para tal efecto.

## CAPÍTULO II. ANÁLISIS PROBATORIO FRENTE A LA DEMANDA

Es importante precisar que el objeto del litigio aquí ventilado corresponde al fijado por el despacho en audiencia inicial, en los siguientes términos:

De conformidad con lo expuesto en la demanda y las contestaciones de las entidades demandadas y llamadas en garantía, el litigio se contrae en determinar si existe o no responsabilidad administrativa y patrimonial por parte de las entidades demandadas, por el presunto daño antijurídico causado a los demandantes, como consecuencia de la presunta falla en la prestación del servicio médico asistencial que dio lugar a la lesión del nervio peroneo izquierdo de GERALDIN PERLAZA RODRIGUEZ, en los hechos ocurridos el 27 de marzo de 2015.

En el evento en que se encuentren acreditados los elementos necesarios para configurar la responsabilidad extracontractual del Estado, se deberá establecer la procedencia de los perjuicios y el monto de la indemnización reclamada con la demanda.

Finalmente, deberá resolverse si las llamadas en garantía deben concurrir al pago total o parcial de la condena en virtud de la relación legal, contractual o sustancial, en que se sustentan los llamamientos en garantía o si prospera alguna de las excepciones propuestas que las exima de lo pretendido por los llamantes <sup>1</sup>.

A partir de dicho problema jurídico, debe precisarse que el presente escrito tiene como fin indicar que durante el trámite probatorio se logró acreditar que no hay responsabilidad del **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** y de **COOMEVA EPS** con relación a las supuestas lesiones causadas a la menor Geraldin Perlaza Rodríguez toda vez que no se estructuraron los elementos *sine qua non* de la responsabilidad en cabeza del ente hospitalario anteriormente señalado, máxime cuando los galenos actuaron conforme a los protocolos de la *lex artis*.

Lo anterior, de conformidad con lo siguiente:

### **A. IMPOSIBILIDAD DE APLICAR EL REGIMEN DE FALLA PRESUNTA, DEBE ANALIZARSE BAJO EL RÉGIMEN DE FALLA PROBADA EN LA CUAL SE ACREDITÓ LA AUSENCIA DE CONFIGURACIÓN DE LA FALLA EN EL SERVICIO MÉDICO PRESTADO POR EL HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.**

De acuerdo con el material probatorio obrante en el plenario, se logró acreditar la ausencia de falla en el servicio endilgada erróneamente al **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** Toda vez que, en primer lugar, es importante señalar al despacho que no se acreditó con prueba técnica, científica o médica que señale que el objeto hallado corresponda a un objeto olvidado por el galeno que realizó la primera atención. En segundo lugar, la atención brindada por esta E.S.E. fue oportuna, diligente y conforme a los protocolos de salud aplicables a su nivel de complejidad, pues se recuerda que esta institución es de primer nivel por lo que no cuenta con especialidades ni mucho menos se encuentra equipado de equipos médicos hospitalarios de complejidad para la práctica de ayudas diagnósticas aún más para el año 2015. Por lo tanto, no es dable que se implemente un análisis del caso bajo el teorema de la falla presunta, este debe conservar la regla general de la falla probada, por lo que la parte actora, tenía la carga probatoria de acreditar la supuesta negligencia, pero tal situación fue abandonada por los demandantes porque no se probó la responsabilidad de las

<sup>1</sup> Acta de audiencia inicial del 16 de marzo de 2023.

entidades demandadas.

Ahora bien, es importante señalar que en este evento tampoco aplica la teoría de *res ipsa loquitur* toda vez que de acuerdo a la jurisprudencia del Consejo de Estado no deben analizarse estos casos bajo el régimen de presunción judicial, sino que acoge un mecanismo de aligeramiento probatorio de evidencia circunstancial a la prueba indiciaria, por lo tanto, tal efecto no significa que la parte pasiva del litigio no pueda acreditar que los hechos son ajenos y no ocurrieron por una acción u omisión de esta. En conclusión, la parte actora no solo con señalar la supuesta falla tiene acreditada su indemnización, sino que debe acreditar la existencia de los elementos de la responsabilidad y que estos ocurrieron por una acción u omisión de la entidad demandada.

Al respecto, GRAU (2017)<sup>2</sup> enuncia:

En los supuestos en que no se pueda realizar la inversión de la carga de la prueba por no tratarse, entre otros motivos, de un daño desproporcionado, y teniendo en cuenta que la carga de probar la culpa del demandado o la negligencia o el nexo causal corresponde al actor, ello no es óbice para dar por acreditada dicha responsabilidad mediante la prueba de presunciones, bastando, para ello, realizar una inferencia lógica por cuya virtud es posible que, a partir de un hecho demostrado se deduzca otro (...) (p. 244).

En ese sentido, la regla de *res ipsa loquitur* termina en todo caso siendo un mecanismo de aligeramiento probatorio mas no generando una presunción judicial frente a la causación directa del daño. Así las cosas, se insiste en que el mencionado proceso deberá analizarse bajo la regla general de falla probada siendo imperativo que los demandantes prueben todos los elementos de la responsabilidad patrimonial del Estado, en ese caso del **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.**

En materia de responsabilidad médica la jurisprudencia del Consejo de Estado se decanta porque de manera general la responsabilidad médica se desarrolla bajo los márgenes del régimen de imputación subjetiva, es decir, bajo la falla del servicio, la cual deberá ser probada por el demandante y, por el contrario, serán excepcionalísimos los casos en que dicha falla se presuma por la simple ocurrencia del daño. Por lo tanto, el demandante tenía la obligación de probar la supuesta negligencia del personal médico o del hospital que reprocha en el escrito de la demanda, toda vez que no es admisible que éste se libere de esta carga, máxime cuando nos encontramos en una justicia rogada y **probada** es decir, debe probarse la causación del daño, la lesión y el nexo causal de estas dos y, además, que esto sea atribuible a la entidad demandada, pues de lo contrario se quebrantaría el nexo causal y no habría juicio o causales para que la Entidad sea condenada.

Se aduce en la demanda que el elemento hallado un mes después de que la menor Geraldin Perlaza Rodríguez acudió al centro de urgencias de la ESE, fue dejado accidentalmente por el galeno que realizó la primera atención, pues este únicamente ordenó saturar a la paciente, pero olvidó retirar un supuesto objeto extraño – vidrio, sin embargo, no se aportó una prueba técnica que así lo acreditase. Por lo tanto, no existe responsabilidad en cabeza de las entidades demandadas dado que no existe ningún elemento que conlleve a tan siquiera pensar en una falla en el servicio.

Al respecto, frente a la falla en el servicio el Consejo de Estado ha señalado lo siguiente:

---

<sup>2</sup> IGNACIO GRAU (2017). La responsabilidad patrimonial sanitaria: aspectos procesales. Madrid: Wolters Kluwers.

(...) La falla del servicio o la falta en la prestación del mismo se configura por retardo, por irregularidad, por ineficiencia, por omisión o por ausencia del mismo. El retardo se da cuando la Administración actúa tardíamente ante la ciudadanía, en prestar el servicio; la irregularidad, por su parte, se configura cuando se presta el servicio en forma diferente a como es lo esperado o lo normal, contrariando las normas, reglamentos u órdenes que lo regulan; y la ineficiencia se configura cuando la Administración presta el servicio pero no con diligencia y eficacia, como es su deber legal. Y obviamente se da la omisión o ausencia del mismo cuando la Administración, teniendo el deber legal de prestar ese servicio, no actúa, no lo presta y queda desamparada la ciudadanía. (...)

En ese sentido y de acuerdo con lo señalado por el Consejo de Estado, el **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** no desentendió ninguna obligación legal ni reglamentaria. Máxime, cuando el galeno que brindó la primera atención lo realizó conforme a los elementos médicos que tenía a su disposición pues la institución médica es de primer nivel por lo que no cuenta con muchos elementos médicos ni especialidades. En segundo lugar, al examen físico no se evidenció que existieran elementos extraños dentro del cuerpo de la paciente. Y, en tercer lugar, no se acreditó que el elemento encontrado hubiese estado desde el 27 de marzo de 2015 o antes. De tal suerte únicamente existe la versión de la parte actora sin soporte probatorio de este modo y entendiendo que las pretensiones de la parte actora no se encuentran soportadas, es factible concluir que no existió omisión y/o falla en el servicio por parte del hospital.

Correspondía a la parte activa determinar si en efecto existió la supuesta omisión y/o falla de los demandados, para que pudiera predicarse, consecuentemente, una falla en el servicio prestado por estos. Máxime, cuando la misma no es susceptible de presunción, por lo tanto, era indispensable que el actor lo acreditara, pero el mismo brilló por su ausencia. En otras palabras, se trata de esclarecer si le asiste razón a la parte actora en determinar si las obligaciones a cargo de aquellas entidades fueron efectivamente quebrantadas. Sin embargo, el mismo brilla totalmente por su ausencia, pues la parte actora no logró acreditar la responsabilidad en cabeza del **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** Al respecto, la jurisprudencia<sup>3</sup> ha enseñado:

La Sala, de tiempo atrás, ha dicho que la falla del servicio ha sido en nuestro derecho y continúa siendo el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado; en efecto, si al juez administrativo le compete una labor de control de la acción administrativa del Estado y si la falla tiene el contenido final del incumplimiento de una obligación a su cargo, no hay duda que es ella el mecanismo más idóneo para asentar la responsabilidad patrimonial de naturaleza extracontractual.

De este modo, y entendiendo que no existen elementos materiales probatorios que acrediten la supuesta omisión y/o falla en el servicio de la entidad demandada, **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** las pretensiones señaladas en el escrito de la demanda no tienen vocación de prosperidad. En el caso particular del HOSPITAL debe decirse que es claro que no hay pruebas que acrediten una falla en el servicio.

En conclusión, no se aportaron pruebas técnicas que acreditaran que el objeto hallado corresponda a un objeto olvidado por el galeno que realizó la primera atención. Por lo tanto, no podrá analizarse el caso bajo el teorema de la falla presunta, pues debe conservar la regla general de la falla probada, por lo que la parte actora tenía la carga probatoria de acreditar la supuesta negligencia. Sin

<sup>3</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. Radicación 05001-23-31-000-1994-02077-01(19723), 10 de marzo de 2011. C.P. Stella Conto Diaz Del Castillo.

embargo, ello fue abandonado por la parte actora a su suerte y no logró acreditar la negligencia configurada en la falla en el servicio en cabeza del **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.**, máxime cuando la atención brindada por este fue oportuna, diligente y conforme al nivel de complejidad de la ESE, esto es primer nivel. Por lo tanto, el despacho deberá negar las pretensiones de la demanda.

**B. SE PROBÓ LA FALTA DE ACREDITACIÓN DE LA CONFIGURACIÓN DE LA FALLA EN EL SERVICIO MÉDICO PRESTADO POR COOMEVA EPS.**

De acuerdo con el material probatorio obrante en el plenario, se logró acreditar la ausencia de falla en el servicio endilgada erróneamente a **COOMEVA EPS**. Toda vez que dentro del plenario no acreditaron cuales fueron las supuestas demoras en autorizaciones de la EPS, ya que la misma siempre autorizó los tratamientos médicos solicitados por los galenos hasta la finalización de la vinculación de la Geraldin Perlaza Rodríguez con la EPS, esto es al 31 de mayo de 2015. Es decir que hasta esa fecha nació la obligación de la EPS por brindar las garantías de acceso al derecho a la salud de la paciente, por lo que una vez se hace efectivo su retiro de la EPS ya no existen vínculos ni motivos para la seguir utilizando ni mucho menos autorizando atenciones médicas a través de Coomeva. Por lo tanto, nótese como no se logró acreditar a **COOMEVA EPS** algún tipo de responsabilidad.

Al respecto, frente a la falla en el servicio el Consejo de Estado ha señalado lo siguiente:

(...) La falla del servicio o la falta en la prestación del mismo se configura por retardo, por irregularidad, por ineficiencia, por omisión o por ausencia del mismo. El retardo se da cuando la Administración actúa tardíamente ante la ciudadanía, en prestar el servicio; la irregularidad, por su parte, se configura cuando se presta el servicio en forma diferente a como es lo esperado o lo normal, contrariando las normas, reglamentos u órdenes que lo regulan; y la ineficiencia se configura cuando la Administración presta el servicio pero no con diligencia y eficacia, como es su deber legal. Y obviamente se da la omisión o ausencia del mismo cuando la Administración, teniendo el deber legal de prestar ese servicio, no actúa, no lo presta y queda desamparada la ciudadanía. (...)

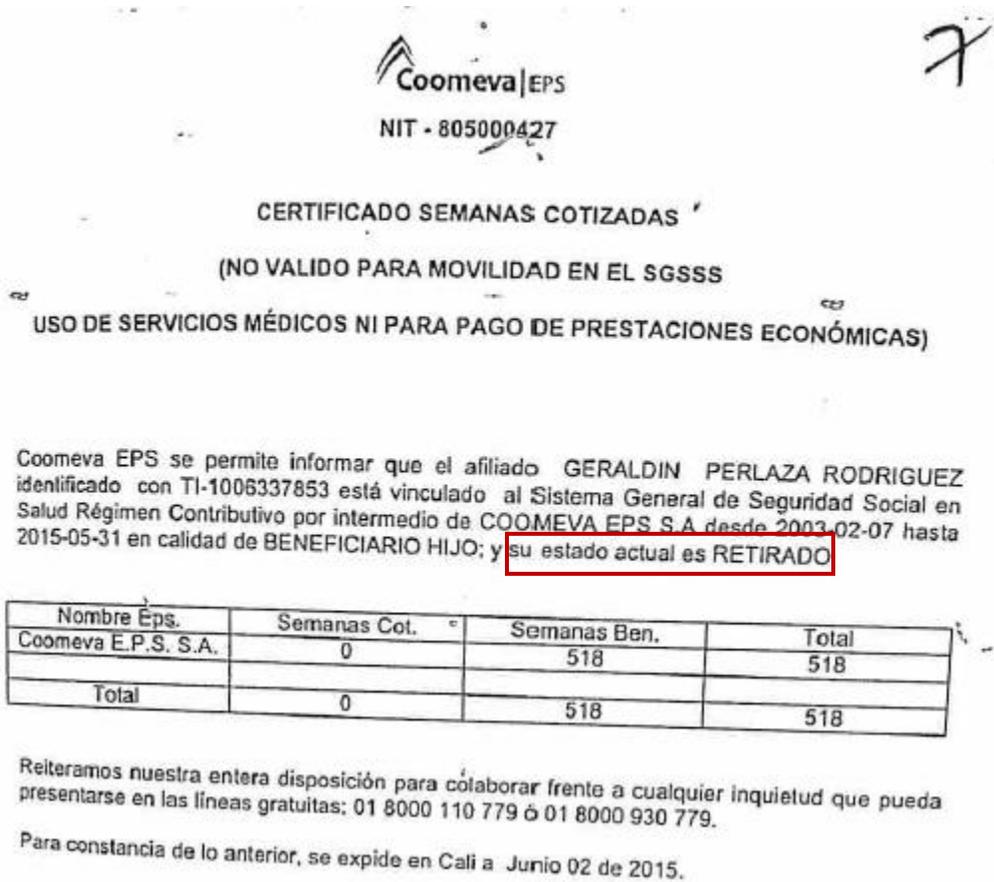
En ese sentido y de acuerdo con lo señalado por el Consejo de Estado, **COOMEVA EPS** no desentendió ninguna obligación legal ni reglamentaria. Máxime, cuando desde el primero momento que la paciente Geraldin Perlaza Rodríguez requirió la asignación de citas, autorización de procedimientos etc. hasta la fecha en la que la aquí demandante estuvo vinculada con la EPS, pues una vez finalizado su vinculación el cargo de acceso a la atención integral de salud pasa a la EPS que fue trasladada o a quien corresponda. De este modo y entendiendo que las pretensiones de la parte actora no se encuentran soportadas, es factible concluir que no existió omisión y/o falla en el servicio por parte de la EPS.

Correspondía a la parte activa determinar si en efecto existió la supuesta omisión y/o falla de los demandados, para que pudiera predicarse, consecuentemente, una falla en el servicio prestado por estos. Máxime, cuando la misma no es susceptible de presunción, por lo tanto, es indispensable que el actor lo acredite. En otras palabras, se trata de esclarecer si le asiste razón a la parte actora en determinar si las obligaciones a cargo de aquellas entidades fueron efectivamente quebrantadas. Sin embargo, el mismo brilla totalmente por su ausencia, pues la parte actora no logró acreditar la

responsabilidad en cabeza de la **COOMEVA EPS** Al respecto, la jurisprudencia<sup>4</sup> ha enseñado:

La Sala, de tiempo atrás, ha dicho que la falla del servicio ha sido en nuestro derecho y continúa siendo el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado; en efecto, si al juez administrativo le compete una labor de control de la acción administrativa del Estado y si la falla tiene el contenido final del incumplimiento de una obligación a su cargo, no hay duda que es ella el mecanismo más idóneo para asentar la responsabilidad patrimonial de naturaleza extracontractual.

De este modo, y entendiendo que no existen elementos materiales probatorios que acrediten la supuesta omisión y /o falla en el servicio de la entidad demanda, **COOMEVA EPS** las pretensiones señaladas en el escrito de la demanda no tienen vocación de prosperidad. Ahora bien, aterrizando lo señalado anteriormente, el material probatorio obrante en el plenario fue acorde y coincide con el buen actuar de la EPS, en especial, lo señalado en la certificación de afiliación, tal y como se indica a continuación:



Es decir que la paciente Geraldin Perlaza Rodríguez estuvo hasta el 31 de mayo de 2015 vinculada con la EPS COOMEVA S.A. después de la fecha su estado pasó a RETIRADO y en ese punto cesó la obligación de asistencia integral de la salud a la paciente, pues sin que medie una vinculación entre la EPS y un usuario no podrán hacerse exigencias con respecto a asignación de citas, solicitud de autorizaciones, etc. Adicionalmente, mientras la paciente estuvo vinculada con la EPS los trámites administrativos se dieron en los tiempos y lapsos oportunos sin que existieran demoras injustificadas como erróneamente lo planteó la parte actora.

<sup>4</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. Radicación 05001-23-31-000-1994-02077-01(19723), 10 de marzo de 2011. C.P. Stella Conto Diaz Del Castillo.

En conclusión, no ocurrió una falla en el servicio en cabeza de **COOMEVA EPS**, máxime cuando garantizó el acceso efectivo al servicio integral de salud, sin trabas, tardanzas ni mucho menos negación de autorización de servicios, pues la parte actora no logró acreditar lo contrario y en ese sentido la EPS deberá ser exonerada de todo tipo de responsabilidad máxime cuando mediante el acto administrativo materializado en la Resolución número L002 del 24 de enero de 2024 se declaró terminado la existencia legal de COOMEVA EPS En Liquidación.

**C. SE ACREDITÓ QUE LAS OBLIGACIONES DE LOS MÉDICOS SON CATALOGADAS DE MEDIOS Y NO DE RESULTADOS.**

La institución médica y los galenos que atendieron a la menor Geraldin Perlaza Rodríguez pese a haber tenido una obligación de medio únicamente, le brindaron la asistencia médica, realizaron examen físico y determinaron con claridad cuál era su diagnóstico por lo que procedieron a suturar la herida conforme lo establece los protocolos de la *lex artis*. Es menester indicar, como se ha reiterado a lo largo de este escrito, que no se acreditó la responsabilidad de los aquí demandados, pues no existe una relación causa y efecto entre la primera atención y la consulta del mes después.

Ahora bien, la profesión liberal de la medicina está radiada de eventualidades intrínsecas y extrínsecas de la salud humana que escapan a la previsibilidad y control de los médicos que la emplean y ejercen, es por eso que dicha situación ha merecido incluso una reglamentación de naturaleza legal que se cita:

(...) Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud. Modificado por el art. 104, Ley 1438 de 2011. Entendido como el conjunto de acciones orientadas a la atención integral del usuario, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas dentro del perfil que le otorga el respectivo título, el acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medios, basada en la competencia profesional (..)

La obligación del médico entonces radica en poner a disposición de la paciente los medios adecuados comprometiéndose no solo a completar las técnicas previstas para tratar, auscultar o palpar la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis, sino a aplicar estas técnicas con el cuidado y apego técnico exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención, y, en particular, a proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención.

En conclusión, es palmario que el **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** y **COOMEVA EPS** en atención a sus deberes legales, prestó todos los servicios cumpliendo con los protocolos establecidos en la *lex-artis*, así mismo, veló por la salud de la paciente hasta donde humanamente les fuera posible de acuerdo al nivel de complejidad de la ESE, esto es, primer nivel. Por lo cual, se insiste, que no hay responsabilidad atribuible a la aquí demanda ni mucho menos a mi prohijada.

**D. DE LA ORFANDAD PROBATORIA SOBRE LA EXISTENCIA DE LOS PERJUICIOS ALEGADOS POR LA PARTE ACTORA – EXCESIVIDAD EN LAS SOLICITUDES INDEMNIZATORIAS - ÁNIMO INJUSTIFICADO DE LUCRO.**

Es de común conocimiento que es responsable del resarcimiento del daño quien lo haya producido con su conducta omisiva o activa, en este caso, la imputación fáctica del daño y la falla del servicio no pueden ser analizadas desde una perspectiva ideal, crítica o abstracta del funcionamiento del servicio, sino que requieren ser estudiadas desde un ámbito real que consulte las circunstancias de tiempo, modo, lugar y la capacidad de la administración pública al momento de su producción, y por los argumentos expuestos en párrafos anteriores es claro que el daño que se invoca irrogado por los integrantes del extremo activo, deriva de circunstancias propias de conductas de terceros.

A nivel jurisprudencial el Consejo de Estado<sup>5</sup> ha determinado lo siguiente en relación a la carga de la prueba:

OMISION PROBATORIA DE LAS PARTES - Aplicación del principio de autorresponsabilidad de las partes / PRINCIPIO DE AUTORRESPONSABILIDAD - Omisión probatoria / PRUEBA - Carga de la prueba. Aplicación del principio de autorresponsabilidad de las partes Las consecuencias de la omisión probatoria advertida en el plenario obedecen a lo dispuesto por el artículo 177 del C. de P. Civil, de conformidad con el cual “[i]ncumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”, norma que consagra, en estos términos, el principio de la carga de la prueba que le indica al juez cuál debe ser su decisión cuando en el proceso no se acreditan los hechos que constituyen la causa petendi de la demanda o de la defensa, según el caso. **Carga de la prueba sustentada, como ha precisado la Sección, en el principio de autorresponsabilidad de las partes, que se constituye en requerimiento de conducta procesal facultativa exigible a quien le interesa sacar adelante sus pretensiones y evitar una decisión desfavorable.** (...) en el caso concreto resulta evidente que la carga de la prueba recae en quien pretende, de manera que es la parte actora la que debe soportar las consecuencias de su inobservancia o descuido, esto es, un fallo adverso a sus pretensiones relacionadas con las obras e ítems extras y adicionales, pues ese es el efecto que se desprende del hecho de que no obre en el plenario el anexo n.º 1, el pliego de condiciones y la oferta presentada en el proceso de selección adelantado por Ecopetrol. (negrilla y subrayada por fuera del texto original)

Por lo anterior, es la parte actora a quien le correspondía acreditar y corroborar los fundamentos fácticos y pretensiones relacionadas en el escrito de la demanda al operador judicial, sin embargo el mismo brilla por su ausencia, puesto que el actor no se ocupó de probar cuáles fueron las actuaciones antijurídicas, el daño y el nexo causal que fundamentaron la litis en cabeza del **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** y de **COOMEVA EPS**, máxime cuando se trata de un proceso que debe analizarse bajo los efectos de la falla probada y en razón de la ausencia de material probatorio, el fallador deberá indudablemente negar todas y cada una de las pretensiones de la demanda.

<sup>5</sup>Sentencia Consejo de Estado. Sección Tercera – Subsección B. 29 de octubre de 2012. Radicado: 13001-23-31-000-1992-08522-01(21429)

- **Respecto al daño moral**

Ahora bien, **frente al daño moral** es menester indicar al despacho que bajo ningún escenario podrá reconocerse la suma de 100SMLMV para cada uno de los demandantes por las supuestas lesiones de la menor Geraldin Perlaza Rodríguez. El Consejo de Estado tiene establecido unos baremos para el reconocimiento de perjuicios morales en caso de lesiones que corresponden al nivel de gravedad y la relación de parentesco y/o afectividad con las víctimas directas. Sin embargo, dentro del plenario no se acreditó con un documento o una sola prueba que diera cuenta de las supuestas secuelas psicológicas padecidas por la demandante, como tampoco se acreditó a través de prueba médica, técnica o dictamen el porcentaje de pérdida de capacidad laboral – PCL, para que se solicite el máximo de 100SMLMV como si Geraldin hubiese sido declarada como invalida. Por lo tanto, al no existir ninguna prueba que acredite las supuestas afectaciones de los aquí demandante el despacho deberá negar su reconocimiento.

- **Respecto al daño a la salud**

Así mismo, **Frente al daño a la salud** se evidencia que se solicitó bajo una premisa completamente errada. Lo anterior, toda vez que no se acreditaron las lesiones físicas o las supuestas secuelas padecidas por la demandante en razón a la atención brindada por el **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** y **COOMEVA EPS.** Así como tampoco se aportó elemento técnico alguno que evidenciara la gravedad de la misma. Por lo cual, al no estar probados estos elementos esenciales, lo alegado en el líbello inicial tendrá que tenerse por desestimado. Adicionalmente, se solicita la suma de 100 SMLMV, para la víctima directa como si esta hubiese sido declara una persona invalidad, cuando no es cierto. En tal virtud, al no existir un documento que pruebe la gravedad de la lesión y ante la desmesurada solicitud del daño a la salud estimado en 100 SMLMV para la supuesta víctima directa, es claro que no podrá proceder tal pretensión, toda vez que es la errónea tasación de este perjuicio, en tanto el mismos resulta claramente exorbitante e improcedente por ausencia de elementos probatorios.

- **Frente a la “Pérdida de la Oportunidad”.**

En el escrito de la demanda se solicita el reconocimiento por “pérdida de la oportunidad”, sin embargo, el mismo resulta antitécnico e improcedente, toda vez que, en primer lugar, actualmente en la jurisdicción contenciosa administrativa no se encuentra reconocido como una tipología independiente de perjuicio inmaterial y en segundo lugar, no se indica cual la oportunidad que perdió la menor Geraldin Perlaza Rodríguez pues la parte actora solo se limitó a mencionar o señalar el titulo pero no explicó las razones por las cuales se debe reconocer este perjuicio a cargo de las demanda, así como tampoco se ocupó de probarlo a través de los medios probatorios existentes. Por esta sencilla razón, no se puede reconocer valor alguno, pues no existe material probatorio que tan siquiera acredite su causación.

Como se tiene que este perjuicio solo ha sido reconocido por el Consejo de Estado, la sala precisó que esta pérdida de oportunidad es un daño autónomo, el cual demuestra que no siempre comporta la vulneración de un derecho subjetivo, toda vez que la esperanza de obtener un beneficio o de evitar una pérdida mayor forma un bien jurídicamente protegido, cuya afección debe limitarse a la oportunidad en sí misma, con exclusión del resultado final incierto, esto es, al beneficio que se

esperaba o a la pérdida que se pretendía eludir, los cuales constituyen otros tipos de daño. Además, debe señalarse que los daños deben ser ciertos y acreditados, sin embargo, la pérdida de la oportunidad es un perjuicio incierto, pues los demandantes tenían que acreditar la supuesta oportunidad que perdió.

En ese sentido, vale la pena resaltar que el concepto de “pérdida de la oportunidad” ha sido acogido y desarrollado únicamente por el órgano de cierre de la jurisdicción contencioso administrativa (Consejo de Estado), que significa que es un fundamento de daño, derivado de la lesión a una expectativa legítima, cuya reparación depende de la presencia de los siguientes supuestos: **i) incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar; ii) certeza de la existencia de una oportunidad; y iii) certeza sobre la extinción irreversible de la posibilidad.** En conclusión, es más que notorio que no aplica para el caso en mención pues no hay evidencia científica o médica que indique cual fue la supuesta oportunidad que perdió la menor Geraldin Perlaza Rodríguez

### **CAPÍTULO III. ANÁLISIS FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA REALIZADO POR EL HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.**

Es menester manifestar al despacho que la vinculación de mi prohijada **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.** antes **LIBERTY SEGUROS S.A.** se dio a través del llamamiento en garantía formulado por el **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** por los contratos de seguro documentados en la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 y la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 633899** cuya vigencia corrió desde el 11 de mayo de 2018 al 11 de mayo de 2019. Así las cosas, la mera vinculación de una aseguradora al proceso en virtud de unos contratos de seguros existentes no genera implícitamente que la póliza deba afectarse, cuando es obligatorio que se cumplan las condiciones particulares y generales de la misma.

Ahora bien, en el hipotético y eventual caso en que se acceda favorablemente a las pretensiones del extremo activo en este litigio, se precisa advertir cuáles fueron las condiciones generales y particulares pactadas en el contrato de seguro que sirvió de base para efectuar el llamamiento en garantía contra mi representada, pues son esas las que definen el amparo otorgado, las exclusiones, el límite asegurado o suma asegurada, el deducible y las demás estipulaciones del aseguramiento, las cuales se constituyen como las únicas pautas contractuales que determinan el marco de las obligaciones de las partes en el contrato de seguro, advirtiendo desde ya que la misma no presta cobertura temporal. Por lo tanto, de ella se puede establecer qué eventos generan o no obligación a cargo de la aseguradora, entendiendo incorporado en todo este contexto el régimen legal vigente a la celebración del contrato.

Por lo cual, se solicita al despacho la desvinculación de mi prohijada **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.** antes **LIBERTY SEGUROS S.A.** debido a lo siguiente:

**A. SE ACREDITÓ LA FALTA DE COBERTURA TEMPORAL EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD – CLAIMS MADE No. 451915 Y No. 633899.**

Se acreditó que no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 y la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 633899** cuya vigencia corrió desde el 11 de mayo de 2018 al 11 de mayo de 2019 **no ofrecen cobertura temporal**, toda vez que no se cumplieron los requisitos de la modalidad bajo la cual fue pactada, esto es “*Claims Made*”. Si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia y retroactividad respectivamente pactados en las pólizas, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de audiencia de conciliación realizada el día 27 de marzo de 2017, según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 166 Judicial II para Asuntos Administrativos, es decir que **la reclamación al asegurado, se realizó por fuera de la vigencia de la póliza, dejando por fuera la cobertura y el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de pólizas.**

Ahora bien, si bien es cierto que entre mi representada y el **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** se celebró el negocio asegurativo documentado en las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 y la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 633899** cuya vigencia corrió desde el 11 de mayo de 2018 al 11 de mayo de 2019, se debe recordar que en dichos contratos de seguro también se concertó una delimitación temporal de la cobertura, con fundamento en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997; esta norma determinó que en el seguro de responsabilidad, la cobertura podrá circunscribirse a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

Las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 y la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 633899** cuya vigencia corrió desde el 11 de mayo de 2018 al 11 de mayo de 2019 operan bajo la modalidad de cobertura denominada “*Claims Made*”, en virtud de la cual se deben cumplir de manera simultánea, los siguientes requisitos: (i) Que los hechos ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado y, (ii) Que los eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza.

Descendiendo al caso concreto tenemos que, en el caso particular, si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia y retroactividad respectivamente pactados en las pólizas, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de audiencia de conciliación realizada el día 27 de marzo de 2017, según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 166 Judicial II para Asuntos Administrativos, tal y como se observa en la imagen adjunta:

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL  
PROCURADURÍA 166 JUDICIAL II PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

**Radicación N.º 64241 del 27 de marzo de 2017**

Convocante (s): AICARDO PERLAZA GAMBOA Y ROSA LINDA RODRIGUEZ CORTES, quienes actúan en nombre propio y en representación de su hija menor GERALDIN PERLAZA RODRIGUEZ

Convocado (s): SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD - HOSPITAL SANTA MARGARITA ESE - COOMEVA EPS

Medio de Control: REPARACIÓN DIRECTA

Siendo así, la reclamación al asegurado se realizó por fuera de las vigencias de los referidos contratos de seguro, razón por la cual no existe a cargo de mi representada obligación de indemnizar, por cuenta de las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 y la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 633899** cuya vigencia corrió desde el 11 de mayo de 2018 al 11 de mayo de 2019, pues si bien estuvieron vigentes para el momento en que se supone ocurrieron los hechos, no lo estaban **para la fecha en que se hizo la reclamación al asegurado, dejando por fuera de la cobertura el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de pólizas.**

Se concluye que al no reunirse los presupuestos para que opere las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 y la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 633899** cuya vigencia corrió desde el 11 de mayo de 2018 al 11 de mayo de 2019 pactada bajo la modalidad de “Claims Made”, la cual sirvió como sustento para llamar en garantía a mi representada, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de esta.

**B. SE PROBÓ LA INEXIGIBILIDAD DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. antes LIBERTY SEGUROS S.A POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD – CLAIMS MADE No. 451915 Y No. 633899.**

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que, no se realizó el riesgo asegurado en las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 y la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 633899** cuya vigencia corrió desde el 11 de mayo de 2018 al 11 de mayo de 2019. En el expediente ciertamente no está demostrada la responsabilidad que pretendió el extremo activo endilgar al **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** Lo anterior, toda vez que el actor no cuenta con pruebas fehacientes para determinar la causación de los supuestos daños materiales e inmateriales sufridos a cargo del Hospital. Por el contrario, se encuentra probada la adecuada gestión y actuación de los galenos en la atención brindada a la menor Geraldin Perlaza Rodríguez conforme al nivel de complejidad del Hospital, esto es nivel I. Por lo tanto, no se acreditó dentro del plenario ningún elemento demostrativo útil, conducente y

pertinente que permita atribuir falla, omisión o retardo del hospital, que derive en un daño causado a los demandantes.

En este orden de ideas, en concordancia con todo lo referenciado a lo largo del presente escrito, se propone este alegato toda vez que **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.** antes **LIBERTY SEGUROS S.A.** no está obligada a responder, de conformidad con las obligaciones expresamente estipuladas y aceptadas por las partes en el contrato de seguro. Así entonces, es necesario señalar que, al tenor de las condiciones generales documentadas en los contratos de seguro vinculados así:

- **La Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 el amparo que se pretende afectar con la presente acción se pactó así:

OBJETO DE LA MODIFICACION:  
DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO  
DERIVADA DE LOS ERRORES Y OMISIONES COMETIDOS POR EL PROFESIONAL MEDICO VINCULADO CON LA INSTITUCION, DENTRO DEL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD MEDICA.

- **La Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 633899** cuya vigencia corrió desde el 11 de mayo de 2018 al 11 de mayo de 2019, el amparo que se pretende afectar con la presente acción se pactó así:

CONDICIONES GENERALES: NOVIEMBRE DE 2016  
AUTOMÁTICO DEL LIMITE ASEGURADO // ERRORES E INEJECUCIONES DIFERENTES A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD  
- RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE ACTOS ADMINISTRATIVOS DERIVADAS DE ABANDONO O NEGATIVA DE ATENCION MEDICA  
- EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA INDIVIDUAL DE LOS MEDICOS O INTERVINIENTES EN EL ACTO MEDICO QUE PRESTEN SERVICIOS DENTRO DE LA INSTITUCION MEDICA BAJO CUALQUIER TIPO DE CONTRATO, LOS CUALES DEBEN TENER SU PROPIA POLIZA  
TERMINOS Y CONDICIONES SEGUN CLAUSULADO DE LIBERTY.

Partiendo de lo anterior, es válido afirmar que el riesgo trasladado que consiste en el amparo de los perjuicios causados a un tercero derivado directamente de una lesión o daño material causado directamente por errores u omisiones en la ejecución del acto médico por parte del asegurado, sin embargo, dicha situación no ocurrió ni se acreditó dentro del plenario pues no existe ningún elemento demostrativo útil, conducente y pertinente que permita atribuir falla, omisión o retardo del hospital, que derive en un daño causado a los demandantes.

En conclusión, al no reunirse los supuestos para que se configure la responsabilidad, claramente no se ha realizado el riesgo asegurado en las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 y la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 633899** cuya vigencia corrió desde el 11 de mayo de 2018 al 11 de mayo de 2019 que sirvió como sustento para llamar en garantía a mi representada. En tal sentido, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de la aseguradora.

**C. EN TODO CASO DEBERAN TENERSE ENCUENTA LAS EXCLUSIONES DE AMPARO CONCERTADAS EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD – CLAIMS MADE No. 451915 Y No. 633899.**

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del contrato de seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza. En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera: *“Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro”*<sup>6</sup>.

Así las cosas, se evidencia cómo por parte del órgano de cierre de la jurisdicción de lo contencioso administrativo, se exhorta a los jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los contratos de seguro. Razón por la cual, es menester señalar que las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 y la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 633899** cuya vigencia corrió desde el 11 de mayo de 2018 al 11 de mayo de 2019, señala una serie de exclusiones, las cuales solicito aplicar expresamente al caso concreto.

Por otro lado, si bien la Circular Básica Jurídica establece que las exclusiones deben constar en la primera página de la póliza y en caracteres destacados, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en Sentencia de unificación No. SC328 del 21 de septiembre de 2023 ha aclarado que lo necesario es que deban empezar en la primera página de la póliza, más no de su carátula, y en caracteres destacados para que tengan eficacia. Criterios que se cumplen dentro del proceso, pues las exclusiones se encuentran desde la primera página del condicionado en caracteres destacados de forma ininterrumpida.

Lo anterior, en estricto cumplimiento del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero:

Artículo 184. Régimen de pólizas y tarifas.

(...)

2. Requisitos de las pólizas. Las pólizas deberán ajustarse a las siguientes exigencias:

- a. Su contenido debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, al presente estatuto y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva;
- b. Deben redactarse en tal forma que sean de fácil comprensión para el asegurado. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles, y
- c. **Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza. (negrilla y subrayado por fuera del texto original).**

<sup>6</sup> Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020.

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia-Sala de Casación Civil mediante la sentencia de unificación No. **SC328 del 21 de septiembre de 2023**, señaló que:

Ahora bien, con el propósito de aquilatar la hermenéutica de la norma en cuestión, debe recordarse que, conforme lo establece el artículo 1046 del Código de Comercio, se denomina póliza al documento que recoge el contrato de seguro. Esta póliza en sentido amplio contiene, como se ha visto, (i) la carátula, en la que se consignan las Por lo que tal, condiciones particulares del artículo 1047 ibídem y las advertencias de mora establecidas en los cánones 1068 y 1152 del mismo Código; (ii) el clausulado del contrato, que corresponde a las condiciones negociales generales o clausulado general; y (iii) los anexos, en los términos del artículo 1048 ejusdem.

En ese sentido, se insiste en que el ordenamiento mercantil diferencia con claridad la carátula de la póliza de la póliza misma, y que, dada esa distinción, no cabe sostener que la regla del precepto 184 del ESOF debe cumplirse incluyendo los amparos básicos y las exclusiones, «en caracteres destacados» en la referida carátula.

Cuando la norma en cita alude a «la primera página de la póliza» debe entenderse que se refiere a lo que esa expresión significa textualmente, es decir, al folio inicial del clausulado general de cada seguro contratado, pues es **a partir de allí** donde debe quedar registrado, con la claridad, transparencia y visibilidad del caso, uno de los insumos más relevantes para que el tomador se adhiera, de manera informada y reflexiva, a las condiciones negociales predispuestas por su contraparte: la delimitación del riesgo asegurado.

Conforme a lo anterior, las exclusiones son eficaces siempre que consten en caracteres destacados y comiencen a partir de la primera página de las condiciones generales de la póliza, tal y como lo reconoció la Corte Suprema de Justicia; exigencia que se cumple en el caso de marras, toda vez que las exclusiones fueron estipuladas a partir de la primera página de las condiciones generales de la póliza.

Sobre la ubicación de las exclusiones pactadas en el instrumento asegurativo, en la Circular Básica Jurídica 029 de 2014, de la referida entidad, se reafirmó la postura realizando una regulación de la emisión de las pólizas y del contenido que estas debían tener, así:

#### 1.2.1. Requisitos generales de las pólizas de seguros:

Para el adecuado cumplimiento de lo señalado en el numeral 2 del art. 184 del EOSF las entidades aseguradoras deben redactar las condiciones del contrato de forma que sean claramente legibles y que los tomadores y asegurados puedan comprender e identificar las definiciones de los riesgos amparados y las obligaciones emanadas del negocio celebrado. Para ello, las pólizas deben incluir, cuando menos, la siguiente información:

##### 1.2.1.1. En la carátula:

1.2.1.1.1. Las condiciones particulares previstas en el art. 1047 del C.Co.

1.2.1.1.2. En caracteres destacados o resaltados, es decir, que se distingan del resto del texto de la impresión, el contenido del inciso 1º del art. 1068 del C.Co. Para el caso de los seguros de vida, el contenido del art. 1152 del mismo ordenamiento legal.

##### 1.2.1.2. A partir de la primera página de la póliza (amparos y exclusiones)

**Los amparos básicos y todas las exclusiones que se estipulen deben consignarse en forma continua a partir de la primera página de la póliza.** Estas deben figurar en caracteres destacados o resaltados, según los mismos lineamientos atrás señalados y, en términos claros y concisos que proporcionen al tomador la información precisa sobre el verdadero alcance de la cobertura contratada. No se pueden consignar en las páginas interiores o en cláusulas posteriores exclusiones adicionales en forma distinta a la prevista en este numeral. (Negrilla fuera de texto).

En ese sentido, la regulación de la Superintendencia Financiera de Colombia, es completamente clara, pues indica que los amparos y exclusiones deben consignarse a partir de la primera página de la póliza, esto es, no de forma restrictiva en la carátula de la misma, puesto que, por razones prácticas, por imposibilidad física, y por las indicaciones legales referidas, no es viable que confluyan en esta misma página del contrato de seguro. De hecho, la misma Superfinanciera a través de su Dirección Legal dio respuesta a consulta formulada por el Representante Legal de Liberty Seguros el pasado 04 de febrero de 2020 (Superintendencia Financiera de Colombia, Radicación No. 2019153273-007-000, trámite: Consultas específicas, remitente: 334000 – DIRECCIÓN LEGAL DE SEGUROS, firmado por Luz Elvira Moreno Dueñas, Director Legal de Seguros), conceptuando lo siguiente:

Bajo esta línea de interpretación, debe entenderse que en aquellos casos en que en consideración al número de amparos y sus respectivas exclusiones, así como la necesidad de ofrecer una descripción legible, clara y comprensible de los mismos, no sea susceptible incorporar todos estos conceptos en una sola página, pueden quedar, tanto los primeros como las segundas, consignados en forma continua a partir de la primera página de la póliza, como lo precisa la instrucción de este Supervisor.

Es preciso enfatizar que la Superintendencia Financiera de Colombia, es un organismo técnico adscrito al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, que tiene por objeto supervisar el sistema financiero colombiano con el fin de preservar su estabilidad, seguridad y confianza, así como, promover, organizar y desarrollar el mercado de valores colombiano y la protección de los inversionistas, ahorradores y asegurados.

Conforme a lo anterior, y a su clara condición de organismo estatal regulador de la actividad financiera y aseguradora, que por tanto ejerce la supervisión de manera idónea, es que el Decreto 2739 de 1991, en su artículo 3.3, estableció como una de sus funciones, la siguiente: *“Emitir las órdenes necesarias para que las entidades sujetas a la inspección, Vigilancia y control de la Superintendencia suspendan de inmediato las prácticas ilegales, no autorizadas o inseguras, y para que se adopten las correspondientes medidas correctivas y de saneamiento”*.

De acuerdo entonces a la función pública que realiza esta entidad es claro que sus conceptos y las circulares que expide tienen un fin orientador, claramente de carácter vinculante, no siendo coherente que expida una circular que vaya en desmedro de los intereses de los asegurados, tomadores o beneficiarios en el contrato de seguro.

En conclusión, bajo la anterior premisa, en caso de configurarse alguna de las exclusiones arriba señaladas o las que constan en las condiciones generales y particulares de las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 y la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 633899** cuya vigencia corrió desde el 11 de mayo de 2018 al 11 de mayo de 2019, éstas deberán ser aplicadas y deberán dársele los efectos señalados por la jurisprudencia. En consecuencia, no podrá existir responsabilidad en cabeza del asegurador como quiera que se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

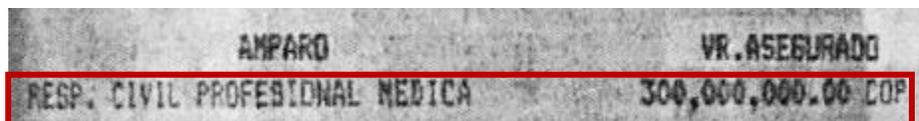
**D. EN EL REMOTO EVENTO QUE EL DESPACHO PROFIERA SENTENCIA CONDENATORIA, DEBERÁ TENER EN CUENTA LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES PACTADOS EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD – CLAIMS MADE No. 451915 Y No. 633899.**

Tal y como se demostró en el plenario, las condiciones determinadas en el contrato de seguro son obligaciones contraídas por la compañía aseguradora exclusivamente expresadas en su texto, las cuales por ningún motivo el despacho podrá desconocer. En gracia de discusión, sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que la eventual obligación de mi procurada se circunscribe en proporción al límite de la cobertura para los eventos asegurables y amparados por el contrato. La ocurrencia de varios siniestros durante la vigencia de la póliza va agotando la suma asegurada, por lo que es indispensable que se tenga en cuenta la misma en el remoto evento de proferir sentencia condenatoria en contra de nuestro asegurado.

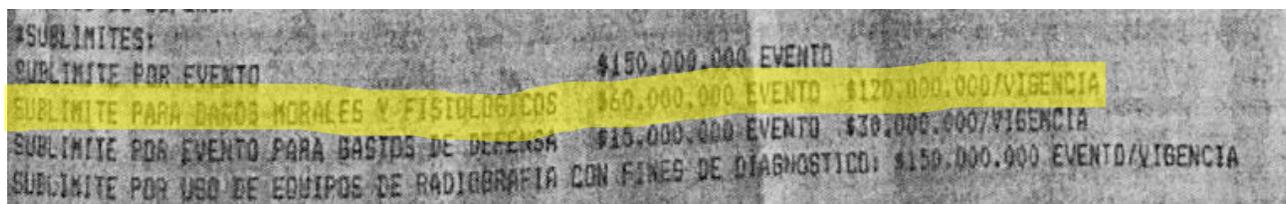
De acuerdo con lo preceptuado en el artículo 1079 del Código de Comercio, el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta la concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas, consagrado en el artículo 1088 ibídem, que establece que los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituirse en fuente de enriquecimiento.

Ahora bien, exclusivamente en gracia de discusión, sin ánimo de que implique el reconocimiento de responsabilidad en contra de mi representada, se debe manifestar que en los contratos de seguro se indicaron los siguientes amparos:

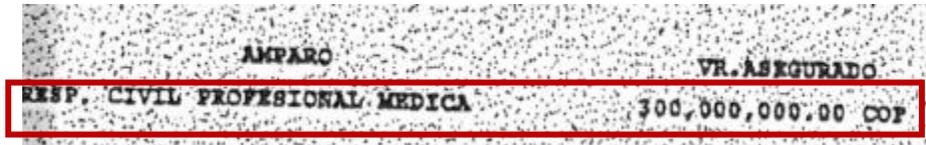
- En la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016:



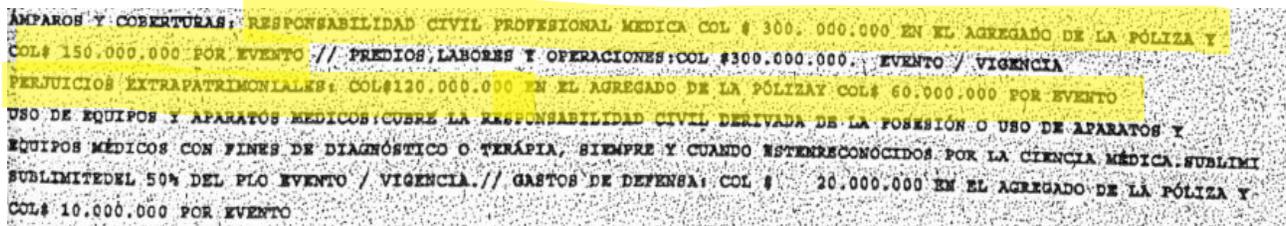
Contrato de seguro dentro del cual se pactó un sublímite para los **amparos de daños morales y fisiológicos la suma de \$60.000.000 por evento y \$120.000.000** por vigencia. Tal y como se evidencia en la imagen adjunta:



- Por otro lado, en la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 633899** cuya vigencia corrió desde el 11 de mayo de 2018 al 11 de mayo de 2019, se pactó el siguiente amparo:



Contrato de seguro dentro del cual se pactó un sublímite para los **amparos responsabilidad medica de \$150.000.000 por evento** y para los **perjuicios extrapatrimoniales la suma de \$120.000.000 en el agregado de la póliza y \$60.000.000 por evento**. Tal y como se evidencia en la imagen adjunta:



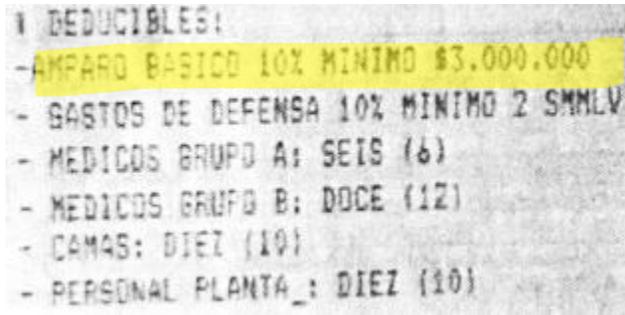
Conforme a lo señalado anteriormente, cualquiera de los límites y sublímites señalados anteriormente podría eventualmente ser afectado una vez verificada las condiciones particulares y generales de las cuales pende el contrato de seguro. En todo caso, se reitera, que las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a estas condiciones claramente definidas en la póliza, con sujeción a los límites asegurados, **disponibilidad de la suma asegurada** y a la fehaciente demostración, por parte del asegurado en este caso, del real y efectivo acaecimiento del evento asegurado.

En conclusión, solicito al despacho tener en cuenta los límites y sublímites expuestos en este alegato los cuales enmarcan las obligaciones de las partes, planteada en favor de los derechos e intereses de mi procurada.

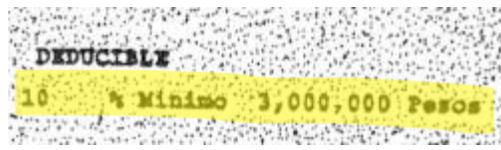
**E. NO DEBE DESCONOCERSE LA EXISTENCIA DEL DEDUCIBLE PACTADO EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD – CLAIMS MADE No. 451915 Y No. 633899.**

En gracia de discusión y sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que de la eventual obligación de mi procurada se debe descontar el deducible pactado. Debe tenerse en cuenta que el deducible corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado, **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.**, en este caso para cada póliza, se pactó en un deducible así:

- En la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 se pactó el siguiente deducible:



- Por otro lado, en la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 633899** cuya vigencia corrió desde el 11 de mayo de 2018 al 11 de mayo de 2019, se pactó el siguiente deducible:



El deducible, el cual está legalmente permitido, encuentra su sustento normativo en el artículo 1103 del Código de Comercio, el cual reza que: “(...) *Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original (...)*”

En síntesis, el deducible comporta la participación que asume el asegurado cuando se presenta el siniestro, el cual se manifiesta en un valor o porcentaje pactado en la póliza de seguro.

Por consiguiente, debe tenerse presente que, una vez se encuentre fehacientemente probado el evento asegurado, el Juez deberá, al momento de atribuir responsabilidades sobre la indemnización del presunto daño antijurídico causado, aplicar el monto que, al asegurado **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** le correspondería cubrir en virtud del deducible pactado. Se aclara además que en vista de que se pactó un porcentaje y una suma específica, deberá aplicarse, de acuerdo a lo estipulado en la póliza, el que una vez calculado sea mayor.

En conclusión, si en la causa bajo su conocimiento ocurre el improbable caso de endilgarse responsabilidad a la demandada y asegurada y a mi mandante se le hiciera exigible la afectación del aseguramiento, el **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** tendría que cubrir el monto anteriormente indicado como deducible. Empero, tampoco puede olvidarse que esto es sólo posible en el hipotético de que el Hospital sea hallado patrimonialmente responsable de conformidad con las pruebas allegadas el proceso. Lo cual, analizado el expediente, considera el suscrito es altamente improbable, como quiera que, en el asunto de marras, no existe responsabilidad frente al referido ente hospitalario.

**F. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE MI MANDANTE Y LA DEMANDADA, HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.**

Este alegato se propone con fundamento en que la solidaridad surge exclusivamente cuando la Ley o la convención la establecen. En el caso que nos ocupa, la fuente de las obligaciones de mi procurada está contenida en el contrato de seguro y en él no está convenida la solidaridad entre las partes del contrato.

Debe aclararse que las obligaciones de la Aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligación indemnizatoria está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado, con sujeción a las condiciones de la póliza; en virtud de ello, es válido afirmar desde ya que, de conformidad con la exposición previa, no le asiste a mi representada en todo caso la obligación de hacer efectiva la póliza vinculada, toda vez que se configuró la ineficacia del llamamiento, hay una evidente ausencia de cobertura y en adición, el acaecimiento del riesgo asegurado y otorgado en la misma, no se ha demostrado.

**G. PAGO POR REEMBOLSO**

Sin que el planteamiento de este alegato constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. Se solicita al honorable juez que, en el remotísimo caso de encontrar responsable al asegurado y de llegar a establecer que ha surgido alguna obligación resarcitoria en cabeza de la aseguradora, respetuosamente se manifiesta que la obligación de mi representada deberá imponerse por reembolso y no por pago directo a los demandantes, ya que es el asegurado quien debe decidir si afecta o no el seguro, quedándole la opción de realizar el pago directo de la hipotética condena.

Adicionalmente, se señala al despacho que la obligación de pago de la compañía aseguradora es únicamente indemnizatoria más no solidaria, máxime cuando esta obligación surge exclusivamente cuando la Ley o la convención la establecen. En el caso que nos ocupa, la fuente de las obligaciones de mi procurada está contenida en el contrato de seguro y en él no está convenida la solidaridad entre las partes del contrato.

Debe aclararse que las obligaciones de la aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligación indemnizatoria está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado, con sujeción a las condiciones de cada póliza; en virtud de ello, es válido afirmar desde ya que, de conformidad con la exposición previa, no le asiste a mi representada en todo caso la obligación de hacer efectiva la póliza de responsabilidad civil extracontractual, clínicas y centros médicos vinculada en esta contienda, toda vez que el acaecimiento del riesgo asegurado y otorgado en la misma, no se ha demostrado y se tiene que esta no se afectaría como resultado de la configuración de una causal de exclusión de responsabilidad indemnizatoria taxativamente determinada en la caratula de las misma.

Así las cosas, se solicita que en el remoto caso de condena la misma no sea a través de pago directo, **sino por reembolso o reintegro**, a la entidad asegurada, en virtud del contrato de seguro existente.

#### **CAPÍTULO IV. ANÁLISIS FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA REALIZADO POR COOMEVA EPS**

Es menester manifestar al despacho que la vinculación de mi prohijada **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.** antes **LIBERTY SEGUROS S.A.** se dio a través del llamamiento en garantía formulado por **COOMEVA EPS** por el contrato de seguro documentado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016, sin embargo carece de legitimación en la causa por activa para llamar en garantía a mi prohijada en virtud de dicho contrato de seguros toda vez que esta EPS no forma parte de la póliza.

Por lo cual, se solicita al despacho la desvinculación de mi prohijada **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.** antes **LIBERTY SEGUROS S.A.** debido a lo siguiente:

#### **A. SE ACREDITÓ LA FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA DE COOMEVA EPS PARA LLAMAR EN GARANTÍA A HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. ANTES LIBERTY SEGUROS S.A.**

Se acreditó la falta de legitimación en la causa por activa de **COOMEVA EPS** para llamar en garantía a **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.** antes **LIBERTY SEGUROS S.A.** Lo anterior, toda vez que el fundamento del llamamiento en garantía fue el contrato de seguros materializado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 sin embargo la EPS no es tomador ni asegurado del mentado contrato de seguro. Por lo anterior, desde el inicio del proceso el despacho debió rechazar de plano dicho llamamiento en garantía en razón a que no existe fundamento legal ni contractual entre la EPS y mi prohijada.

El llamamiento en garantía consagrado en el artículo 225 del CPACA y, en el artículo 64 del Código General del Proceso, es una manifestación del principio de economía procesal, en tanto le permite a una de las partes del proceso judicial solicitar al juez la vinculación de un sujeto ajeno a la relación procesal inicialmente entablada, **con quien se alega un vínculo sustancial (legal o contractual)**, para que intervenga en la causa y se le comprometa con la satisfacción de la indemnización del perjuicio a la que resultará condenado en virtud de una sentencia judicial. Entonces, el llamamiento en garantía vincula al tercero con la parte principal y lo obliga a responder por la obligación que surja en virtud de una eventual condena contra el llamante. Sin embargo, tal situación brilla por su ausencia puesto que no existe una relación legal o contractual entre **COOMEVA EPS** y **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.** antes **LIBERTY SEGUROS S.A.** que se materialice en la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 451915**, toda vez que la EPS no es parte integral del contrario, pues en el mismo figura como tomador y asegurado el **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** quien es el único legitimado para

llamar en garantía a mi prohijada.

Ahora bien, el artículo 225 del CPACA especifica que: “quien afirme tener derecho legal o contractual de exigir a un tercero la reparación integral del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, podrá pedir la citación de aquel, para que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación”

y a su vez, enlista los requisitos mínimos que debe contener el llamamiento en garantía, que son.

El escrito de llamamiento deberá contener los siguientes requisitos:

1. El nombre del llamado y el de su representante si aquel no puede comparecer por sí al proceso.
2. La indicación del domicilio del llamado, o en su defecto, de su residencia, y la de su habitación u oficina y los de su representante, según fuere el caso, o la manifestación de que se ignoran, lo último bajo juramento, que se entiende prestado por la sola presentación del escrito.
3. Los hechos en que se basa el llamamiento y los fundamentos de derecho que se invoquen.
4. La dirección de la oficina o habitación donde quien hace el llamamiento y su apoderado recibirán notificaciones personales.

En vista de que esta figura exige que exista una relación de orden legal o contractual entre el llamante y el llamado, es indispensable que, además de los requisitos formales, el interesado "allegue prueba siquiera sumaria del nexo jurídico en que apoya la vinculación del tercero al proceso, dado que dicha vinculación implica la extensión de los efectos de la sentencia judicial al tercero, causándole eventualmente una posible afectación patrimonial. Como se evidencia en la carátula de la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud - Claims Made No. 451915**, el tomador/asegurado del contrato de seguro es el **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** y los beneficiarios son los **TERCEROS AFECTADOS**, siendo inexistente la relación contractual y/o legal de quien ahora formula el llamamiento en garantía, es decir, **COOMEVA EPS**. Tal y como se observa en la imagen adjunta:

Suc.	Ramo	Póliza	Anexo	Sec:tp
015	LB	451915	1	2

  
**Liberty Seguros S.A.**

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MADE ORIGINAL PAG. 1

ANEXO DE RENOVACION

Ciudad y fecha de expedición  
CALI - 2014-04-23

Vigencia Desde: 2014-04-18 00:00.- Hasta: 2015-04-18 24:00. Fecha de Novedad 2014-04-18 91030 - AGENCIA DE SEGURO

Clave Intersmediario

Tomador : HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E. Nit.: 800.160.400-0  
 Dirección : LA CUMBRE Ciudad: LA CUMBRE Telefono: 000000000000

Asegurado : HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E. Nit.: 800.160.400-0  
 Dirección : LA CUMBRE Ciudad: LA CUMBRE Telefono: 000000000000

Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS  
 Dirección del Riesgo: CARRERA 7 N.5-24 DE LA CUMBRE VALLE LA CUMBRE  
 Actividad: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD  
 CONDICIONES GENERALES: MARZO 31 DE 2013

Ahora bien, COOMEVA EPS, para justificar la vinculación procesal de mi representada, esgrime el CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR EVENTO PERSONA JURÍDICA - REGIMEN CONTRIBUTIVO que, desde el 01 de julio de 2003, celebró con el HOSPITAL SANTA MARGARITA, acuerdo de voluntades que prevé en la cláusula décima séptima lo siguiente: "CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. PÓLIZAS DE SEGURO. LA CONTRATISTA se obliga a constituir a favor de COOMEVA EPS S.A. una póliza de responsabilidad civil para clínicas y hospitales por uno y medio períodos del término inicial del contrato y de sus prórrogas y por un valor mínimo del treinta por ciento (30%) del monto anual del contrato"

No obstante, se repite, la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 451915**, el tomador/asegurado del contrato de seguro es HOSPITAL SANTA MARGARITA ESE y los beneficiarios son los TERCEROS AFECTADOS, más no COOMEVA EPS, tal y como se observa en la imagen anteriormente referenciada.

En conclusión, no existe legitimación en la causa por activa de **COOMEVA EPS** para llamar en garantía a **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.** antes **LIBERTY SEGUROS S.A.** Lo anterior, toda vez que el fundamento del llamamiento en garantía fue el contrato de seguros materializado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 sin embargo la EPS no es tomador ni asegurado del mentado contrato de seguro, sino el **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.**

**B. SE ACREDITÓ LA FALTA DE COBERTURA TEMPORAL EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD – CLAIMS MADE No. 451915.**

Se acreditó que no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 451915 cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 **no ofrecen cobertura temporal**, toda vez que no se cumplieron los requisitos

de la modalidad bajo la cual fue pactada, esto es “*Claims Made*”. Si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia pactado en la póliza, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de audiencia de conciliación realizada el día 27 de marzo de 2017, según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 166 Judicial II para Asuntos Administrativos, es decir que **la reclamación al asegurado, se realizó por fuera de la vigencia de la póliza, dejando por fuera la cobertura y el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de pólizas.**

Ahora bien, el contrato de seguro fue suscrito entre mi representada y el **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016, se debe recordar que en dicho contrato de seguro también se concertó una delimitación temporal de la cobertura, con fundamento en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997; esta norma determina que en el seguro de responsabilidad, la cobertura podrá circunscribirse a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

La Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 opera bajo la modalidad de cobertura denominada “Claims Made”, en virtud de la cual se deben cumplir de manera simultánea, los siguientes requisitos: (i) Que los hechos ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado y, (ii) Que los eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que, en el caso particular, si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia pactado en la póliza, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de audiencia de conciliación realizada el día 27 de marzo de 2017, según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 166 Judicial II para Asuntos Administrativos, tal y como se observa en la imagen adjunta:

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	
PROCURADURÍA 166 JUDICIAL II PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS	
Radicación N.º 64241 del 27 de marzo de 2017	
Convocante (s):	AICARDO PERLAZA GAMBOA Y ROSA LINDA RODRIGUEZ CORTES, quienes actúan en nombre propio y en representación de su hija menor GERALDIN PERLAZA RODRIGUEZ
Convocado (s):	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD - HOSPITAL SANTA MARGARITA ESE - COOMEVA EPS
Medio de Control:	REPARACIÓN DIRECTA

Siendo así, la reclamación al asegurado se realizó por fuera de la vigencia del referido contrato de seguro, razón por la cual no existe a cargo de mi representada obligación de indemnizar, por cuenta de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 pues si bien estuvo vigente para el momento en que se supone

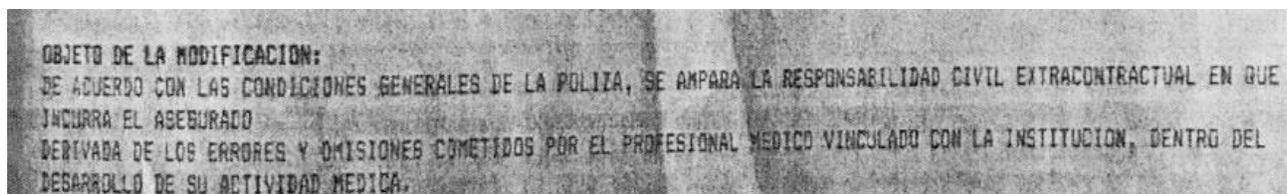
ocurrieron los hechos, no lo estaba para la fecha en que se hizo la reclamación al asegurado, dejando por fuera de la cobertura el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de pólizas.

Se concluye que al no reunirse los presupuestos para que opere la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 pactada bajo la modalidad de “Claims Made”, la cual sirvió como sustento para llamar en garantía a mi representada, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de esta.

**C. SE PROBÓ LA INEXIGIBILIDAD DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. antes LIBERTY SEGUROS S.A POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD – CLAIMS MADE No. 451915.**

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que, no se realizó el riesgo asegurado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016. En el expediente ciertamente no está demostrada la responsabilidad que pretendió el extremo activo endilgar al **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** ni de **COOMEVA EPS.** Lo anterior, toda vez que el actor no cuenta con pruebas fehacientes para determinar la causación de los supuestos daños materiales e inmateriales sufridos a cargo del Hospital y la EPS. Por el contrario, se encuentra probada la adecuada gestión y actuación de los galenos en la atención brindada a la menor Geraldin Perlaza Rodríguez conforme al nivel de complejidad del Hospital, esto es nivel I y la EPS atendió todos los requerimientos y tramites solicitados por los galenos. Por lo tanto, no se acreditó dentro del plenario ningún elemento demostrativo útil, conducente y pertinente que permita atribuir falla, omisión o retardo del hospital y de la EPS, que derive en un daño causado a los demandantes.

En este orden de ideas, en concordancia con todo lo referenciado a lo largo del presente escrito, se propone este alegato toda vez que **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.** antes **LIBERTY SEGUROS S.A.** no está obligada a responder, de conformidad con las obligaciones expresamente estipuladas y aceptadas por las partes en el contrato de seguro. Así entonces, es necesario señalar que, al tenor de las condiciones generales documentadas en la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 el amparo que se pretende afectar con la presente acción se pactó así:



OBJETO DE LA MODIFICACION:  
DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LOS ERRORES Y OMISIONES COMETIDOS POR EL PROFESIONAL MEDICO VINCULADO CON LA INSTITUCION, DENTRO DEL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD MEDICA.

Partiendo de lo anterior, es válido afirmar que el riesgo trasladado que consiste en el amparo de los perjuicios causados a un tercero derivado directamente de una lesión o daño material causado directamente por errores u omisiones en la ejecución del acto médico por parte del asegurado, sin embargo, dicha situación no ocurrió ni se acreditó dentro del plenario pues no existe ningún

elemento demostrativo útil, conducente y pertinente que permita atribuir falla, omisión o retardo del hospital, que derive en un daño causado a los demandantes.

En conclusión, al no reunirse los supuestos para que se configure la responsabilidad, claramente no se ha realizado el riesgo asegurado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 que sirvió como sustento para llamar en garantía a mi representada. En tal sentido, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de la aseguradora.

**D. EN TODO CASO DEBERAN TENERSE ENCUENTRA LAS EXCLUSIONES DE AMPARO CONCERTADAS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD – CLAIMS MADE No. 451915.**

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del contrato de seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza. En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera: *“Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro”*<sup>7</sup>.

Así las cosas, se evidencia cómo por parte del órgano de cierre de la jurisdicción de lo contencioso administrativo, se exhorta a los jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los contratos de seguro. Razón por la cual, es menester señalar que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016, señala una serie de exclusiones, las cuales solicito aplicar expresamente al caso concreto.

Por otro lado, si bien la Circular Básica Jurídica establece que las exclusiones deben constar en la primera página de la póliza y en caracteres destacados, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia de unificación No. SC328 del 21 de septiembre de 2023 ha aclarado que lo necesario es que deban empezar en la primera página de la póliza, más no de su carátula, y en caracteres destacados para que tengan eficacia. Criterios que se cumplen dentro del proceso, pues las exclusiones se encuentran desde la primera página del condicionado en caracteres destacados de forma ininterrumpida.

Lo anterior, en estricto cumplimiento del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero:

<sup>7</sup> Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020.

Artículo 184. Régimen de pólizas y tarifas.

(...)

2. Requisitos de las pólizas. Las pólizas deberán ajustarse a las siguientes exigencias:

- a. Su contenido debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, al presente estatuto y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva;
- b. Deben redactarse en tal forma que sean de fácil comprensión para el asegurado. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles, y
- c. **Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza. (negrilla y subrayado por fuera del texto original).**

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia-Sala de Casación Civil mediante la sentencia de unificación No. **SC328 del 21 de septiembre de 2023**, señaló que:

Ahora bien, con el propósito de aquilatar la hermenéutica de la norma en cuestión, debe recordarse que, conforme lo establece el artículo 1046 del Código de Comercio, se denomina póliza al documento que recoge el contrato de seguro. Esta póliza en sentido amplio contiene, como se ha visto, (i) la carátula, en la que se consignan las Por lo que tal, condiciones particulares del artículo 1047 ibídem y las advertencias de mora establecidas en los cánones 1068 y 1152 del mismo Código; (ii) el clausulado del contrato, que corresponde a las condiciones negociales generales o clausulado general; y (iii) los anexos, en los términos del artículo 1048 ejusdem.

En ese sentido, se insiste en que el ordenamiento mercantil diferencia con claridad la carátula de la póliza de la póliza misma, y que, dada esa distinción, no cabe sostener que la regla del precepto 184 del ESOF debe cumplirse incluyendo los amparos básicos y las exclusiones, «en caracteres destacados» en la referida carátula.

Cuando la norma en cita alude a «la primera página de la póliza» debe entenderse que se refiere a lo que esa expresión significa textualmente, es decir, al folio inicial del clausulado general de cada seguro contratado, pues es **a partir de allí** donde debe quedar registrado, con la claridad, transparencia y visibilidad del caso, uno de los insumos más relevantes para que el tomador se adhiera, de manera informada y reflexiva, a las condiciones negociales predispuestas por su contraparte: la delimitación del riesgo asegurado.

Conforme a lo anterior, las exclusiones son eficaces siempre que consten en caracteres destacados y comiencen a partir de la primera página de las condiciones generales de la póliza, tal y como lo reconoció la Corte Suprema de Justicia; exigencia que se cumple en el caso de marras, toda vez que las exclusiones fueron estipuladas a partir de la primera página de las condiciones generales de la póliza.

Sobre la ubicación de las exclusiones pactadas en el instrumento asegurativo, en la Circular Básica Jurídica 029 de 2014, de la referida entidad, se reafirmó la postura realizando una regulación de la emisión de las pólizas y del contenido que estas debían tener, así:

1.2.1. Requisitos generales de las pólizas de seguros:

Para el adecuado cumplimiento de lo señalado en el numeral 2 del art. 184 del EOSF las entidades aseguradoras deben redactar las condiciones del contrato de forma que sean claramente legibles y que los tomadores y asegurados puedan comprender e identificar las definiciones de los riesgos amparados y las obligaciones emanadas del negocio celebrado. Para ello, las pólizas deben incluir, cuando menos, la siguiente información:

1.2.1.1. En la carátula:

1.2.1.1.1. Las condiciones particulares previstas en el art. 1047 del C.Co.

1.2.1.1.2. En caracteres destacados o resaltados, es decir, que se distingan del resto del texto de la impresión, el contenido del inciso 1º del art. 1068 del C.Co. Para el caso de los seguros de vida, el contenido del art. 1152 del mismo ordenamiento legal.

1.2.1.2. A partir de la primera página de la póliza (amparos y exclusiones)

**Los amparos básicos y todas las exclusiones que se estipulen deben consignarse en forma continua a partir de la primera página de la póliza.** Estas deben figurar en caracteres destacados o resaltados, según los mismos lineamientos atrás señalados y, en términos claros y concisos que proporcionen al tomador la información precisa sobre el verdadero alcance de la cobertura contratada. No se pueden consignar en las páginas interiores o en cláusulas posteriores exclusiones adicionales en forma distinta a la prevista en este numeral. (Negrilla fuera de texto).

En ese sentido, la regulación de la Superintendencia Financiera de Colombia, es completamente clara, pues indica que los amparos y exclusiones deben consignarse a partir de la primera página de la póliza, esto es, no de forma restrictiva en la carátula de la misma, puesto que, por razones prácticas, por imposibilidad física, y por las indicaciones legales referidas, no es viable que confluyan en esta misma página del contrato de seguro. De hecho, la misma Superfinanciera a través de su Dirección Legal dio respuesta a consulta formulada por el Representante Legal de Liberty Seguros el pasado 04 de febrero de 2020 (Superintendencia Financiera de Colombia, Radicación No. 2019153273-007-000, trámite: Consultas específicas, remitente: 334000 – DIRECCIÓN LEGAL DE SEGUROS, firmado por Luz Elvira Moreno Dueñas, Director Legal de Seguros), conceptuando lo siguiente:

Bajo esta línea de interpretación, debe entenderse que en aquellos casos en que en consideración al número de amparos y sus respectivas exclusiones, así como la necesidad de ofrecer una descripción legible, clara y comprensible de los mismos, no sea susceptible incorporar todos estos conceptos en una sola página, pueden quedar, tanto los primeros como las segundas, consignados en forma continua a partir de la primera página de la póliza, como lo precisa la instrucción de este Supervisor.

Es preciso enfatizar que la Superintendencia Financiera de Colombia, es un organismo técnico adscrito al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, que tiene por objeto supervisar el sistema financiero colombiano con el fin de preservar su estabilidad, seguridad y confianza, así como, promover, organizar y desarrollar el mercado de valores colombiano y la protección de los inversionistas, ahorradores y asegurados.

Conforme a lo anterior, y a su clara condición de organismo estatal regulador de la actividad financiera y aseguradora, que por tanto ejerce la supervisión de manera idónea, es que el Decreto 2739 de 1991, en su artículo 3.3, estableció como una de sus funciones, la siguiente: “Emitir las órdenes necesarias para que las entidades sujetas a la inspección, Vigilancia y control de la Superintendencia suspendan de inmediato las prácticas ilegales, no autorizadas o inseguras, y para que se adopten las correspondientes medidas correctivas y de saneamiento”.

De acuerdo entonces a la función pública que realiza esta entidad es claro que sus conceptos y las circulares que expide tienen un fin orientador, claramente de carácter vinculante, no siendo coherente que expida una circular que vaya en desmedro de los intereses de los asegurados, tomadores o beneficiarios en el contrato de seguro.

En conclusión, bajo la anterior premisa, en caso de configurarse alguna de las exclusiones arriba señaladas o las que constan en las condiciones generales y particulares de la Póliza de

Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016, éstas deberán ser aplicadas y deberán dársele los efectos señalados por la jurisprudencia. En consecuencia, no podrá existir responsabilidad en cabeza del asegurador como quiera que se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

**E. EN EL REMOTO EVENTO QUE EL DESPACHO PROFIERA SENTENCIA CONDENATORIA, DEBERÁ TENER EN CUENTA LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES PACTADOS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD – CLAIMS MADE No. 451915.**

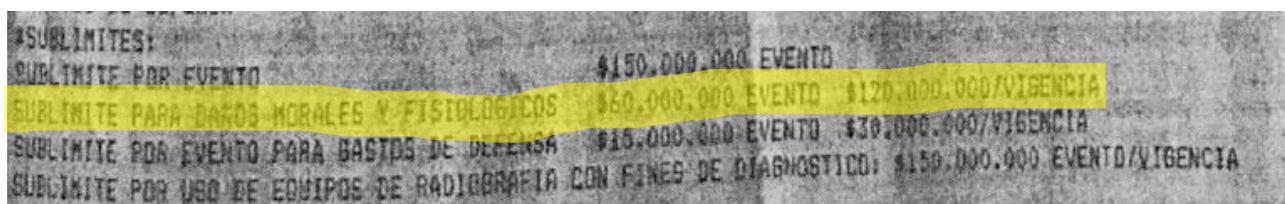
Tal y como se demostró en el plenario, las condiciones determinadas en el contrato de seguro son obligaciones contraídas por la compañía aseguradora exclusivamente expresadas en su texto, las cuales por ningún motivo el despacho podrá desconocer. En gracia de discusión, sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que la eventual obligación de mi procurada se circunscribe en proporción al límite de la cobertura para los eventos asegurables y amparados por el contrato. La ocurrencia de varios siniestros durante la vigencia de la póliza va agotando la suma asegurada, por lo que es indispensable que se tenga en cuenta la misma en el remoto evento de proferir sentencia condenatoria en contra de nuestro asegurado.

De acuerdo a lo preceptuado en el artículo 1079 del Código de Comercio, el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta la concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas, consagrado en el artículo 1088 ibídem, que establece que los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituirse en fuente de enriquecimiento.

Ahora bien, exclusivamente en gracia de discusión, sin ánimo de que implique el reconocimiento de responsabilidad en contra de mi representada, se debe manifestar que en la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 se indicaron los siguientes amparos:



Contrato de seguro dentro del cual se pactó un sublímite para los **amparos de daños morales y fisiológicos la suma de \$60.000.000 por evento y \$120.000.000** por vigencia. Tal y como se evidencia en la imagen adjunta:



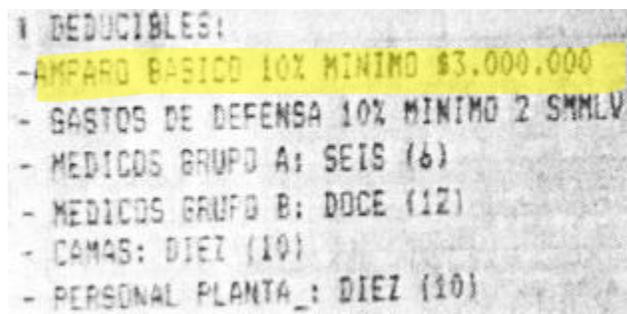
Conforme a lo señalado anteriormente, cualquiera de los límites y sublímites señalados

anteriormente podría eventualmente ser afectado una vez verificada las condiciones particulares y generales de las cuales pende el contrato de seguro. En todo caso, se reitera, que las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a estas condiciones claramente definidas en la póliza, con sujeción a los límites asegurados, **disponibilidad de la suma asegurada** y a la fehaciente demostración, por parte del asegurado en este caso, del real y efectivo acaecimiento del evento asegurado.

En conclusión, solicito al despacho tener en cuenta los límites y sublímites expuestos en este alegato los cuales enmarcan las obligaciones de las partes, planteada en favor de los derechos e intereses de mi procurada.

**F. NO DEBE DESCONOCERSE LA EXISTENCIA DEL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD – CLAIMS MADE No. 451915.**

En gracia de discusión y sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que de la eventual obligación de mi procurada se debe descontar el deducible pactado. Debe tenerse en cuenta que el deducible corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado, **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.**, en este caso para cada póliza, se pactó en un deducible de 10% Min \$3.000.000, se señala el Hospital y no la EPS, Por cuanto este rubro se encuentra única y exclusivamente a cargo del asegurado y **COOMEVA EPS** No es asegurado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016. Para tal efecto el deducible pactado es:



El deducible, el cual está legalmente permitido, encuentra su sustento normativo en el artículo 1103 del Código de Comercio, el cual reza que: “(...) *Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original (...)*”

En síntesis, el deducible comporta la participación que asume el asegurado cuando se presenta el siniestro, el cual se manifiesta en un valor o porcentaje pactado en la póliza de seguro.

Por consiguiente, debe tenerse presente que, una vez se encuentre fehacientemente probado el

evento asegurado, el Juez deberá, al momento de atribuir responsabilidades sobre la indemnización del presunto daño antijurídico causado, aplicar el monto que, al asegurado **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** le correspondería cubrir en virtud del deducible pactado. Se aclara además que en vista de que se pactó un porcentaje y una suma específica, deberá aplicarse, de acuerdo a lo estipulado en la póliza, el que una vez calculado sea mayor.

En conclusión, si en la causa bajo su conocimiento ocurre el improbable caso de endilgarse responsabilidad a la demandada y asegurada y a mi mandante se le hiciera exigible la afectación del aseguramiento, el **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** tendría que cubrir el monto anteriormente indicado como deducible. Empero, tampoco puede olvidarse que esto es sólo posible en el hipotético de que el Hospital sea hallado patrimonialmente responsable de conformidad con las pruebas allegadas el proceso. Lo cual, analizado el expediente, considera el suscrito es altamente improbable, como quiera que, en el asunto de marras, no existe responsabilidad frente al referido ente hospitalario.

### **G. PAGO POR REEMBOLSO**

Sin que el planteamiento de este alegato constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. Se solicita al honorable juez que, en el remotísimo caso de encontrar responsable al asegurado y de llegar a establecer que ha surgido alguna obligación resarcitoria en cabeza de la aseguradora, respetuosamente se manifiesta que la obligación de mi representada deberá imponerse por reembolso y no por pago directo a los demandantes, ya que es el asegurado quien debe decidir si afecta o no el seguro, quedándole la opción de realizar el pago directo de la hipotética condena.

Adicionalmente, se señala al despacho que la obligación de pago de la compañía aseguradora es únicamente indemnizatoria más no solidaria, máxime cuando esta obligación surge exclusivamente cuando la Ley o la convención la establecen. En el caso que nos ocupa, la fuente de las obligaciones de mi procurada está contenida en el contrato de seguro y en él no está convenida la solidaridad entre las partes del contrato.

Debe aclararse que las obligaciones de la aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligación indemnizatoria está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado, con sujeción a las condiciones de cada póliza; en virtud de ello, es válido afirmar desde ya que, de conformidad con la exposición previa, no le asiste a mi representada en todo caso la obligación de hacer efectiva la póliza de responsabilidad civil extracontractual, clínicas y centros médicos vinculada en esta contienda, toda vez que el acaecimiento del riesgo asegurado y otorgado en la misma, no se ha demostrado y se tiene que esta no se afectaría como resultado de la configuración de una causal de exclusión de responsabilidad indemnizatoria taxativamente determinada en la caratula de las misma.

Así las cosas, se solicita que en el remoto caso de condena la misma no sea a través de pago directo, **sino por reembolso o reintegro**, a la entidad asegurada, en virtud del contrato de seguro existente.

**H. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE MI MANDANTE Y LA DEMANDADA, COOMEVA EPS.**

Este alegato se propone con fundamento en que la solidaridad surge exclusivamente cuando la Ley o la convención la establecen. En el caso que nos ocupa, la fuente de las obligaciones de mi procurada está contenida en el contrato de seguro y en él no está convenida la solidaridad entre las partes del contrato, máxime cuando se acreditó la falta de legitimación en la causa por activa de **COOMEVA EPS** para llamar en garantía a **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.** antes **LIBERTY SEGUROS S.A.** Lo anterior, toda vez que el fundamento del llamamiento en garantía fue el contrato de seguros materializado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 sin embargo la EPS no es tomador ni asegurado del mentado contrato de seguro. Por lo anterior, desde el inicio del proceso el despacho debió rechazar de plano dicho llamamiento en garantía en razón a que no existe fundamento legal ni contractual entre la EPS y mi prohilada.

Debe aclararse que las obligaciones de la Aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligación indemnizatoria está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado, con sujeción a las condiciones de la póliza; en virtud de ello, es válido afirmar desde ya que, de conformidad con la exposición previa, no le asiste a mi representada en todo caso la obligación de hacer efectiva la póliza vinculada, toda vez que se configuró la falta de legitimación en la causa por activa de **COOMEVA EPS** para llamar en garantía a mi prohilada, hay una evidente ausencia de cobertura y en adición, el acaecimiento del riesgo asegurado y otorgado en la misma, no se ha demostrado.

**CAPÍTULO V. PETICIÓN**

En mérito de lo expuesto, de manera respetuosa, ruego:

**PRIMERO:** Negar todas y cada una de las pretensiones de la demanda, declarando probadas las excepciones de fondo y mérito presentadas por nuestro asegurado, **HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E.** y por la **COOMEVA EPS** y en consecuencia absuelva a la aseguradora **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.** antes **LIBERTY SEGUROS S.A.** al pago alguno por conceptos de indemnizaciones por los supuestos perjuicios alegados.

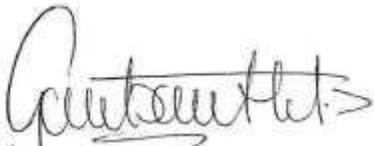
**SEGUNDO:** En el remoto evento en que los argumentos esbozados en el presente escrito no fueran de su convencimiento, no pierda de vista la **falta de cobertura temporal** de la las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 y la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 633899** cuya vigencia corrió desde el 11 de mayo de 2018 al 11 de mayo de 2019, así como las exclusiones, limitaciones y deducibles plasmadas en ella, esto, de conformidad con las consideraciones expuestas por mi defendida desde la contestación del llamamiento en garantía y reiteradas en esta oportunidad procesal.

**TERCERO:** el remoto evento en que los argumentos esbozados en el presente escrito no fueran de su convencimiento, no pierda de vista la **falta de legitimación en la causa por activa de COOMEVA EPS** para llamar en garantía a **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.** antes **LIBERTY SEGUROS S.A.** toda vez que el mismo no es tomador ni asegurado de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud – Claims Made **No. 451915** cuya vigencia corrió desde el 18 de abril de 2014 al 18 de abril de 2015 con prórroga hasta el 17 de abril de 2016 por lo tanto mi prohijada no podrá ser condenada por actuaciones adelantadas por esta **EPS**.

#### **CAPÍTULO VI. NOTIFICACIONES**

Al suscrito, en la Avenida 6 A Bis No. 35N-100 oficina 212 de la Ciudad de Cali (V), correo electrónico: **notificaciones@gha.com.co**

Cordialmente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

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