

Señores

JUZGADO OCTAVO (8°) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN (C)

j08admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

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

PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA

RADICADO: 19001-3333-008-**2017-00347**-00

DEMANDANTES: ROBIN JAIR ORTIZ Y OTROS.

DEMANDADOS: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. Y OTROS

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 de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** 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 libelo inicial endilgó a la parte accionada, con fundamento en los argumentos que concretaré en los acápites siguientes:

Capítulo I. OPORTUNIDAD.

El 25 de febrero de 2025 se celebró audiencia de pruebas, por lo cual una vez culminada y al no existir pruebas pendientes por practicar, se declaró clausurada la etapa probatoria y se concedió el término de 10 días siguientes a la celebración de esta para presentar los alegatos de conclusión. En ese sentido, dicho término transcurrió desde el 26 continuando los días 27, 28 de febrero, 3, 4, 5, 6, 7, 10 y **11 de marzo de 2025**¹, por lo que 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:

“Debe el despacho determinar en esta oportunidad sí, hay lugar a declarar de manera solidaria la responsabilidad administrativa de las entidades demandadas, por la presunta falla en el servicio en que incurrieron al no haber incluido al señor ROBIN JAIR ORTIZ SAMBONI en el listado de asegurados de la póliza vida grupo tomada por EMPLEAMOS S.A. con ALLIANZ SEGUROS S.A., en cumplimiento del contrato de prestación de servicios nro. 52 de 2011 suscrito con la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional – Acción Social; impidiendo con ello el pago de la indemnización prevista para el accidente laboral que sufrió el 24 de julio de 2012 mientras

¹ Los días 1, 2, 8 y 9 de marzo no se tienen en cuenta al ser días no hábiles.

realizaba actividades de erradicación manual de cultivos ilícitos, en virtud del contrato de trabajo suscrito con su empleador directo.

En el evento en que se encuentre configurada la responsabilidad del Estado, se analizará si las entidades demandadas están obligadas a pagar algún valor por los amparos y límites acordados en los contratos de seguro. Se efectuará el análisis respectivo para resolver sobre las excepciones propuestas por las entidades accionadas²

A partir de dicho problema jurídico, debe precisarse que la presente tiene como fin indicar que durante el trámite probatorio se logró acreditar que no hay responsabilidad del **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** con relación a los supuestos daños materiales e inmateriales causados al demandante, toda vez que no se estructuraron los elementos *sine qua non* de la responsabilidad en cabeza del anteriormente de conformidad con los siguientes argumentos:

A. NO SE ACREDITÓ QUE EL DEMANDANTE ROBÍN JAIR ORTIZ SAMBONI SE ENCONTRARA DENTRO DE LA INCLUSIÓN DE LOS ASEGURADOS.

El tomador del seguro no probó que el señor **ROBÍN JAIR ORTIZ SAMBONI** se encontrara dentro de los asegurados en la Póliza Seguro de Vida Grupo. El tomador, es decir EMPLEAMOS no se ocupó dentro del debate probatorio a acreditar que el aquí demandante se encontrara dentro del personal asegurado en el contrato de seguros. Por lo tanto, no podrá predicarse una responsabilidad en cabeza de mi representada, cuando el propio empleador no probó lo dicho en el escrito de la contestación de la demanda. Máxime cuando el objeto del litigio se centró en la presunta falla del servicio de las pasivas por no incluir al demandante en el seguro y teniendo en cuenta que esta responsabilidad no recae en la compañía aseguradora sino en el empleador, debe decir que que el mismo abandonó la carga de la prueba y no acreditó su inclusión.

Dicho lo anterior, entonces no le asiste responsabilidad a **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** de reconocer y pagar indemnización a una persona que no ostenta la calidad de asegurado en el contrato que sirvió de fundamento para el respectivo medio de control, habida cuenta que ya se ha repetido que las pruebas aportadas indican que **EMPLEAMOS S.A.** no acreditó que hubiese ingresado en el listado al aquí demandante dentro de los asegurados de la Póliza de Seguro de Vida Grupo.

así las cosas, **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, no puede ser condenado a pagar una indemnización para una persona que no hace parte integrante del contrato de seguro, pues la misma de ninguna manera ha incumplido el contrato.

En efecto, el contrato vida grupo, cubre única y exclusivamente a los trabajadores en misión que **EMPLEAMOS S.A.**, declaraba que tenían dicha calidad. Al respecto, en las. condiciones particulares de la póliza vida grupo No. 3032, se plasmó lo siguiente:

"(...)

NOTA: El tomador suministrará previo a la suscripción a la póliza, listado del personal a asegurar que deberá ser remitido en medio magnético y deberá contener: Cédula, Nombre y apellidos y fecha de nacimiento.

² Acta inicial No. 019 del 7 de marzo de 2023.

Consecuentemente, al no haberse incluido el nombre del hoy demandante es evidente que la aseguradora no tiene ninguna obligación de incluirlo como asegurado en el contrato de seguro de vida, pues dicha obligación recaía única y exclusivamente en el tomador del seguro, esto es EMPLEAMOS S.A.

B. SE ACREDITÓ LA FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO.

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que la Póliza de Seguro de Vida Grupo no ofrece cobertura material, toda vez que, no se cumplieron los presupuestos para que opere. Lo anterior, toda vez que, deben darse dos (2) supuestos: (i) que la pérdida de capacidad laboral sea mayor al 50% y (ii) que la persona no pueda volver a trabajar. Entonces, según el dictamen aportado, la PCL fue del 34,9% y no hay prueba de que el demandante, el señor **Robín Jair Ortiz Samboni** no volvió a emplearse. Por lo que ante la ausencia de requisitos esta póliza no podrá afectarse bajo ningún criterio fáctico o jurídico.

Con el material probatorio que obra en el expediente quedó acreditado el alcance de la cobertura material que ostenta el contrato de seguro documentado en la Póliza de Seguro de Vida Grupo lo que quiere decir que dicha cobertura se extiende con sujeción a las condiciones pactadas en la misma. Esto significa que mi mandante solo está obligada a responder por el siniestro expresamente estipulado en la póliza, y no puede comprometerse al asegurador por riesgos que no le fueron trasladados.

Al respecto, el objeto del seguro, según lo concertado en la póliza, se circunscribe a lo siguiente:

AMPAROS Y/O COBERTURAS BÁSICAS
BASICO (VIDA)
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE CON BENEFICIO DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD
Cubre la Incapacidad Total y Permanente que al ser calificada de acuerdo con lo establecido, en la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios 2644/94, 962/95 y 917/99 sea igual o superior al 50%, y cuando se presenta la pérdida o inutilización de:

(...)

Ahora bien, no puede bajo ningún escenario entenderse que se ofrece un amparo aislado para pérdida o inutilización de "dedos, pies u ojos", pues la descripción se acompaña de la conjunción "y" lo que indica claramente que deben cumplirse ambos aspectos no se trata de una disyunción donde da a elegir entre uno y otro, sino que ambos deben estar correlacionados.

Adicionalmente, en el condicionado general se pactó lo siguiente:

CLAUSULA 3ª. - CONDICIONES DE LOS AMPAROS OPCIONALES

1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Para todos los efectos de este amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado con edad igual o inferior a sesenta y cinco (65) años de edad, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, causadas por enfermedad o accidente, que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo o actividad remunerada, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de 120 días y no haya sido provocada por el asegurado.

Siendo así, el demandante no cumple con ninguno de los presupuestos establecidos en la Póliza Seguro de Vida Grupo, pues la pérdida de capacidad laboral otorgada fue del 34.9% según lo determinado por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez No. 7602795-600.

7. Concepto final del dictamen pericial

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	
Valor final rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales - Título II	14,00 %
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	20,90 %
	34,90 %

Adicionalmente no se acreditó que no estuviese laborando por cuanto la simple pérdida anatómica del pie no da automáticamente lugar a la inmunización, pues sí o sí deben cumplirse los otros requisitos.

Por otra parte, si bien el apoderado de la parte actora manifestó la pobreza extrema, nunca acreditó mediante medios suasorios. Por lo que ninguno de los aspectos requeridos para que se afecte el amparo de incapacidad fueron acreditados por los demandantes. Siendo así no existe otra consecuencia mas que negar las pretensiones de la demanda.

En conclusión, no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que la Póliza de Seguro de Vida Grupo no ofrece cobertura material, toda vez que, no se cumplieron los presupuestos para que opere. Lo anterior, toda vez que, deben darse dos (2) supuestos: (i) que la pérdida de capacidad laboral sea mayor al 50% y (ii) que la persona no pueda volver a trabajar. Entonces, según el dictamen aportado, la PCL fue del 34,9% y no hay prueba de que el demandante, el señor **Robín Jair Ortiz Samboni** no volvió a emplearse. Por lo que ante la ausencia de requisitos. Por lo anterior, esta póliza no podrá afectarse bajo ningún criterio fáctico o jurídico.

C. SE ACREDITÓ LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO.

De acuerdo al material probatorio obrante en el plenario se evidencia que para la fecha de radicación de la reclamación contra **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, la posibilidad que tenía el demandante **ROBÍN JAIR ORTIZ SAMBONI** de exigir la afectación de la póliza que se vincula en

esta contienda, como consecuencia de los supuestos perjuicios derivados del hecho ocurrido el 24 de julio de 2012 ha sido aniquilada por la configuración del fenómeno prescriptivo, puesto que, el término para hacerlo feneció en **julio del 2014**, incoándose este medio de control contra mi representada por fuera de lapso, dado que, ello solo ocurrió hasta el 5 de mayo de 2017, es decir pasados dos (2) años y diez (10) meses después de haberse configurado la prescripción.

El fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro tiene como finalidad sancionar al asegurado y/o interesado negligente que no inicia las acciones necesarias para obtener la indemnización de un hecho dentro del término consignado en la Ley comercial aplicable. De forma general, el término de prescripción del contrato de seguro se consagra en el artículo 1081 del Código de Comercio, en el cual se puede leer:

“(…) PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes (...)” Negrilla y subrayado fuera del texto original.

Como puede evidenciarse de lo transcrito, en materia de seguros, el término de prescripción se divide en dos clases: ordinaria y extraordinaria. Para su aplicación, lo cierto es que el interesado no podrá alegar indistintamente cualquiera de las dos, según su conveniencia. Si no que, por el contrario, operará la primera de ellas, sea ordinaria o extraordinaria, que se configure de conformidad con los presupuestos de hecho del caso concreto.

Ahora bien, tratándose de un seguro de responsabilidad, tenemos que el artículo 1131 del Código de Comercio, indica la forma en la que debe determinarse el momento a partir del cual corren los términos de prescripción:

“(…) Artículo 1131: OCURRENCIA DEL SINIESTRO: En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. **Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial (...)**”

Al analizar el artículo transcrito, en contraste con el artículo 1081 del Código de Comercio precitado, es posible advertir de la documentación aportada en el plenario, que el término prescriptivo bienal comenzó a correr para el señor **Robín Jair Ortiz Samboni** desde el **24 de julio de 2012**, fecha en la cual ocurrió el lamentable accidente tal y como lo referenció en el informe para presunto accidente de trabajo empleador o contratante de Positiva. Tal y como se observa a continuación:

Fecha del accidente : 24/07/2012	Hora del accidente : 09:00	Día de la semana : Martes	Jornada en que sucede : Normal
Realiza su labor : S	Ocupación no habitual : OBREROS Y PEONES AGROPECUARIOS DE LABRANZA Y DE INVERNADERO		Tiempo laborado : 03:00

Incluso en el escrito de la demanda, se indicó en el hecho denominado "12" que el accidente ocurrió el 24 de julio de 2012, tal y como vemos a continuación:

12. **El día 24 de julio de 2012,** el señor **ROBIN JAIR ORTÍZ SAMBONÍ** sufrió la pérdida de su pierna derecha y otras graves lesiones a causa de una mina antipersonal, mientras se desempeñaba como erradicador de cultivos ilícitos (folio 24).

Así las cosas, se tiene que en virtud de lo dispuesto en el artículo 1131 del Código de Comercio, el demandante, el señor **Robín Jair Ortiz Samboni** conoció de los hechos el día 24 de julio de 2012 cuando ocurrió el lamentable accidente por lo que tuvo oportunidad de demandar a mi representada y/o interrumpir el fenómeno de la prescripción (artículo 94 del CGP) en virtud del contrato de seguro suscrito y por los hechos que motivan la petición de pago, hasta antes del **25 de julio de 2014**, (esto es, transcurridos dos años desde el conocimiento del hecho), entendiéndose a todas luces extemporáneo la solicitud de indemnización presentada el 5 de mayo de 2017. Lo anterior, evidencia que el demandante radicó dicha solicitud cuando ya habían transcurrido más de dos (2) años y diez (10) meses de prescrito el término para reclamar cualquier situación a la compañía de seguros.

Ahora bien, no se podrá indicar que el término de prescripción corre a partir del 13 de junio de 2017 cuando el demandante fue notificado por su empleador **EMPLEAMOS S.A.** de la objeción de la reclamación que formuló contra **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** toda vez que el demandante conocía desde la suscripción del contrato laboral la existencia del seguro de vida deudores, es tan así que por ello solicitó la afectación de la póliza y el reconocimiento de perjuicios, es decir que este era plenamente consciente de la existencia del contrato de seguro desde la ocurrencia del hecho mismo. Por lo tanto, no puede mantenerse de manera eterna o indefinida en el tiempo las relaciones jurídicas, pues es necesario limitarlo y que dichos términos se cumplan para evitar que se trasgreda el derecho de la seguridad jurídica.

Por lo anterior, el demandante nunca desconoció la existencia de un contrato de seguros, sino que por el contrario conocía de ello y por tanto solicitó la indemnización que se derivaba de ello. Igual colocando otro escenario, la compañía aseguradora no debe asumir las responsabilidades de terceros, en este caso del empleador, pues si no lo ingresó en el listado de las personas beneficiarias del seguro de vida deudores grupo no es competencia de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** máxime cuando en el contrato quedó debidamente pactado que sería el empleador quien mes a mes remitiría el listado de los beneficiarios y generaría el recibo de cobro de las primas. Por lo tanto, nótese como el demandante y el empleador siempre conocieron de la existencia del contrato de seguros, por lo que los términos para que opere la prescripción no se pueden modificar únicamente porque se objetó dicha reclamación, cuando lo que verdaderamente procedía era reclamar y/o demandar a la compañía en el término oportuno.

De igual forma, en el evento que el despacho considere que el término prescriptivo debe contarse desde la fecha de estructuración, debe advertirse que el mismo también se encuentra prescrito. Toda vez que la fecha de estructuración fue el 1 de septiembre de 2014, por lo que tenía hasta septiembre de 2016 para presentar la reclamación, pero el demandante presentó una solicitud de

indemnización el 5 de mayo de 2017, es decir, dos (2) años y ocho (8) meses después, siendo que ya se había configurado el termino prescriptivo bianual establecido en la norma.

Siendo así, manifiesto que, para la fecha de radicación de la reclamación contra **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** la posibilidad que tenía el demandante **ROBÍN JAIR ORTIZ SAMBONI** de exigir la afectación de la póliza que se vincula en esta contienda, como consecuencia de los supuestos perjuicios derivados del hecho ocurrido el 24 de julio de 2012 ha sido aniquilada por la configuración del fenómeno prescriptivo, puesto que, el término para hacerlo feneció en **julio del 2014**, incoándose este medio de control contra mi representada por fuera de lapso, dado que, ello solo ocurrió hasta el 5 de mayo de 2017, es decir pasados dos (2) años y diez (10) meses después de haberse configurado la prescripción, **siendo necesario por tanto que se desvincule a mi procurada de este proceso,** en virtud de la configuración del fenómeno prescriptivo.

D. SE ACREDITÓ LA AUSENCIA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO.

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que la Póliza de Seguro de Vida Grupo no ofrece **cobertura temporal**, toda vez que, la incapacidad debe originarse en la vigencia del contrato de seguro. Ahora bien, de conformidad con lo señalado en el dictamen de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez del 23 de octubre de 2015 se determinó que la fecha de estructuración fue el **1 de septiembre de 2014**, es decir cuando el mismo ya no ostentaba la calidad de beneficiario en el contrato de seguros, pues fue retirado del sistema el 26 de julio de 2012. Es decir que la incapacidad no se estructuró dentro la vigencia del contrato de seguros.

Ahora bien, si bien es cierto que entre mi representada y el EMPLEAMOS S.A. se celebró el negocio asegurativo documentado en la Póliza de Seguro de Vida Grupo se debe recordar que en dicho contrato de seguro también se concertó que la modalidad sería por “ocurrencia”, siendo así los hechos y la incapacidad deben darse en vigencia de la póliza, Tal y como se observa a continuación:

En todos los casos se ampara la incapacidad total y permanente cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzcan dentro de la vigencia de este amparo.

De conformidad con lo anterior, tanto el hecho como la incapacidad deben darse dentro de la vigencia de la póliza. Situación que no ocurrió en el caso en concreto, pues si bien el hecho ocurrió dentro de la vigencia, la incapacidad se estructuró por fuera de esta, esto es el 1 de septiembre de 2014 cuando el aquí demandante ya no ostentaba la calidad de beneficiario del seguro.

Se concluye, que al no reunirse los presupuestos para que opere la Póliza de Seguro de Vida Grupo pactada bajo la modalidad de *ocurrencia* la cual sirvió como sustento para vincular a mi representada, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de esta y por lo tanto deberá ser desvinculada del proceso.

E. SE ACREDITÓ LA AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

De acuerdo con el material probatorio que obra en el plenario se evidencia que no existe ninguna obligación en cabeza de la aseguradora, toda vez que para la fecha en la que presuntamente se configuró el siniestro, no se encontraba vigente el seguro de vida grupo. Es decir, de acuerdo con lo señalado en el dictamen de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez del 23 de octubre de 2015 el señor Robín Jair Ortiz Samboni tuvo una pérdida del 34.90% y se determinó que la fecha de estructuración fue el 1 de septiembre de 2014, es decir cuando el mismo ya no ostentaba la calidad de beneficiario en el contrato de seguros. En consecuencia, para la fecha de la declaración de la incapacidad parcial el aquí demandante no era beneficiario del contrato de seguro, toda vez que fue retirado por su empleador el 26 de julio de 2012. Por lo tanto, no existe responsabilidad contractual a cargo de Allianz Seguros de Vida S.A.

La Superintendencia Financiera señaló con respecto al amparo de incapacidad total y permanente en el contrato de seguros, lo siguiente:

“En lo que respecta al amparo de incapacidad total y permanente en el contrato de seguros, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera señaló que pueden presentarse dos escenarios: la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral (PCL) y la fecha de calificación de la misma.

Si dichas fechas son coetáneas, no existirá discusión alguna respecto de la configuración del siniestro. **Por el contrario, si difieren entre sí, debe tomarse como referencia la fecha de la calificación, carácter constitutivo, siendo la más beneficiosa para el asegurado**³ (negrilla y subrayado por fuera del texto original).

Del texto anterior, es fácil colegir entonces que el amparo de incapacidad total y permanente se concreta con la fecha de estructuración de la pérdida de la capacidad laboral y la fecha de calificación de esta, esta última siendo la más beneficiosa para el asegurado. Sin embargo, descendiendo al caso en concreto para ninguna de las dos fechas el aquí demandante, el señor Robín Jair Ortiz Samboni ostentaba la calidad de beneficiario. Toda vez que la fecha de estructuración fue: 01/09/2014 y la fecha de la calificación fue: 23/10/2015 y el demandante fue retirado de aseguramiento por su empleador el 26 de julio de 2012, Tal y como se evidencia a continuación:

Origen: Accidente
Fecha de estructuración: 01/09/2014
Riesgo: Laboral
Fecha declaratoria: 23/10/2015
Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

Por lo que nótese como ninguna de las fechas anteriormente descritas se enmarcan dentro del periodo de asegurabilidad del aquí demandante, máxime cuando el objeto del contrato señaló lo siguiente:

³ Superfinanciera, Sentencia 2014-1167, sep. 11/15

GRUPO ASEGURADO: Personal vinculado al trabajo de campo del programa de erradicación de cultivos ilícitos, desde el momento en que se firme el respectivo contrato y aborde el vehículo transportador con el que inicia su traslado a la zona de labor, continuando con la fase de erradicación y hasta dos (2) días después que finalice la fase o el contrato como trabajador en misión, es decir, hasta que Empleamos reporte el retiro del grupo asegurado.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el aquí demandante se vinculó como asegurado el 26 de junio de 2016, como se puede observar a continuación:

Allianz  **Colseguros**

Señores
ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.
Ciudad

Ref. Anexo Funerario - Póliza de Vida Grupo No. VDGR3032

Yo, Robín Jair Ortiz 76027952 de _____, mayor de edad, identificación con la cédula de ciudadanía No. _____, actuando en nombre propio, conforme a los términos del artículo 1634, inciso 1° del Código Civil Colombiano, autorizo a ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A. para pagarle a PREVISORA SOCIAL COOPERATIVA VIVIR LOS OLIVOS el costo de los servicios funerarios que se generará a favor del asegurado por la ocurrencia del siniestro amparado por el Anexo Funerario de la Póliza de Vida Grupo No. 3032.

En Constancia de la anterior solicitud, se firma el presente documento en la ciudad de Boyacá a los 26 días del mes de junio del año 2012.

Atentamente,
Robín Jair Ortiz
Firma
Nombre
C.C. 76027952

www.colseguros.com

En virtud de lo anterior, el señor Robín Jair Ortiz Samboni ostentó la calidad de asegurado de la Póliza de Vida Grupo desde el 26 de junio de 2012 hasta el 26 de julio de 2012 y -dos días más según lo pactado en el objeto del contrato, esto es 28 de julio de 2012-, cuando el mismo empleador EMPLEADOS S.A. lo retiró por sufrir un accidente el 24 de julio de 2012, siendo así no existe cobertura para los hechos que el aquí demandante reclama. Pues lo correcto hubiese sido que se continuara con la suscripción del contrato hasta que se determinara la incapacidad. Máxime cuando hasta la fecha del retiro no se sabía la magnitud de las lesiones sufridas, por lo tanto, nótese como es super importante que se declare la incapacidad para afectar el contrato de seguros, pues el mismo no puede basarse en meros supuestos por cuanto ello podría incurrir en un error que afectase a cualquiera de las partes.

No obstante, por condiciones totalmente ajenas a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. el empleador retiró al demandante del seguro, máxime cuando en las condiciones particulares del contrato de seguros que nos ocupa se dejó bien claro que sería el empleador quien informaría el listado del personal a asegurar, tal y como se evidencia a continuación:

NOTA: El tomador suministrara previo a la suscripción a la póliza, listado del personal a asegurar que deberá ser remitido en medio magnetico y deberá contener: Cedula, Nombres y apellidos y fecha de nacimiento

Por lo anterior y teniendo en cuenta que por prohibición expresa el asegurador no podrá revocar unilateralmente el contrato como se contempla en el artículo 1159 del Código de Comercio, esta potestad esta única y exclusivamente en cabeza del tomador del seguro, por lo tanto, EMPLEAMOS S.A. era el único que revocar, o retirar beneficiarios del seguro.

En conclusión, se acreditó que no existe ninguna obligación en cabeza de la aseguradora, toda vez que para la fecha en la que se configuró el siniestro, no se encontraba vigente el seguro de vida grupo. Toda vez que, como se explicó anteriormente, el empleador del aquí demandante solicitó su retiro el 26 de julio de 2012, por lo tanto, el seguro para el actor únicamente estuvo vigente un mes pues se vinculó como beneficiario el 26 de junio de 2012 y se retiró el 26 de julio del mismo año. Así mismo, para la fecha de declaratoria de la incapacidad parcial, esto es para el 1 de septiembre de 2014 el demandante ya no ostentaba la calidad de beneficiario del seguro de Vida Grupo. Por lo tanto, no existe responsabilidad contractual a cargo de Allianz Seguros de Vida S.A.

F. NO SE ACREDITÓ LA OCURRENCIA DE UN DAÑO CON CARGO A ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A – ADEMÁS EXISTE ORFANDAD PROBATORIA SOBRE LA EXISTENCIA DE LOS PERJUICIOS ALEGADOS POR LA PARTE ACTORA.

Es de común conocimiento que es responsable del resarcimiento del daño quien lo haya producido con su conducta omisiva o activa, sin embargo nótese que de acuerdo a las pruebas recolectadas en el debate probatorio, al aquí demandante no se le ocasionó ningún daño merecedor de ser indemnizables, pues la negativa del pago de la indemnización por parte de ALLIAZN SEGUROS DE VIDA S.A. obedeció a temas netamente del giro normal del seguro, pues este no era parte de el y por ello no podía ser objeto de indemnización. En otras palabras, por parte de la aseguradora no se causó ningún daño, por cuanto quien decidía el personal que iba a ser o no beneficiario de la Póliza Seguro de Vida Grupo, era el empleador pues dicha potestad no la tenía la compañía. Siendo así, por parte de la aseguradora no se generó ningún daño.

Ahora bien, tampoco se evidencia que la parte actora se haya ocupado de acreditar la existencia de un daño con cargo a la compañía de seguros, omitiendo el deber que le asiste. A nivel jurisprudencial el Consejo de Estado⁴ ha determinado lo siguiente en relación con 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 avante 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

⁴Sentencia Consejo de Estado. Sección Tercera – Subsección B. 29 de octubre de 2012. Radicado: 13001-23-31-000-1992-08522-01(21429)

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 facticos 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 cuales fueron las actuaciones antijuridicas, el daño y el nexos causal que fundamentaron la *litis* en cabeza de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., máxime cuando (i) operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguros; (ii) no existe una relación contractual entre el demandante y la compañía y (iii) no se acreditó la causación de un daño por parte de la aseguradora. Siendo así no existe obligación indemnizatoria por parte de la compañía.

Ahora bien, frente al perjuicio moral solicitado, debe decirse que el mismo es totalmente improcedente por cuanto el aquí demandante ya fue indemnizado por este perjuicio y por estos hechos en el proceso con radicado 2014-00313 donde el Juzgado Primero Administrativo del Circuito de Mocoa profirió sentencia condenatoria y la misma fue confirmada por el H. Tribunal, donde se le reconoció a parte del perjuicio moral, el daño a la salud y lucro cesante, por lo que reconocer a un tipo de perjuicio en esta instancia configuraría un enriquecimiento sin justa causa y un pago doble que afecta gravemente los recursos de las entidades demandadas. Siendo así, se solicita al despacho negar el reconocimiento de perjuicios morales por cuanto, en primer lugar, no se acreditó su causación en este proceso y, en segundo lugar, el demandante ya fue indemnizado en otro asunto por estos hechos.

Por último, frente al pago del seguro de vida, debe decirse que el mismo es totalmente improcedente con cargo a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. toda vez que la compañía únicamente está obligada a lo pactado en las condiciones particulares y generales del contrato, siendo así y como se explicó ampliamente en los alegatos anteriores, el aquí demandante no figuraba con beneficiario de la Póliza Seguro de Vida Grupo para la fecha de la declaratoria de su incapacidad, por lo que la compañía no puede reconocer ningún tipo de indemnización.

En conclusión, solicito al despacho negar el reconocimiento de perjuicios solicitados por la parte actora de conformidad con los argumentos expuestos anteriormente y que evidencian una ausencia de responsabilidad de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**

CAPÍTULO III. PETICIÓN

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

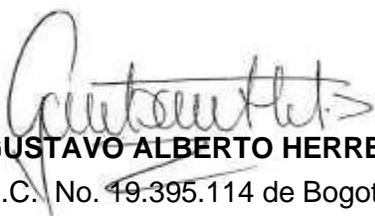
PRIMERO: Negar todas y cada una de las pretensiones de la demanda, declarando probadas las excepciones de fondo y mérito presentadas por **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** y en consecuencia se le absuelva al pago alguno por conceptos de indemnizaciones por los supuestos perjuicios alegados.

SEGUNDO: En el remoto evento en que los argumentos esbozados en el presente escrito no fueran de su convencimiento, no pierda de vista la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguros y la ausencia de responsabilidad contractual.

CAPÍTULO IV. 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.