

Señores:
JUZGADO DIECISÉIS ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CALI.
of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co
E. S. D.

PROCESO:	REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTES:	MÓNICA PILAR NIÑO CAMELO Y OTROS
DEMANDADO:	DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI Y OTROS
LLAMADO EN GARANTÍA:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
RAD. No.:	76001-33-33-016- <u>2022-00023</u> -00
ASUNTO	<u>ALEGATOS DE CONCLUSIÓN</u>

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino y residente en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114 expedida en la ciudad de Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con oficina en la Avenida 6 A Bis # 35N – 100 – Centro Empresarial de Chipichape – Oficina 212 de la ciudad de Cali, actuando en el presente proceso en mi calidad de apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, , por medio del presente escrito **REASUMO** el mandato a mi conferido, y por tanto, encontrándome dentro del término legal procedo a presentar **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**, solicitando desde ahora mismo que se profiera **SENTENCIA FAVORABLE** para mi representada, desestimando las pretensiones de la parte actora y declarando probadas las excepciones propuestas por mi defendida al momento de contestar la demanda y el llamamiento en garantía, de conformidad con los argumentos que enseguida se exponen:

I. OPORTUNIDAD

Mediante Auto notificado por estados el 15 de julio de 2025, el despacho resolvió prescindir de la audiencia de alegaciones y juzgamiento, de conformidad con lo dispuesto en el inciso final del artículo 181 del CPACA, corriendo traslado a las partes para presentar los alegatos de conclusión por escrito dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, siendo que vencido el término de traslado se proferirá la sentencia respectiva y la cual se notificará al amparo del artículo 203 ibidem. En ese orden de ideas, los términos se computan durante los días 28 de febrero, y los días 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 28 y **29 de julio de 2025**, por lo que se colige que este escrito se presenta dentro de la oportunidad procesal pertinente.

CONSIDERACIÓN PRELIMINAR: LO QUE SE DEFINE

En atención a la confrontación de los hechos y los cargos planteados en la demanda, los presupuestos del objeto demandado, su contestación, las excepciones formuladas y los pronunciamientos de las llamadas en garantía, se tiene que el problema jurídico a resolver según el acta de la audiencia inicial¹, es:

“(…) Se pretende a través de este medio de control, que se declare la responsabilidad extracontractual de las entidades accionadas a título de falla del servicio por la ASFIXIA PERINATAL SEVERA y ENCEFALOPATÍA HIPOXICA ISQUÉMICA generada al menor Ansel Santiago

¹ Llevada a cabo el día 15 de julio de 2024

Domínguez Niño, al momento de su nacimiento, que le ocasionó PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL SEVERA 2° ocasionada presuntamente durante la atención médica adelantada tanto al menor como a su madre en las entidades accionadas, durante los días 16 y 19 de enero de 2020; igualmente la afectación física y psicológica generada tanto a los padres, como a los otros demandantes.

Por su parte las entidades accionadas y las entidades llamadas en garantía, se oponen a la prosperidad de las pretensiones y formulan excepciones, entre otras: Inexistencia de falla del servicio médico por parte de la Red de Salud del Oriente ESE por haberse atendido a la señora Mónica Pilar Niño y su bebe recién nacido, conforme a los lineamientos médicos y protocolos vigentes para el efecto – las complicaciones fueron riesgos inherentes a la prestación del servicio; Caso fortuito; Indebida liquidación de perjuicios con relación al daño aludido y/o carencia de prueba que justifique las sumas pretendidas mediante el medio de control de reparación directa, entre otras. (...).”.

En dicho sentido, para sostener nuestra posición y que la misma sea relevante para el desenlace del litigio, se formulan los siguientes alegatos

I. OPOSICIÓN A LAS CONSIDERACIONES DE LA PARTE ACTORA RESPECTO A LA RESPONSABILIDAD DE LAS DEMANDADAS

1. SE ACREDITÓ LA FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA RESPECTO DEL DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI.

No existe legitimación en la causa por pasiva del ente territorial, toda vez que, de conformidad con los hechos consignados en el escrito de demanda, este medio de control pretende la reparación de una serie de perjuicios que presuntamente se ocasionaron por una supuesta falla en la prestación del servicio médico derivado de las atenciones recibidas por la señora MÓNICA PILAR NIÑO CAMELO en el trabajo de parto que se llevó a cabo para el nacimiento del menor ANSEL DOMÍNGUEZ. Servicio que estuvo a cargo del HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO ESE, HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE y la EPS MEDIMAS SAS y no del Distrito.

De esta manera, resulta evidente que el Distrito Especial de Santiago de Cali, no cuenta con legitimación en la causa por pasiva en el presente asunto, pues, no tuvo ningún tipo de incidencia en la producción del daño alegado por la parte actora, de hecho, el ente territorial, ni siquiera cuenta con funciones relacionadas con la prestación del servicio de salud, pues dichas funciones se reservan a las entidades definidas en el artículo 185 de la Ley 100 de 1993:

ARTÍCULO 185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. *Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.*

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la demanda pretende afirmar alguna participación del ente territorial

en el marco de las actuaciones de la Secretaría de Salud del Distrito, es necesario poner de presente que el legislador colombiano definió las obligaciones que se encuentran a cargo de los municipios con relación al sector de la salud, indicando lo siguiente:

“ARTÍCULO 44. Competencias de los municipios. *Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:*

44.1. De dirección del sector en el ámbito municipal:

44.1.1. *Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental.*

44.1.2. *Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio, y administrar los recursos del Fondo Local de Salud.*

44.1.3. *Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.*

44.1.4. *Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.*

44.1.5. *Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.*

44.1.6. *Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.*

44.2. De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud

44.2.1. *Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.*

44.2.2. *Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.*

44.2.3. *Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.*

44.2.4. *Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes.*

44.3. De Salud Pública

44.3.1. *Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica municipal.*

44.3.2. *Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial.*

44.3.3. *Además de las funciones antes señaladas, los distritos y municipios de categoría especial, 1, 2 y 3, deberán ejercer las siguientes competencias de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales.*

44.3.3.1. *Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana.*

44.3.3.2. *Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población generadas por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras y olores, entre otros.*

44.3.3.3. *Vigilar en su jurisdicción, la calidad del agua para consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas; así como la calidad del aire. Para tal efecto, coordinará con las autoridades competentes las acciones de control a que haya lugar.*

44.3.4. *Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.*

44.3.5. *Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos, aeropuertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto*

público y plantas de sacrificio de animales, entre otros.

44.3.6. Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9 de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan.”

De la lectura, se colige que las obligaciones de la Secretaría de Salud del Distrito Especial de Santiago de Cali, se encaminan al direccionamiento de las políticas públicas de salud en su territorio, así como la vigilancia del sistema, **pero no se encuentra a su cargo la prestación directa del servicio.**

Es necesario precisar, que el Consejo de Estado ha sido pacífico en su jurisprudencia al distinguir entre la legitimación en la causa de hecho y material, indicando que la primera, se refiere a la simple vinculación procesal de las partes, mientras que la segunda, a su participación real en los hechos que motivan el litigio.

“La legitimación en la causa ha sido definida por la jurisprudencia del Consejo de Estado como la calidad que le permite a una persona que hace parte de una relación jurídica proponer demandas u oponerse a las pretensiones que se formulen en su contra.

*Bajo ese entendido, **esta Corporación ha diferenciado entre la legitimación en la causa de hecho y la material.** La primera hace referencia a la relación procesal que se establece entre el demandante y el demandado por intermedio de la pretensión procesal, es decir, cuando el libelo introductorio atribuye una conducta al demandado y se notifica su existencia. Se relaciona entonces con la facultad de los sujetos litigiosos para intervenir en el trámite del plenario y ejercer sus derechos de defensa y de contradicción.*

*Por su parte, **la legitimación material en la causa alude a la participación real de las personas en el hecho que origina las pretensiones de la demanda, independiente de que dichas personas hayan demandado o hayan sido demandadas.** Esta categoría supone entonces la conexión entre las partes y los hechos constitutivos del litigio, bien porque resultaron perjudicadas o bien porque originaron el daño.*

***De ahí que un sujeto pueda estar legitimado en la causa de hecho, pero carecer de legitimación en la causa material, lo cual ocurrirá cuando a pesar de ser parte dentro del proceso no tenga relación alguna con los intereses inmiscuidos en el mismo, por no tener conexión con los hechos que motivaron el litigio. (...)**²*

De esta manera, en los términos expresados por el máximo órgano de la jurisdicción contencioso administrativa, es claro que en el presente caso el Distrito Especial de Santiago de Cali no cuenta con legitimación material en la causa por pasiva; debido a que no tiene a su cargo ninguna obligación relacionada con la prestación del servicio de salud, y consecuentemente, no participó en la atención médica que está siendo cuestionada en el medio de control.

La totalidad de las pruebas que obran en el expediente indican que la atención brindada a la demandante durante su proceso de parto, se dio de acuerdo a su afiliación en a la EPS MEDIMAS S.A.S.; y se prestó por las IPS Hospital Carlos Holmes Trujillo forma parte de la Red de Salud del Oriente E.S.E., y el Hospital Universitario del Valle (H.U.V.). Todas estas entidades, cuentan con personería jurídica propia, así como autonomía administrativa y financiera; además, ninguna de ellas cuenta con una filiación al Distrito Especial de Santiago de Cali, de lo cual se desprende su evidente carencia de legitimación material en la causa por pasiva. De conformidad con las razones expuestas, solicito que se declare probada este alegato.

2. SE ACREDITÓ LA INEXISTENCIA DE LA FALLA MÉDICA, COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN Y TRATAMIENTO ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO, CARENTE DE CULPA Y REALIZADO CONFORME A LOS PROTOCOLOS DE SERVICIO DE SALUD POR

² Sección Tercera del Consejo de Estado. Sentencia del 23 de octubre de 2024. M.P. NICOLÁS YEPES CORRALES. Radicado No. 11001-03-26-000-2014-00034-00 (50221).

PARTE DE LA RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE Y AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA ESE

De acuerdo con las pruebas practicadas en el expediente, es posible concluir que se encuentra acreditada la inexistencia de una falla en el servicio médico en la atención recibida por la demandante en las instituciones prestadoras del servicio de salud que conforman la parte pasiva del litigio.

Es importante indicar, que el régimen probatorio aplicable a los casos en los que se estudia la responsabilidad médica ha sido objeto de muchos cambios en cuanto a los criterios manejados por el Consejo de Estado, teniendo inicialmente como régimen aplicable la falla probada del servicio, en la que quien pretende la declaratoria de responsabilidad debe acreditar el error por parte de la demandada; pasando posteriormente por la falla presunta del servicio, en donde se invertía la carga probatoria; para finalmente, desde el 2006, unificar la jurisprudencia estableciendo nuevamente la falla probada del servicio como régimen probatorio aplicable. En sentencia del 4 de diciembre de 2023, la sección tercera del Consejo de Estado explicó esta transición en los siguientes términos:

*“El régimen probatorio aplicable a los juicios por responsabilidad médica ha variado en la jurisprudencia de esta Corporación a lo largo de los años. Inicialmente fue adelantado bajo el régimen de falla probada del servicio, más tarde se ajustó a los supuestos de la falla presunta y, después, a los lineamientos teóricos de la carga dinámica de la prueba. **A partir del año 2006, el régimen probatorio ha estado sujeto al régimen de falla probada, lo que quiere decir que, en la actualidad, quien pretenda la reparación de un daño ocasionado como consecuencia del acto médico soporta la carga de probar la afectación y su imputación al órgano demandado.**”³*

En virtud de la jurisprudencia en cita, actualmente, quien pretenda la declaratoria de responsabilidad por una falla médica, tiene a su cargo acreditarla. Ahora bien, es necesario indicar, que para efectos de probar un error en el actuar del personal que presta el servicio de salud, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sido clara al determinar, que la conducta de los galenos debe ser analizada teniendo en cuenta que su responsabilidad es de medios y no de resultados.

En el mismo sentido se dirigen las disposiciones contenidas en la Ley 1164 de 2007 por la cual se dictan disposiciones en materia del talento humano en salud, en la cual, sobre la obligación de los galenos se expresa lo siguiente:

ARTÍCULO 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. <Artículo modificado por el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> *Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. 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 medio, basada en la competencia profesional.***

A lo largo del proceso, ha quedado acreditado que el Hospital María Inmaculada E.S.E. y la Clínica Colombia prestaron el servicio de salud de forma diligente a la señora MÓNICA PILAR NIÑO CAMELO; tal y como se evidencia en la historia clínica, documento en el que se observa que la paciente recibió las siguientes atenciones:

³ Sección Tercera del Consejo de Estado. Sentencia del 4 de diciembre 2023. C.P. JAIME ENRIQUE RODRÍGUEZ NAVAS. Radicado: 6300123310002010003440

1. RED SALUD DEL ORIENTE E.S.E. – HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO.

- 16 de enero de 2020 – Sede Meléndez.
 - **Motivo de consulta:** Embarazo de 40.3 semanas. Refiere salida de líquido.
 - **Profesional:** Dra. Diana Nohelia Caldas Zúñiga.
 - **Triage:** Clasificación III. Signos vitales estables.
 - **Diagnóstico:** Gestante G1P0 en semana 40.3 sin trabajo de parto activo.
 - **Conducta:**

Remisión a nivel III: Se emite orden de atención del parto en el Hospital Universitario del Valle (HUV).

Recomendaciones y signos de alarma.

- 18 de enero de 2020
- **Motivo de consulta:** Reconsulta por contracciones. Refiere inicio de trabajo de parto.
- Atención por varios médicos (entre ellos, Dr. Perdomo y Dr. Domínguez).
- **Diagnóstico:** Trabajo de parto latente.
- **Conducta:**
 - Observación en sala.
 - Revaloraciones periódicas. Monitoreo fetal.
 - Se ordena deambulacion hospitalaria y vigilancia.

2. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE.

- 17 DE ENERO DE 2020.
- **Motivo de consulta:** Control prenatal en seguimiento por alto riesgo (edad materna).
- **Diagnóstico:** Primigesta añosa. Inicio leve de actividad uterina..
- **Conducta:**
 - Observación desde las 07:43 hasta las 12:24.
 - Se descarta trabajo de parto activo.
 - Se da egreso con signos de alarma

Tal y como se observa en la historia clínica, las entidades demandadas brindaron una adecuada y diligente atención a la paciente; en ningún momento se retrasó la prestación del servicio o se logró verificar un actuar negligente por parte de los galenos. Esto es corroborado por las declaraciones testimoniales que se rindieron a lo largo del proceso.

Se destacan entre otras, las declaraciones del Dr. Federico Cardona Betancourt, quien en audiencia de pruebas celebrada el 22 de agosto de 2024 indicó que el 14 de enero de 2020 se realizaron pruebas para comprobar el bienestar fetal y el de la madre, evaluando la posibilidad de intervenir inmediatamente o si era posible culminar el proceso de gestación en la semana 41. En dicha revisión clínica no se evidenciaron signos alarmantes y por esa razón se ordenó el egreso de la paciente.

Información que fue corroborada por la Dra. María Katherine Narváez Trujillo, quien afirmó que hasta la última atención brindada en el HUV no existía ningún síntoma de alarma para ordenar la finalización del embarazo. A la misma conclusión arribó la Dra. Paola Andrea Tabares Romero, al indicar que, en el momento de la atención brindada en el HUV, se logró verificar que no tenía indicación de manejo intrahospitalario, no se encontraba en trabajo de parto y no tenía factores de riesgo para finalizar el embarazo en la semana 40, se podía continuar una semana más. La orden de egreso se le dio con todas las recomendaciones.

Por su parte, la Dra. Diana Nohelia Caldas, que brindó atención en el HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO perteneciente a la RED DE SALUD ORIENTE E.S.E.; manifestó que a la paciente se le brindó atención el 16, 18 y 19 de enero de 2020. El día 16 de enero estaba en parto, no tenía cambios cervicales y se le dio egreso con indicaciones para que la paciente re-consultara. El 18 de enero, la monitoria fetal se encontraba en categoría 1 (no había sufrimiento fetal) y continuaba en parto, por eso se dejó en deambulaci3n intrahospitalaria y una vez entr3 en fase activa se le dio manejo y el 19 de enero de 2020 se atendió el parto. Se recibió un recién nacido, con Apgar menor de 3, con dificultad respiratoria y necesidad de remisi3n por urgencia vital al HUV.

Adem3s de las declaraciones rendidas y la informaci3n verificable en la historia clínic3, obra en el expediente el dictamen pericial rendido por el Dr. Carlos Casab3n Rodr3guez, quien, dentro de sus conclusiones, consider3 que el tratamiento brindado en el Hospital Carlos Holmes Trujillo fue adecuado, indicando que no existe un nexo causal entre la atenci3n desplegada y la parálisis cerebral sufrida por el menor.

Respecto al referido dictamen, la parte accionante tuvo la oportunidad de presentar una contradicci3n, que se materializ3 con el informe pericial rendido por el Dr. Ricardo Mart3nez, quien, en el marco de la contradicci3n a su experticia, llevada a cabo el día 29 de septiembre de 2024 en audiencia de pruebas, declar3, **que en el momento del parto no hab3a signos de sufrimiento fetal**, así como el hecho de que **el tiempo del proceso expulsivo no fue excesivo y la incidencia de factores externos a la atenci3n**, como el tamañ3 del beb3 y la inadecuada conducta de la paciente al pujar. Es decir, incluso el dictamen aportado por la parte da cuenta de la ausencia de una atenci3n negligente por parte del personal galeno que atendió a la demandante.

Finalmente, la última prueba allegada al expediente es el Informe Pericial de Clínica Forense No. UBCALCA-DSVA-14347-2024 rendido por el INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES en el que se corroboraron las conclusiones que se han venido poniendo de presente respecto a la adecuada atenci3n de las instituciones que participaron en la atenci3n del paciente:

CONCLUSIÓN

Teniendo como precedente todo lo anotado anteriormente, se considera que:

A. La atención en salud brindada durante los controles prenatales en la Red de Salud del Oriente ESE y Hospital Universitario del Valle fue adecuada a la atención esperada o norma de atención para el caso específico.

La atención brindada al binomio madre-hijo en el trabajo de parto en el Hospital Carlos Holmes Trujillo fue adecuada a la atención esperada o norma de atención para el caso en específico.

La atención brindada al paciente en el postparto en el Hospital Carlos Holmes Trujillo y Fundación Valle del Lili fue adecuada a la atención esperada o norma de atención para el caso en específico.

B. Lo presentado por el niño Ansel Santiago Domínguez Niño es una complicación relacionada con la distocia dinámica por el inadecuado pujo de su madre en el momento del parto y no está asociado directamente a la atención médica prestada, por lo que se considera que no existe nexo de causalidad médica entre la atención brindada durante los controles prenatales, el trabajo de parto, parto o la atención postparto.

C. Por lo anterior, no se fijan parámetros médico legales a las complicaciones presentadas en el niño Ansel Santiago Domínguez Niño.

En este sentido, no es posible predicar responsabilidad en contra de la entidad demandada, habida cuenta, de que las obligaciones en la prestación del servicio médico son de medio y no de resultado; la única obligación exigible a las entidades que prestan el servicio de salud, es la de garantizar una actuación diligente y adecuada, carente de culpa o dolo; exigencia cuyo cumplimiento se encuentra acreditado en este asunto, pues el personal galeno encargado de la atención, prestó el servicio de salud de forma adecuada y diligente, ordenando todos los procedimientos, tratamientos y exámenes pertinentes desde la primera atención.

3. SE ACREDITÓ QUE EL RIESGO ERA INHERENTE AL TRATAMIENTO.

En el presente proceso se acreditó que el resultado del tratamiento brindado a la señora MÓNICA PILAR NIÑO CAMELO, obedeció a un riesgo inherente al proceso de alumbramiento. Debe indicarse que el resultado del procedimiento médico se dio con ocasión a la propia condición materno – fetal; condiciones como el tamaño del bebé, así como la dificultad de la paciente para pujar durante el proceso fueron las determinantes en el resultado.

De conformidad con la declaración rendida por la Dra. María Katherine Narváez Trujillo, el expulsivo prolongado se pudo haber provocado por el tamaño del bebé. En el mismo sentido se dirigieron las manifestaciones del Doctor Ricardo José Martínez en la contradicción del dictamen pericial, cuando indicó que entre las posibles causas del resultado se encontraban el tamaño del bebé – peso superior a 3.700 gr – y la poca colaboración de la paciente para pujar, requiriendo la maniobra de Kristeller.

A la misma conclusión llegó el Dr. Oscar Casabón en su dictamen pericial, pues durante la contradicción del mismo – adelantada en audiencia de pruebas del 27 de noviembre de 2024 – el galeno precisó que en el proceso expulsivo el único factor que afectó la falta de oxigenación del bebé fue la falta de colaboración de la madre al pujar inadecuadamente.

Esta información puede ser corroborada en la historia clínica que obra en el expediente, en donde se observan las siguientes anotaciones:

Descripción:

NOTA PARTO Y RECIEN NACIDO

PACIENTE VALORADA POR EL DR GUSTAVO PERDOMO CON DILATACION Y BORRAMIENTO COMPLETO POR LO CUAL SE TRASLADA A SALA DE ATENCION DEL PARTO A LAS 09+00 HRS, SE COLOCA EN POSICION DE LITOTOMIA, PREVIA SEPSIA Y ANTISEPSIA CON SOLUCION YODADA Y COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES, SE DIRIGE PUJO MATERNO EL CUAL ES INADECUADO, SE INSISTE DE MANERA REINTERADA DANDO RECOMENDACIONES DE PUJO Y RESPIRACION ADECUADA PARA UN BUEN TRABAJO DE PARTO, LAS CUALES CONTINUAN SIENDO INEFICIENTES PARA EL PARTO, SE REALIZA EPISIOTOMIA MEDIA LATERAL DERECHA, SE PROTEGE PERINE. PACIENTE SIN PUJO ADECUADO POR LO CUAL SE REALIZA MANIOBRA DE MC ROBERTS, Y PRESION SUPRA ABDOMINAL POR AUSENCIA DE PUJO PARA LOGRAR NACIMIENTO, PACIENTE ANSIOSA EL DR GUSTAVO PERDOMO REALIZA CATECTERIMOS VESICAL SALIENDO 200 CC DE ORINA, PACIENTE POCO COLABORADORA, NO SIGUE INDICACIONES MEDICAS, NI DE PUJO ADECUADO.

Con las pruebas practicadas a lo largo del proceso, es evidente que el resultado del procedimiento médico no se causa por un error de alguno de los galenos que atendió el parto, sino que, responde a un riesgo que se puede presentar en un alumbramiento; concretamente, a la combinación de dos factores: i) el tamaño del bebé y ii) el trabajo de pujo inadecuado por parte de la madre que alargó el tiempo expulsivo y obligó a los tratantes a acudir a la maniobra de Kristeller.

Además de lo anterior, debe indicarse que durante la atención brindada a la demandante en el Hospital Carlos Holmes Trujillo, no se observaron signos de sufrimiento fetal dentro de los resultados a la práctica de las monitorias fetales y por tanto, no había necesidad de un cambio en la conducta prescrita que era el trabajo de parto natural hasta el alumbramiento, quedando ampliamente demostrado que el resultado o complicación no fue producto de responsabilidad médica sino de una condición propia del binomio materno – fetal, la cual era posible de presentarse en el proceso de alumbramiento.

Al respecto, el Consejo de Estado ha reconocido que, un cuadro clínico agravado como el que se presenta en este caso impide endilgar un error por parte del personal médico que brinda la atención.

“Por consiguiente, a partir de los elementos de prueba decretados y practicados en este proceso no es posible tener por demostrado la existencia de una relación de causalidad entre la conducta desplegada por las entidades demandadas y el lamentable deceso de la menor Marlen Alejandra Rentería Cáceres, sino que, al contrario, la probabilidad más preponderante es que el penoso evento haya tenido lugar por el estado de salud que ya sufría la paciente desde antes de ser atendida por los profesionales de la medicina. En todo caso, tampoco se logró probar que el personal de los centros hospitalarios accionados hubieran podido adelantar un comportamiento diferente al desplegado y con el cual se hubiese evitado el fallecimiento de la joven.”⁴

El caso que está siendo objeto de análisis, es uno extraordinario, debido a que la combinación de los dos factores mencionados es una situación que aumenta la probabilidad de obtener un resultado menos favorable en el tratamiento.

En definitiva, no es posible predicar responsabilidad en contra de las entidades demandadas en el medio de control, habida cuenta de que, en la atención del parto, se utilizaron todos los medios técnicos y científicos para llevar a buen término el procedimiento. El resultado desfavorable que generó el perjuicio que se pretende indemnizar en el medio de control se ocasionó debido a factores de riesgo propios del proceso de alumbramiento que no estaban bajo el control del cuerpo médico, que, de hecho, reaccionó de manera diligente cuando se presentaron estas complicaciones. En mérito de lo expuesto, no es posible predicar responsabilidad en contra de las entidades demandadas.

⁴ Sección Tercera del Consejo de Estado. Sentencia del 11 de diciembre de 2024. C.P. WILLIAM BARRERA MUÑOZ. Radicado: 76001-23-31-000-2009-01222-01 (68696)

4. **SE ACREDITÓ LA FALTA DE ADHERENCIA A LAS INDICACIONES DEL PERSONAL MÉDICO POR PARTE DE LA SEÑORA MÓNICA PILAR NIÑO CAMELO.**

En el presente proceso se acreditó la falta de adherencia al tratamiento por parte de la demandante, factor, que incidió en el resultado desfavorable del proceso de parto. Tal como consta en la historia clínica, el 16 de enero de 2020, la señora Mónica Pilar Niño Camelo fue valorada en urgencias y, tras establecerse que se trataba de un embarazo de alto riesgo por edad materna, se le expidió orden expresa de atención del parto en el Hospital Universitario del Valle – HUV, institución de nivel III de complejidad.

● Egreso			
Fecha y Hora:	16/01/2020 13:42:24	Profesional: Rivera Martinez Nataly Yisell.(medicina .)	
Servicio: URGEN	Cama:	Estado: VIVO	
Causa: ORDEN MEDICA	Destino: AMBULATORIO	Incapacidad: 0 Día(s)	Estadía: 0 Día(s) 2 Hora(s)
Diagnóstico			Tipo Diagnóstico
Principal (O479) FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACION			Impresion Diagnostica
Plan de Manejo Ambulatorio y Observaciones:			
REVALORACION DX 1. G1P0 2. GESTACION DE 40.3 SS POR ECO 3. FUV 4. PREPARTO *PARACLINICOS DE CONTROL* DICIEMBRE CRV: NEGATIVO RPR: NEGATIVA TOXO IGM: NEGATIVO HB: 13.1 // PLT: 225.000 NOVIEMBRE HB: 12.6 PLT: 258.000 GLICEMIA: 81 H1: 147 2H: 112 3H: 98 TSH: 1.00 T4: 0.79 TOXO IGM: 2.90 NEGATIVO SEPTIEMBRE: HB: 11.8 PLT: 241.000 JULIO: HEPATITIS B: NEGATIVO TOXO IGM 2.97 NEGATIVO TOXO IGG: NEGATIVO RUBEOLA IGG: POSITIVO UROCULTIVO TRATADO E. COLI PACIENTE DE G1P0 EN GESTACION DE 40.3 SEMANAS POR ECOGRAFIA TEMPRANA DEL 29/05/2019 QUE REPORTA DE 7.2 SEMANAS. QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 1 HORA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN SALIDA DE LIQUIDO ESCASO QUE MOJA EL PANTY, NIEGA DOLOR EN REGION PELVICA TIPO CONTRACCION, NIEGA AMNIOREA O GENITORRAGIA, NIEGA SINTOMAS PREMONITORIOS, PERCIBE MOVIMIENTO FETAL. NO TIENE ORDEN DE ATENCION DEL PARTO. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA SALIDA DE TAPON MUCOSO, NO AMNIOREA NI GENITORRAGIA. PACIENTE QUIEN CURSA CON PREPARTO, SE DECIDE DAR ORDEN DE PARTO PARA NIVEL I, SI EL 20/ENERO/2020 NO HA TENIDO SU TRABAJO DE PARTO DE FORMA NATURAL DEBERA PRESENTARSE AL HOSPITAL DEPARTAMENTAL PARA INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO PUES EPS MEDIMAS NO TIENE CONVENIO CON NIVEL II.			

Si bien la paciente posteriormente reconsultó por su cuenta el 18 de enero en la misma sede de primer nivel (Carlos Holmes Trujillo), dicha actuación fue contraria al direccionamiento previamente impartido por el profesional tratante. La entidad médica cumplió con su deber de orientar al usuario hacia el prestador adecuado conforme a su condición clínica, y no puede responsabilizársele por decisiones autónomas posteriores de la paciente.

Esta situación, fue mencionada por el Dra. Diana Nohelia Rojas durante la declaración rendida en la audiencia de pruebas del 22 de agosto de 2024, en donde expresó que la paciente al ingresar al servicio de urgencias omitió manifestar que tenía orden de atención en un Hospital de nivel 3. Precisando que las condiciones que presentó la paciente al momento del ingreso tampoco indicaban la necesidad de una remisión. Igualmente, el Dr. Ricardo José Martínez, durante la contradicción del dictamen pericial rendida el 29 de octubre, manifestó que no sabía por qué razón la paciente acudió al Hospital Carlos Holmes para la atención de su parto, si le habían indicado asistir al HUV, porque era un embarazo de alto riesgo.

En este sentido, no se configuró una falla del servicio, dado que existió una valoración médica oportuna, clasificación de riesgo adecuada, y referencia a un prestador habilitado para la atención requerida. La posterior reconsulta en primer nivel no puede atribuírsele como una omisión a las entidades que integran la parte pasiva del litigio.

5. **EL DESPACHO NO PODRÁ DESCONOCER EL PRECEDENTE VERTICAL DEL CONSEJO DE ESTADO EN LA RESPONSABILIDAD MÉDICA GINECO-OBSTETRA.**

Debido a la naturaleza de los hechos que motivan el medio de control, es necesario que el despacho tenga en cuenta que el Consejo de Estado ha sostenido que la carga probatoria en los casos en los que se

analiza la responsabilidad médica por una atención obstétrica es más rigurosa cuando lo que se estudia es un embarazo de alto riesgo, como el que se relaciona con los hechos del medio de control.

Es importante dejar claro lo anterior, porque, si bien, en términos generales, el alto órgano judicial de lo contencioso administrativo ha establecido un indicio de falla médica en procesos de embarazo, también es cierto que dicho indicio únicamente puede aplicarse cuando nos encontramos frente a un proceso de gestación y de parto ordinario; no cuando la atención médica se dio en el contexto de un embarazo de alto riesgo obstétrico.

En sentencia del 19 de febrero de 1998, el H. Consejo de Estado con ponencia del Consejero Daniel Suárez Hernández sentó las bases del indicio mencionado, siempre y cuando se tratará de un “*parto normal*”. En aquella oportunidad el alto tribunal dijo lo siguiente:

“Recuérdese que el campo de obstetricia ha dado lugar a discusiones dentro de la doctrina a propósito de si las obligaciones que surgen para los médicos tratantes en este campo de la medicina son de medio o de resultado y que al margen de la postura que se adopte sobre tan interesante punto, es lo cierto que es al médico a quien le incumbe demostrar que los eventuales riesgos que pueda comportar la atención de la parturienta, pueden exonerarlo en el caso concreto de la responsabilidad que se le endilga.

*“(…) es evidente...que un **parto normal**, no puede generar riesgos que no sean susceptibles de previsión y consiguiente control por parte de los médicos.*

(...)⁵”

Posteriormente, en sentencia del 17 de agosto de 2000, el H. Consejo de Estado recalcó que sólo en casos de “*partos normales*” la responsabilidad adquiere un matiz objetivo en la medida en que se trata de un proceso normal y natural y no con una patología. En aquella oportunidad dicha corporación mencionó lo siguiente:

*“(…) en el campo de la obstetricia, definida como “la rama de la medicina que se ocupa principalmente del embarazo, parto y los fenómenos posteriores al alumbramiento, hasta la involución completa del útero”, la responsabilidad médica tiende a ser objetiva, **cundo ab initio el proceso de embarazo se presentaba normal, es decir, sin dificultades o complicaciones científicamente evidentes o previsibles**, como sucedió en el presente caso. En efecto, se trataba de una mujer joven que iba a dar a luz a su primer hijo y quien durante el curso del proceso de embarazo no registró problemas que ameritaran un tratamiento especial.*

En casos como éstos, parte de la doctrina se inclina por encontrar una obligación de resultado, puesto que lo que se espera de la actividad médica materno-infantil, es que se produzca un parto normal, que es precisamente la culminación esperada y satisfactoria de un proceso dispuesto por la naturaleza, en donde la ciencia médica acude a apoyarlo o a prever y tratar de corregir cualquier disfuncionalidad que obstaculice su desarrollo normal o ponga en riesgo a la madre o al que está por nacer. Lo especial y particular de la obstetricia es que tiene que ver con un proceso normal y natural y no con una patología.⁶” (subrayado y negritas propias).

Como se observa, contrario a lo afirmado en la demanda, el indicio y/o mecanismo de facilitación probatoria en casos relacionados con el servicio de gineco-obstetricia sólo opera cuando el parto ha sido normal, circunstancia que lógicamente excluye partos de alto riesgo o con patologías. Así, por ejemplo, en sentencia del 14 de julio de 2005, el H. Consejo de Estado recordó que, en todo caso, la parte actora no se encuentra relevada de la carga probatoria tendiente a demostrar todos y cada uno de los elementos de

⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de febrero 19 de 1998, C.P. Daniel Suárez Hernández citado por: Serrano Escobar, L. G. (2000). Tratado de responsabilidad médica. Ediciones Doctrina y Ley.

⁶ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA. Consejero ponente: ALIER EDUARDO HERNÁNDEZ ENRÍQUEZ. Bogotá D.C., diecisiete (17) de agosto de 2000. Radicación número: CE-SEC3-EXP2000-N12123. Actor: JORGE ISAAC CATALAN BEDOYA Y OTROS. Demandado: INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES. Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

la responsabilidad del Estado y además sólo se podrán probar dichos elementos cuando el parto es normal, en aquella oportunidad la alta corporación manifestó lo siguiente:

“Debe precisarse, en esta oportunidad, que las observaciones efectuadas por la doctrina, que pueden considerarse validas en cuanto se refieren a la naturaleza especial y particular de la obstetricia, como rama de la medicina que tiene por objeto la atención de un proceso normal y natural, y no de una patología, sólo permitirán, en el caso colombiano, facilitar la demostración de la falla del servicio, que podría acreditarse indiciariamente, cuando dicho proceso no presenta dificultades y, sin embargo, no termina satisfactoriamente. No existe, sin embargo, fundamento normativo para considerar que, en tales eventos, la parte demandante pueda ser exonerada de probar la existencia del citado elemento de la responsabilidad. Y más exigente será, en todo caso, la demostración del mismo, cuando se trata de un embarazo riesgoso o acompañado de alguna patología.”⁷ (subrayado y negritas propias).

En providencia posterior, el alto tribunal de lo contencioso administrativo recordó que el indicio invocado por la parte actora sólo opera cuando: “(...) *el embarazo se ha desarrollado en condiciones normales* (...)”, la providencia es del siguiente tenor:

“En síntesis bajo el cobijo de la tesis que actualmente orienta la posición de la Sala en torno a la deducción de la responsabilidad de las entidades estatales frente a los daños sufridos en el acto obstétrico, a la víctima del daño que pretende la reparación le corresponde la demostración de la falla que acusa en la atención y de que tal falla fue la causa del daño por el cual reclama indemnización, es decir, debe probar: (i) el daño, (ii) la falla en el acto obstétrico y (iii) el nexo causal. La demostración de esos elementos puede lograrse mediante cualquier medio probatorio, siendo el indicio la prueba por excelencia en estos casos ante la falta de una prueba directa de la responsabilidad, dadas las especiales condiciones en que se encuentra el paciente frente a quienes realizan los actos médicos, y se reitera, la presencia de un daño en el momento del parto cuando el embarazo se ha desarrollado en condiciones normales, se constituye en un indicio de la presencia de una falla en el acto obstétrico, así como de la relación causal entre el acto y el daño.”⁸ (subrayado y negritas propias).

En providencia posterior, el alto tribunal de lo contencioso administrativo supeditó la aplicación del indicio aquí analizado al: “(...) *hecho de que la evolución y proceso de embarazo se hubiera desarrollado en términos normales hasta el momento del parto*”. En aquella oportunidad se dijo lo siguiente:

“Como se desprende de la posición más reciente de la Sala, en asuntos médicos de esta naturaleza - y eventualmente en otros -, la falla podría sustentarse en indicios, es decir, en el solo hecho de que la evolución y proceso de embarazo se hubiera desarrollado en términos normales hasta el momento del parto. Lo anterior, como quiera que el solo indicio de falla del servicio, aunado a la prueba de la imputación fáctica que vincula la conducta con el daño, daría lugar a encontrar acreditada la responsabilidad.

Por consiguiente, a la parte actora - en estos supuestos -, le corresponde acreditar el daño antijurídico, la imputación fáctica -que puede ser demostrada mediante indicios igualmente-, así como el indicio de falla, esto es, que el embarazo se desarrolló en términos normales hasta el momento del parto.”⁹ (subrayado y negritas propias).

Por último, conviene a traer a colación la sentencia del 17 de marzo de 2010 mediante la cual se recordaron dos cosas: que el título de imputación aplicable a casos de responsabilidad médica – aun tratándose de casos relacionados con el servicio de gineco-obstetricia – sigue siendo la falla del servicio y que la carga de la prueba no se invierte automáticamente, pues primero debe el actor acreditar la normalidad con la que curso el embarazo, circunstancia que se observa no ocurrió en el caso *sub judice*. En concreto, el H. Consejo de Estado dijo lo siguiente en aquella providencia:

⁷ Providencia citada por: Serrano Escobar, L. G. (2000). Tratado de responsabilidad médica. Ediciones Doctrina y Ley. Págs. 421- 422.

⁸ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCION TERCERA. Consejera ponente: RUTH STELLA CORREA PALACIO. Bogotá, D.C., veintiséis (26) de marzo de dos mil ocho (2008). Radicación número: 25000-23-26-000-1993-09477-01(16085). Actor: ELVIRA CABALLERO CORREDOR. Demandado: CAPRECOM. Referencia: ACCION DE REPARACION DIRECTA

⁹ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCION TERCERA. Consejero ponente: ENRIQUE GIL BOTERO. Bogotá D.C., primero (1) de octubre de dos mil ocho (2008). Radicación número: 25000-23-26-000-1999-01145-01(27268). Actor: LEONEL CEBALLOS GALLO Y OTROS. Demandado: INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES Y OTRO. Referencia: ACCION DE REPARACION DIRECTA.

“No obstante, en providencias más recientes se recogió dicho criterio para considerar que los eventos de responsabilidad patrimonial del Estado por la prestación del servicio médico de obstetricia no pueden ser decididos en el caso colombiano bajo un régimen objetivo de responsabilidad; que en tales eventos, la parte demandante no queda relevada de probar la falla del servicio, sólo que el hecho de que la evolución del embarazo hubiera sido normal, pero que el proceso del alumbramiento no hubiera sido satisfactorio constituye un indicio de dicha falla . En sentencia de 14 de julio de 2005 , dijo la Sala:

‘Debe precisarse, en esta oportunidad, que las observaciones efectuadas por la doctrina, que pueden considerarse válidas en cuanto se refieren a la naturaleza especial y particular de la obstetricia, como rama de la medicina que tiene por objeto la atención de un proceso normal y natural, y no de una patología, sólo permitirían, en el caso colombiano, facilitar la demostración de la falla del servicio, que podría acreditarse indiciariamente, cuando dicho proceso no presenta dificultades y, sin embargo, no termina satisfactoriamente. No existe, sin embargo, fundamento normativo para considerar que, en tales eventos, la parte demandante pueda ser exonerada de probar la existencia del citado elemento de la responsabilidad. Y más exigente será, en todo caso, la demostración del mismo, cuando se trate de un embarazo riesgoso o acompañado de alguna patología’.

En síntesis bajo el cobijo de la tesis que actualmente orienta la posición de la Sala en torno a la deducción de la responsabilidad de las entidades estatales frente a los daños sufridos en el acto obstétrico, a la víctima del daño que pretende la reparación le corresponde la demostración de la falla que acusa en la atención y de que tal falla fue la causa del daño por el cual reclama indemnización, es decir, debe probar: (i) el daño, (ii) la falla en el acto obstétrico y (iii) el nexo causal. La demostración de esos elementos puede lograrse mediante cualquier medio probatorio, siendo el indicio la prueba por excelencia en estos casos ante la falta de una prueba directa de la responsabilidad, dadas las especiales condiciones en que se encuentra el paciente frente a quienes realizan los actos médicos, y se reitera, la presencia de un daño en el momento del parto cuando el embarazo se ha desarrollado en condiciones normales, se constituye en un indicio de la presencia de una falla en el acto obstétrico, así como de la relación causal entre el acto y el daño.

No se trata entonces de invertir automáticamente la carga de la prueba para dejarla a la entidad hospitalaria de la cual se demanda la responsabilidad. En otras palabras no le basta al actor presentar su demanda afirmando la falla y su relación causal con el daño, para que automáticamente se ubique en el ente hospitalario demandado, la carga de la prueba de una actuación rodeada de diligencia y cuidado. No, a la entidad le corresponderá contraprobar en contra de lo demostrado por el actor a través de la prueba indiciaria, esto es, la existencia de una falla en el acto obstétrico y la relación causal con el daño que se produjo en el mismo, demostración que se insiste puede lograrse a través de cualquier medio probatorio incluidos los indicios, edificados sobre la demostración, a cargo del actor, de que el embarazo tuvo un desarrollo normal y no auguraba complicación alguna para el alumbramiento, prueba que lleva lógicamente a concluir que si en el momento del parto se presentó un daño, ello se debió a una falla en la atención médica”.¹⁰ (subrayado y negritas propias).

Por lo anterior, es claro que en los eventos donde se pretenda una indemnización por responsabilidad médica en gineco-obstetricia y el embarazo haya sido catalogado de alto riesgo, el demandante tenía la obligación de acreditar todos y cada uno de los elementos de la responsabilidad del Estado, situación que brilló por su ausencia pues el material probatorio obrante en el plenario advirtió que el daño que se pretende indemnizar se causó por factores externos a la atención brindada por las instituciones que prestaron el servicio de salud y que figuran como demandadas en el medio de control.

6. SE ACREDITÓ LA AUSENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LAS ACTUACIONES DESPLEGADAS POR EL HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO, EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Y EL PERJUICIO QUE SE PRETENDE INDEMNIZAR.

Teniendo en cuenta que, por las razones ya expuestas, no se tiene acreditada la falla médica en este proceso, lógicamente, tampoco estaría presente el nexo de causalidad que debería existir entre las actuaciones del personal que brindó la atención en las entidades que prestaron el servicio de salud a la

¹⁰ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA. Consejero ponente: MAURICIO FAJARDO GÓMEZ. Bogotá D.C., diecisiete (17) de marzo de dos mil diez (2010). Radicación número: 15001-23-31-000-1999-00091-01(17512). Actor: ANA JACQUELINE QUIROGA OTALORA Y OTRO. Demandado: CAJA NACIONAL DE PREVISIÓN SOCIAL – CAJANAL. Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA (APELACIÓN SENTENCIA)

demandante y el perjuicio que se pretende indemnizar con este medio de control. Tal y como se ha venido indicando a lo largo de este escrito, el lamentable resultado de la actuación médica obedece a factores externos a la misma, corresponden a riesgos inherentes que se pueden presentar en un proceso de parto.

De lo anterior se deduce que, en efecto, la parte demandante no logró acreditar la imputación que pretende encaminar en contra de las demandadas, incumpliendo con la carga probatoria que ha reconocido el Consejo de Estado:

“Para acreditar la falla en la prestación del servicio médico y el nexo causal con el daño, la parte demandante, que tiene la carga de probar ese supuesto de hecho, puede acudir a todos los medios de prueba, pero en responsabilidad médica y hospitalaria –sin que puedan considerarse los únicos medios probatorios procedentes– adquieren especial importancia el dictamen pericial y los indicios.”¹¹

En atención a la cita expuesta, no hay prueba que indique que la situación de salud actual del menor obedezca a la ausencia, omisión, negligencia o falta procedimiento, ya que la historia clínica, documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico registro de los hechos relevantes de la condición de salud y de las actuaciones de los médicos, no permiten entrever una dilación en su atención que resulte adjudicable a las E.S.E. acá demandas.

Respecto a la ausencia del nexo de causalidad, es importante que el despacho valore el dictamen pericial rendido por el Dr. Carlos Casabón Rodríguez, pues dentro de sus conclusiones indicó lo siguiente:

*“3. Con base en los registros clínicos y los procedimientos realizados determinar ¿La atención brindada durante el trabajo de parto de la señora Mónica Pilar Niño fue un factor determinante en la aparición de la patología observada en el recién nacido?
R/ No. La parálisis cerebral es una condición multicausal. Factores como la anemia crónica materna, toxosusceptibilidad, edad materna, y control prenatal insuficiente pueden haber contribuido a la condición del recién nacido. La atención brindada durante el trabajo de parto fue adecuada y no se considera un factor determinante exclusivo en la patología observada. Se reconoce que esta afección puede desarrollarse en diferentes momentos a lo largo del desarrollo del niño. Desde la concepción hasta dos años después del nacimiento”*

Es evidente, que no hay ninguna prueba de carácter técnico que permite comprobar la existencia de una relación causal entre la atención brindada por las entidades demandadas y el padecimiento del menor y su estado de salud actual. Al contrario, la totalidad de declaraciones rendidas, lo consignado en la historia clínica y lo indicado por los dos profesionales que presentaron dictámenes periciales al proceso, dan cuenta de la incidencia de factores externos en la producción del daño.

En suma, la parte actora fracasó al intentar acreditar el nexo de causalidad entre las actuaciones del personal de las instituciones demandadas y el perjuicio que pretende acreditar; entre los cuales se encuentra el hecho de que, desde el comienzo de la gestación, se catalogó el embarazo dentro de la categoría de alto riesgo, así como a las complicaciones que se presentaron al momento del alumbramiento relacionadas con el tamaño del bebé y la dificultad de la madre para pujar.

Por las razones expuestas, solicito que se declare probada este alegato..

¹¹ Sección Tercera del Consejo de Estado. Sentencia del 11 de diciembre de 2024. C.P. WILLIAM BARRERA MUÑOZ. Radicado: 76001-23-31-000-2009-01222-01 (68696)

7. OPOSICIÓN A LOS PERJUICIOS MORALES SOLICITADOS POR LA PARTE ACTORA.

Teniendo en cuenta los argumentos que se han venido desplegando, es evidente que, al no existir responsabilidad por parte de las entidades demandadas, mucho menos es posible acceder a las pretensiones de la parte actora. Respecto a la tasación de este perjuicio, de acuerdo al contenido del escrito de la demanda y los lineamientos planteados en la Sentencia de Unificación del Consejo de Estado, es excesiva la tasación de perjuicios morales que ha realizado la parte actora, pues el menor Ansel Santiago Domínguez Niño y sus padres (Pedro Andrés Domínguez Ospina y Mónica Pilar Niño Camelo) reclaman el equivalente a 200 SMLMV para cada uno, lo cual, contrastado con la sentencia de unificación del Consejo de Estado respecto al reconocimiento de perjuicios inmateriales, resulta a todas luces exorbitante. Primero, porque el máximo reconocimiento no excede de 100 SMLMV para las relaciones afectivas de nivel 1, esto es, las conyugales y paterno filiales, salvo casos especiales, pero este no lo es. Segundo, porque no se ha acreditado por el apoderado del extremo activo, siendo su deber, que el menor Ansel Santiago Domínguez Niño padezca de una lesión igual o superior a una persona que es declarada en estado de invalidez (igual o superior al 50% de pérdida). De conformidad con la jurisprudencia de unificación del Consejo de Estado que establece los siguientes topes indemnizatorio.

REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	Victima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	15
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	12
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	9
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	6
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	3
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1,5

Por su parte, la señora Margarita Ospina Ramos y María Elisa Arturo de Camelo en su condición de abuela y bisabuela, respectivamente, reclaman el equivalente a 100 SMLMV para cada una, lo cual, en los mismos términos, contrastado con la sentencia de unificación del Consejo de Estado respecto al reconocimiento de perjuicios inmateriales, resulta a todas luces exorbitante. Lo anterior, considerando que la abuela de Ansel Santiago Domínguez se encuentra en segundo grado de consanguinidad con él, y el eventual reconocimiento más alto no podrá exceder de los 50 SMLMV, y, por otra parte, porque la bisabuela se encuentra en tercer grado de consanguinidad con el menor, por lo que, los perjuicios morales en su caso, no se presumen atendiendo a lo indicado en la sentencia de unificación del Consejo de Estado: *“Así las cosas, para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva, y finalmente, para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva.”*¹². En este sentido, debe indicarse que las pruebas practicadas no son suficientes para reconocer la existencia de un perjuicio en su contra. Lo mismo ocurre respecto a Yeini Zulay Dominguez Ospina, Elsa Victoria Camelo Arturo y Ancelmo Domínguez Ospina, que reclaman el

¹² Sección Tercera del Consejo de Estado. Sentencia de Unificación del 28 de agosto de 2014. C.P. JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA. Radicado No. 66001-23-31-000-2001-00731-01(26251)

equivalente a 50 SMLMV para cada uno, pese a que se encuentran en el tercer grado de consanguinidad. Frente a estos demandantes, tampoco se acreditó una afectación que genere este tipo de perjuicios y en cualquier caso, la suma eventualmente reconocida no debería exceder los 35 SMLMV.

Por las razones expuestas, solicito que, en caso de una eventual condena, se tengan en cuenta los parámetros fijados por la jurisprudencia de unificación del Consejo de Estado.

8. OPOSICIÓN AL “DAÑO A LA VIDA EN REALACIÓN” SOLICITADO POR LA PARTE ACTORA.

Respetuosamente manifiesto que, ME OPONGO rotundamente, a esta pretensión, por cuanto, el “daño por alteración grave de las condiciones de existencia – daño a la vida en relación”, no se encuentra dentro de la tipología indemnizatoria que para efectos de reparación ha establecido la Sección Tercera del Consejo de Estado.

Bajo este entendido, e incluso bajo el hipotético caso de que lo solicitado por la parte actora en este punto sea una indemnización por daño a la salud, el máximo órgano jurisdiccional ha establecido baremos claros respecto a los topes indemnizatorios para este rubro, los cuales se resumen en el siguiente cuadro:

GRAFICO	
REPARACION DEL DAÑO A LA SALUD	
REGLA GENERAL	
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	Víctima directa
	SMLMV
Igual o superior al 50%	100
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10

Con lo anterior, es necesario aclarar, en primer punto, que el único que tiene legitimación activa para reclamar este tipo de perjuicios es la víctima directa del daño, y no las personas con quien ésta sostenga vínculos de consanguineidad o afinidad. Por lo que, en todo caso, serían inadmisibles las pretensiones de la parte actora, por cuanto solicita la indemnización para todos los demandantes del proceso.

En ese orden de ideas, solicito que no se reconozca indemnización alguna por concepto de daño a la vida de relación, ya que esta categoría se encuentra totalmente proscrita en nuestro ordenamiento jurídico desde el 2014. De igual manera, se resalta que no resulta plausible en este caso reconocer ninguna suma por daño a la salud, como quiera que este perjuicio se reconoce únicamente a la víctima directa.

Por lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada este alegato.

9. OPOSICIÓN AL DAÑO A LA SALUD SOLICITADO POR LA PARTE ACTORA.

Bajo el entendido de que no se tiene acreditada la responsabilidad de la entidad demandada, tampoco es posible acceder a las pretensiones encaminadas a indemnizar por concepto de “*daño a la salud*” a la demandante por los montos solicitados. Ahora bien, es importante destacar que la solicitud indemnizatoria realizada por los demandantes por este concepto es abiertamente excesiva respecto a los parámetros fijados por el Consejo de Estado.

Se debe indicar en primer lugar, que el daño a la salud es un perjuicio que se reconoce, en caso de ser procedente, únicamente en favor de la víctima directa del accidente, razón por la cual, cualquier suma solicitada por una persona distinta, deberá ser rechazada de plano. En cuanto a la tasación, el Consejo de Estado ha establecido estándares correspondientes al valor de la reparación de los daños en caso de lesiones, por medio de una juiciosa unificación de jurisprudencia, la cual es vinculante para todos los jueces de esta jurisdicción y se resume en la tabla que se presenta a continuación:

GRAFICO	
REPARACION DEL DAÑO A LA SALUD	
REGLA GENERAL	
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	Víctima directa
	SMLMV
Igual o superior al 50%	100
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10

En ese sentido, no es procedente reconocer lo solicitado por la parte actora, primero, porque no es posible reconocer este perjuicio para personas distintas a la víctima directa; y segundo, incluso en el caso del menor ANSEL SANTIAGO DOMÍNGUEZ, no se encuentra acreditada la gravedad de sus padecimientos, pues no se practicó a lo largo del proceso ninguna prueba técnica que la determine.

10. OPOSICIÓN A LOS PERJUICIOS MATERIALES SOLICITADOS POR LA PARTE ACTORA.

En este acápite de la demanda, se solicitan múltiples indemnizaciones por diversos conceptos, que van desde el daño emergente, en denominaciones que nombran como “presente” y “pasado”, hasta indemnizaciones relacionadas con supuestos gastos de adaptación de vivienda, de vehículos, de vida escolar, etc.

Frente a todas estas pretensiones la defensa se dirige en el mismo sentido: ninguna de ellas se encuentra acreditada. Si bien en el escrito de demanda se enuncian diversos valores para cada una de las solicitudes indemnizatorias, lo cierto es que no existe ninguna prueba que acredite que el patrimonio de los demandantes se vio afectado de alguna forma a raíz de los hechos que motivan el medio de control. Las solicitudes se basan en meras expectativas de gastos, no en efectivas afectaciones al patrimonio; es decir, no existe ningún daño de carácter patrimonial que pueda ser indemnizado.

De acuerdo a los principios básicos de la responsabilidad estatal que rigen nuestro ordenamiento jurídico, es claro que el daño debe ser el primer elemento que se analice en un juicio de responsabilidad, pues éste se constituye como un requisito sin el cual, toda discusión se torna inoficiosa. La razón que explica esto, es simple: si no existe ningún daño, no es posible otorgar una indemnización, pues la naturaleza de la misma consiste en la reparación de un perjuicio.¹³

En este sentido, no es posible acceder a las pretensiones de la parte actora, pues se basan en simples suposiciones que no están soportadas por elementos probatorios que den cuenta del perjuicio. De hecho, se trata de suposiciones en las que ni siquiera se justifica de forma técnica cómo se llegó a los valores que se solicitan.

Dentro de este acápite existe incluso una pretensión encaminada al reconocimiento de una pensión vitalicia de invalidez en favor del menor ANSEL SANTIAGO DOMÍNGUEZ NIÑO, solicitud que es evidentemente improcedente debido a que el reconocimiento de pensiones obedece a los requisitos que para ello están establecidos en el ordenamiento jurídico y, en todo caso, el medio de control de reparación directa no es el idóneo para presentar este tipo de solicitudes.

II. DE LAS EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.

1. SE ACREDITÓ LA FALTA DE COBERTURA MATERIAL POR LA MATERIALIZACIÓN DE EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 660-88-994000000002.

En el presente caso, se acreditó la falta de cobertura material de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 660-88-994000000002, debido a la materialización de exclusiones pactadas en el contrato de seguro. De acuerdo a lo indicado en el condicionado general de la Póliza, en el contrato de seguro se excluyeron las reclamaciones por concepto de perjuicios morales; además, también se encuentran excluidos aquellos riesgos relacionados con los perjuicios que puedan surgir en el proceso del gestación, de suerte que, el reclamo de los demandantes, es inasegurable.

En materia de contratos 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 2022, 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 de 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*

¹³ Henao, Juan Carlos. (1998), pp. 25 – 27.

referido contrato de seguro.

Así las cosas, se evidencia cómo por parte del órgano de cierre de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, se ordena tener en cuenta las exclusiones contenidas en los contratos de seguro. En este sentido, en el improbable y remoto caso en el que el juez dicte un fallo condenatorio en contra de las entidades demandadas, se debe tener en cuenta que de conformidad con los hechos que motivan la demanda, se configuraron las exclusiones pactadas en las condiciones generales y particulares del contrato de seguro, que cito a continuación:

2. EXCLUSIONES

SE EXCLUYEN DE LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA LAS RECLAMACIONES QUE TENGAN ORIGEN O SE DERIVEN DE:

2.16 LUCRO CESANTE, DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL QUE NO SE ENCUENTRE ESPECÍFICAMENTE AMPARADA.

2.29 DAÑOS GENÉTICOS CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.

Esta exclusión es eficaz de conformidad con los requisitos exigidos en la sentencia de unificación de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia del 2022¹⁴, en tanto resulta clara y entendible de para cualquier persona, escrita en caracteres legibles y ubicada después de los amparos. Adicionalmente, es necesario precisar que, desde el proceso de licitación pública llevado a cabo para suscribir el contrato de seguro, la administración tenía pleno conocimiento del contenido de las exclusiones pactadas en la Póliza.

Ahora bien, es evidente que en el caso concreto se encuentran materializadas ambas exclusiones atendiendo a la solicitud realizada por la parte actora encaminada al reconocimiento de indemnización por concepto de perjuicios morales y a la naturaleza de los hechos, que se relacionan, con la atención médica a un proceso de parto. De suerte que, incluso si se accede a las pretensiones de la parte actora, no es posible condenar a la compañía aseguradora, habida cuenta de que dicha eventualidad, sería, por ministerio de lo acordado en el contrato de seguro, es inasegurable.

2. SE PROBÓ LA INEXIGIBILIDAD DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 660-88 994000000002.

Respecto al llamamiento en garantía se debe destacar como primera medida, que la responsabilidad de mi prohijada solo puede verse comprometida ante el cumplimiento de la condición pactada, de la que pende el surgimiento de la obligación condicional, esto es la realización del riesgo asegurado.

Es decir que la responsabilidad de mi representada está supeditada al contenido de la póliza, sus diversas condiciones, al ámbito de amparo, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado, a los riesgos asumidos por la convocada, a los valores asegurados para cada amparo, al deducible pactado etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación

¹⁴ Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 27 de septiembre de 2022. - SC2879-2022. M.P. LUIS ALFONSO RICO PUERTA. Radicado Número. 11001-31-99-003-2018-72845-01

condicional que contrae el asegurador y por eso el juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial que sirve de base para el llamamiento en garantía, al contenido del contexto de la correspondiente póliza. Para el caso concreto, la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas Y Centros Médicos No. 660-88 994000000002 tiene como objeto de amparo el siguiente:

1. AMPARO BÁSICO

BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

1.1.1 EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR LOS MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y PERSONAL AUXILIAR VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO LA RECLAMACIÓN DE LOS TERCEROS O EL PROCESO JUDICIAL EN EL QUE POSTERIORMENTE HAYA DE SER DECLARADA LA RESPONSABILIDAD SEAN CONOCIDOS POR PRIMERA VEZ POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O ÉSTOS CONOZCAN POR PRIMERA VEZ QUE HABRÍAN DE INICIARSE EN SU CONTRA, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO Y, TENGAN FUNDAMENTO EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO POR ELLA.

Condición que nunca se cumplió, por lo que no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas Y Centros Médicos No. 660-88 994000000002**. En el expediente ciertamente no está demostrada la responsabilidad que pretende el extremo activo endilgar, toda vez que, tal y como se ha venido indicando, la E.S.E. RED SALUD DEL ORIENTE no incurrió en una falla en el servicio médico en la atención de la paciente. Adicionalmente, para justificar sus pretensiones el grupo demandante no cuenta con pruebas fehacientes para determinar la causación de los supuestos daños materiales e inmateriales sufridos; ya que, como se observó con anterioridad, los perjuicios extrapatrimoniales están excesivamente tasados y los patrimoniales no se encuentran acreditados.

Partiendo de los alegatos expuestos frente a la responsabilidad estatal endilgada, y atendiendo al acontecer fáctico del proceso, es dable concluir que, en este caso, no se estructuró la responsabilidad del asegurado. Así las cosas, **NO** se realizó alguno de los riesgos asegurados por mi representada y por ende no nació la obligación de indemnizar a cargo de ésta, de allí que, al no realizarse el riesgo asegurado (responsabilidad), se tiene que no se ha demostrado la ocurrencia del siniestro según el artículo 1072 del código de Comercio, en armonía con el artículo 1054 del mismo estatuto. Por lo tanto, la improbable obligación indemnizatoria de la aseguradora solo nace sí efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal.

Sobre la relevancia del objeto asegurado en el contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil, Sentencia del 2 de mayo de 2000. Ref. Expediente: 6291. M.P: Jorge Santos Ballesteros; indicó lo siguiente:

Son la columna vertebral de la relación asegurativa y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de este negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro, definir la oportunidad y modo de ejercicio de

los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanar.

Por lo tanto, se trata de una manifestación que enmarca las condiciones que regulan las obligaciones del asegurador, por lo que el juzgador debe ceñirse a lo expresamente enunciado en el condicionado del contrato de seguro. Vale la pena recordar al respecto, que el contrato de seguro contiene una obligación condicional a cargo del asegurador, (la de indemnizar), una vez ha ocurrido el riesgo que se ha asegurado (Arts. 1045, 1536 y 1054 del Código de Comercio). Por ello, el nacimiento de la indemnización pende, exclusivamente, de la realización del siniestro contractualmente asegurado, por lo cual, no cualquier acto o hecho tiene la propiedad de ser un acto asegurado, sino únicamente tienen esta característica aquellos actos y hechos que son expresamente pactados en la póliza del contrato de seguro.

Esto significa que la responsabilidad del asegurador se podría predicar solo cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada, en esta hipótesis, ha de sujetarse a lo convenido en la póliza y está limitada contractualmente a la suma asegurada sin perjuicio del deducible que es la porción que de cualquier siniestro le corresponde asumir a la entidad asegurada y sin perjuicio de la aplicación de las causales de exoneración o exclusión pactadas en el seguro.

En conclusión, la póliza en comento no podrá ser afectada, en tanto no ha surgido la obligación condicional de la que pende para el surgimiento del deber indemnizatorio a cargo de mi representada, pues el siniestro, en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, es inexistente, toda vez que dentro del plenario no se logró acreditar la falla médica endilgada por la parte actora.

En los anteriores términos solicito al señor Juez declarar probada este alegato.

3. EXISTENCIA DE UN DEDUCIBLE A CARGO DEL ASEGURADO.

Adicionalmente y sin perjuicio de las razones expuestas que indican que no hay responsabilidad de mi representada, y de los demás argumentos que se presentarán más adelante, también se debe tener presente que al momento de convenir los amparos en la póliza que nos ocupa, se establecieron una serie de condiciones que deberán de ser tenidas en cuenta a la hora de dictar un fallo.

En primer lugar, se pactó un deducible, que corresponde a una suma de dinero del valor del siniestro que se asumirá el asegurado como coparticipación en el mismo. Es por ello, que en las carátulas de la póliza expedida por mi Representada, se concertó un deducible el cual corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta la RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E. En este caso se pactó un deducible que asciende al 10% del valor de la pérdida con un mínimo de 10 SMLMV.

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2.500.000.000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		2.500.000.000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		2.500.000.000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		2.500.000.000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		2.500.000.000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		2.500.000.000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		250.000.000.00	0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMLMV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS			

15

¹⁵ Carátula de la Póliza No. 660-88- 994000000002

Por otra parte, y de acuerdo con la normatividad vigente, la Superintendencia Financiera de Colombia en Concepto No. 2019098264 del 29 de agosto de 2019, ha sido clara en definir en qué consiste el deducible indicando lo siguiente:

...Sin embargo, es preciso señalar que en nuestro ordenamiento jurídico no existe disposición que obligue al asegurador a indemnizar conforme a determinado régimen específico, en consecuencia, sea que la incapacidad o la lesión se acredite en las formas mencionadas en su comunicación, la fijación del monto de la indemnización se rige por las estipulaciones que al respecto hubieren pactado el tomador y el asegurador. Dicho esto, en una póliza donde se ampara la responsabilidad civil extracontractual el monto de la indemnización puede verse disminuido si las partes han pactado que un porcentaje de la pérdida se asumirá a título de deducible por el asegurado, convenio que resulta legalmente viable, de acuerdo con nuestro ordenamiento mercantil.

En efecto, la Sección I del Capítulo II, Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio, en su artículo 1103, consagra dentro de los principios comunes a los seguros de daños la posibilidad de pactar, mediante cláusulas especiales, que el asegurado "...deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño". Una de tales modalidades, la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.

Por tanto, el valor del ofrecimiento extendido por la compañía aseguradora, podría variar en función de los perjuicios sufridos por el reclamante, así como los elementos probatorios que se hubieren allegado para acreditar el valor de la pérdida, conforme lo presupuestado en el artículo 1077 del código de comercio, aunado a las condiciones generales y particulares pactadas en la póliza, como lo son el límite del valor asegurado, el deducible pactado con el asegurado, entre otros factores¹⁶

De esta manera, en el hipotético evento en el que el Despacho encuentre que a mi representada le asiste el fundamento del deber de reparar en virtud de lo pactado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas Y Centros Médicos No. 660-88 994000000002. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuenta del importe de la indemnización la suma pactada como deducible de conformidad con las condiciones citadas, que como ya se indicó, corresponde al 10% del valor de la pérdida con un monto mínimo de 10 SMLMV.

4. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE Y SUBLÍMITE DEL VALOR ASEGURADO.

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que, en este sentido, sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de la compañía; exclusivamente bajo esta hipótesis, el operador judicial deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la

¹⁶ Superfinanciera (2019). Concepto 2019098264. "Seguros, Pago de Indemnización, Seguro de Responsabilidad Civil". Agosto 29.

conurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada: **“ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA.** El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”.

La norma antes expuesta, es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Suprema de Justicia, ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

*Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, **el valor de la prestación a cargo de la aseguradora**, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, **se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado**, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización¹⁷ (Subrayado y negrilla fuera de texto original).*

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda en razón de la porción del riesgo asumido, que en este caso resulta ser una suma ascendente a DOS MIL QUINIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$2.500.000.000).

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2.500.000.000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		2.500.000.000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		2.500.000.000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		2.500.000.000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		2.500.000.000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		2.500.000.000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		250.000.000.00	0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS			

Además del límite citado, la Póliza también estableció un sublímite del 50% del valor de asegurado en la Póliza para los perjuicios extrapatrimoniales, por lo que, para las pretensiones de esta naturaleza, únicamente se podría acceder hasta la suma de MIL DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$1.250.000.000); advirtiéndole que, esto deberá sujetarse a la disponibilidad de valor asegurado en la Póliza, ya que el mismo podría haberse visto afectado por algún otro siniestro.

* Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: Sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 50% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Psicológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el lucro cesante.

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al honorable despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado y que el contrato de seguro no presta cobertura por las razones previamente anotadas, en todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

¹⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

5. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGURO.

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Así las cosas, el carácter de los seguros de daños y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del contrato de seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato.

En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio establece lo siguiente: ***“Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso”*** (Negrilla fuera de texto).

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por concepto de perjuicios inmateriales y materiales no son de recibo por cuanto su reconocimiento por parte de la RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E., implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte demandante recibiendo una indemnización por parte del ente territorial que nada tuvo que ver con la configuración del daño que se reclama.

Conforme a ello, dado que los perjuicios solicitados en el *petitum* de la demanda presentan serias inconsistencias, reconocer el pago de suma alguna con cargo a la póliza de seguro, implicaría correlativamente transgredir el carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad patrimonial y extracontractual del Estado, y eventualmente enriqueciéndola.

En conclusión, no puede perderse de vista que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiende a un carácter meramente indemnizatorio. Por todo lo anterior y teniendo en cuenta la indebida solicitud y tasación de perjuicios, se deberá declarar probada la presente excepción, y así evitar la contravención del carácter indemnizatorio del contrato de seguro y un correlativo enriquecimiento sin justa causa en cabeza del extremo activo.

En los anteriores términos ruego declarar probada este alegato.

6. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO.

Sin que con el planteamiento de este alegato se esté aceptando responsabilidad alguna por parte de mi representada, es pertinente manifestar que, conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado de una póliza se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismos hechos, dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que, si para la fecha de la sentencia y ante una condena, se ha agotado totalmente el valor asegurado, no habrá lugar a obligación indemnizatoria por parte de mi prohilada.

En los anteriores términos, solicito respetuosamente al señor Juez, declarar probada este alegato.

7. PAGO POR REEMBOLSO.

Sin perjuicio de reconocimiento de responsabilidad por parte de nuestro asegurado, en el remoto e hipotético caso en que se produzca una sentencia condenatoria y se decida afectar el contrato de seguro, la compañía aseguradora solo estaría en la obligación de responder bajo la figura del reembolso, teniendo en cuenta que la RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E, es el tomador de la Póliza. Por tal motivo, una vez el asegurado, proceda con el pago a los demandantes, de allí se desprendería la obligación de la compañía de reembolsarle lo pagado, atendiendo las particularidades de la póliza, en especial, el límite y el deducible pactado.

Este argumento se refuerza si tenemos en cuenta que mi representada se encuentra vinculada a este proceso en virtud de un llamamiento en garantía, razón por la cual, en el evento en que se presente una sentencia condenatoria, la compañía aseguradora únicamente estaría obligada a reembolsar lo pagado por la RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E, pues es este ente territorial el que figura como demandado en este proceso.

A la anterior conclusión arriba la doctrina, como lo expone el profesor Henry Sanabria Santos en su libro de derecho procesal:

“Mayoritariamente se ha entendido que el llamado en garantía solo tiene una obligación de reembolsarle total o parcialmente al demandado el pago de la condena impuesta o a indemnizarle el perjuicio sufrido al demandado, pero nunca directamente al demandante, puesto que las pretensiones de este solo tienen como sujeto pasivo al demandado y no al llamado en garantía. La responsabilidad del llamado en garantía en este caso se limita a reembolsarle al demandado todo o parte de la condena que ha pagado.

Así pues, si la víctima promueve proceso de responsabilidad civil extracontractual en contra del causante del daño, que a su vez llama en garantía a una compañía aseguradora en virtud de un seguro de responsabilidad civil, solo podrá imponerse condena al demandado a favor del demandante y no podrá condenarse de forma directa a la aseguradora, precisamente porque el demandante no formuló las pretensiones en contra de esta, sino en contra del demandado, de suerte que a la llamada en garantía solo se le podrá imponer condena a restituir, es decir, a devolver o reintegrar al demandado lo que este deba pagar por la sentencia. Si la víctima no demandó a la aseguradora, mal podría el juez condenarla, de suerte que ella, como llamada en garantía, solo podría ser obligada a reembolsarle al demandado el importe pagado en virtud de la

condena impuesta.

En este punto, desde hace mucho tiempo la jurisprudencia civil ha indicado que la responsabilidad del llamado en garantía se predica solo de cara al demandado condenado. Lo cual significa que en razón de la prosperidad de las pretensiones del demandante quien debe responder por la condena es el demandado, y el llamado en garantía solo podrá correr con la contingencia de que sea obligado a restituir o reembolsar total o parcialmente al demandado el monto de la condena. A propósito precisamente del seguro de responsabilidad civil, la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte, de manera constante, ha señalado que la pretensión que formula el demandado en contra del llamado en garantía es una "pretensión revérsica" o "de regreso"; es decir, solo podrá obligarse al llamado en garantía a reembolsar, restituir o devolverle al demandado lo que resulte obligado a pagar, pero no podría ser obligado directamente a pagarle la indemnización al demandante, porque en su contra ninguna pretensión ha formulado el actor.

En conclusión, se ha dicho que a la compañía de seguros llamada en garantía por el demandado solo se le podrá ordenar que reembolse o pague a la parte que resultó condenada, pero nunca directamente al demandante, puesto que como se ha afirmado, si en su contra ninguna pretensión se ha formulado, mal puede resultar obligada frente al demandante. En este sentido, la jurisprudencia es clara en indicar que cuando el demandante formula sus pretensiones en contra del demandado, es este quien debe responderle, de suerte que el llamado en garantía —vinculado al proceso por iniciativa del demandado— solo debería restituirle o reembolsarle total o parcialmente al demandado el valor que hubo de pagar por la condena impuesta.(...)”¹⁸

Y a dicha conclusión también ha arribado la jurisprudencia nacional. Así, por ejemplo, en sentencia del 28 de septiembre de 1977 la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil dijo lo siguiente:

“Que la indemnización del perjuicio o el reembolso se debe efectuar por el llamado al demandado llamante, nunca al demandante, pues se trata de dos relaciones jurídicas perfectamente diferenciadas: La del demandante contra el demandado, en procura de que este sea condenado de acuerdo con las pretensiones de la demanda contra él dirigida; y la del demandado contra el llamado en garantía, a fin de que este lo indemnice o le rembolse el monto de la condena que sufre”

En definitiva, es claro que, en virtud de la naturaleza de la relación existente entre mi representada y la RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E, cimentada contractual y procesalmente, la compañía aseguradora únicamente podría ser obligada a reembolsar lo efectivamente pagado por el asegurado en virtud de la sentencia.

8. GENÉRICA O INNOMINADA.

Solicito señor juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se encuentre originada en la Ley o en el contrato por el cual se convocó a mi representada, incluida la de prescripción del contrato de seguro. Lo anterior, conforme a lo estipulado en el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011, el cual establece que: *“En la sentencia se decidirá sobre las excepciones propuestas y sobre cualquiera otra que el fallador encuentre probada El silencio del inferior no impedirá que el superior estudie y decida todas la excepciones de fondo, propuestas o no, sin perjuicio de la no reformatio in pejus.”*. En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá declararse de manera oficiosa por el despacho en la sentencia que defina el mérito.

Posición que es respaldada por la jurisprudencia del Consejo de Estado que reafirma como un deber del juez decidir sobre todas las excepciones que encuentre probadas, aún cuando no hayan sido propuestas

¹⁸ Santos, H. S. (2021). Derecho procesal civil general. Universidad Externado

por las partes:

*"Ahora, si bien es cierto que los artículos 2513 del Código Civil y 282 del Código General del Proceso establecen, como una de las características de la prescripción, que el juez no puede reconocerla de oficio, sino que tiene que ser alegada por la parte demandada como excepción, **también lo es que el inciso 2.º del artículo 187 del CPACA, norma especial que rige la materia, instituye que, en el proceso contencioso administrativo, es deber del juez de primera o de segunda instancia decidir sobre todas las excepciones que encuentre probadas, aunque ellas no hayan sido propuestas por las partes:***

Artículo 187. Contenido de la sentencia. La sentencia tiene que ser motivada. En ella se hará un breve resumen de la demanda y de su contestación y un análisis crítico de las pruebas y de los razonamientos legales, de equidad y doctrinarios estrictamente necesarios para fundamentar las conclusiones, exponiéndolos con brevedad y precisión y citando los textos legales que se apliquen.

En la sentencia se decidirá sobre las excepciones propuestas y sobre cualquiera otra que el fallador encuentre probada. El silencio del inferior no impedirá que el superior estudie y decida todas la excepciones de fondo, propuestas o no, sin perjuicio de la no reformatio in pejus. [Negrillas fuera del texto] [...]

*En definitiva, con base en análisis normativo y jurisprudencial que antecede, **puede concluirse que la prescripción de un derecho sí es posible decretarla de oficio por el juez del proceso contencioso, sin que sea requisito para su estudio que haya sido propuesta por la contraparte, dado que, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011, en la sentencia definitiva, el juez administrativo debe decidir sobre «las excepciones propuestas y sobre cualquier otra que el fallador encuentre probada», y, por tratarse de una norma especial para esta jurisdicción, prima sobre las reglas generales de otros procedimientos, como lo sería, para este caso particular, el Código General del Proceso.*** (subrayado y negritas propias)¹⁹

En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá reconocerse de manera oficiosa en la respectiva sentencia. Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada este alegato.

III. DE LAS EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI

1. SE ACREDITÓ LA FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL No. 420 – 80 – 994000000109

La Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 420 – 80 – 994000000109 no ofrece cobertura material para los hechos objeto del presente litigio. Lo anterior, toda vez que el contrato de seguro ampara la responsabilidad civil extracontractual en que incurra el asegurado, Distrito Especial de Santiago de Cali. Riesgo que no ha tenido lugar, pues, como se manifestó en anteriores acápites, el referido ente territorial no cuenta con legitimación en la causa por pasiva, al no haber tenido ningún tipo de injerencia en la ocurrencia del accidente de tránsito que motiva este medio de control.

Tal y como se indicó frente a la responsabilidad del ente territorial, este medio de control pretende la reparación de una serie de perjuicios que presuntamente se ocasionaron por una supuesta falla en la

¹⁹ Sección Segunda del Consejo de Estado. Sentencia del 21 de abril de 2022. C.P. RAFAEL FRANCISCO SUÁREZ VARGAS. Radicado: 05001-23-33-000-2015-01983-01 (4171-2017)

prestación del servicio médico derivado de las atenciones recibidas por la señora MÓNICA PILAR NIÑO CAMELO en el trabajo de parto que se llevó a cabo para el nacimiento del menor ANSEL DOMÍNGUEZ. Servicio que estuvo a cargo del HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO ESE, HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE y la EPS MEDIMAS SAS; entidades que cuentan con personería jurídica propia y autonomía administrativa y financiera, de lo que se colige la ausencia de legitimación en la causa por pasiva del Distrito, máxime cuando, esta entidad territorial no tiene funciones relacionadas con la prestación directa del servicio de salud.

De esta manera, se encuentra acreditada la falta de legitimación en la causa por pasiva por parte del Distrito de Santiago de Cali, razón por la cual la Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 420 – 80 – 994000000109 no ofrece cobertura material para los hechos objeto del presente litigio, pues la responsabilidad del asegurado no es objeto de debate en este proceso.

La responsabilidad de mi representada, únicamente puede verse comprometida de acuerdo con las condiciones particulares del contrato de seguro, pues son éstas las que delimitan las obligaciones asumidas por la compañía aseguradora; en este sentido, al no haberse configurado el riesgo asegurado, no es posible exigir la obligación indemnizatoria contenida en la Póliza. Al respecto, por vía de ejemplo, el estudioso profesor español Abel Veiga Copo, indica que:

“(…) pueden definirse las cláusulas delimitadoras como aquellas que sirven para definir y concretar el objeto del contrato del seguro de que se trate, de manera que todo acaecimiento o evento acaecido fuera de aquella delimitación, o que constituya una circunstancia de exclusión de cobertura, no tendrá la consideración de siniestro cubierto por la póliza (...)”²⁰

En conclusión, cual la Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 420 – 80 – 994000000109 no ofrece cobertura material, por cuanto, de conformidad con los hechos de la demanda, los contenidos obligacionales cuya violación se pretenden acreditar no se encuentran a cargo del Distrito Especial de Santiago de Cali.

2. SE ACREDITÓ LA FALTA DE COBERTURA MATERIAL POR LA MATERIALIZACIÓN DE EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL No. 420 – 80 – 994000000109

En el mismo sentido del anterior acápite, debe indicarse que se encuentra acreditada la ausencia de cobertura material de la Póliza, ya no únicamente por la evidente ausencia de legitimación en la causa por pasiva por parte del asegurado; sino también, por la materialización de una exclusión contenida en el contrato de seguro. De conformidad con lo indicado en el condicionado general de la Póliza, se excluyó del objeto de amparo la responsabilidad civil profesional; por lo que tratándose el caso concreto de una supuesta responsabilidad médica, tal riesgo es inasegurable de conformidad con lo pactado en el contrato.

En materia de contratos 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

²⁰ Abel Veiga Copo, Condiciones en el contrato de seguro, Granada, Comares, 2005, pág. 278 citado por: Jaramillo Jaramillo, C. I. (2013). Derecho de seguros. Tomo IV. Editorial Temis S.A. - Pontificia Universidad Javeriana. Pág. 269.

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 2022, 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 de 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.*

Así las cosas, se evidencia cómo por parte del órgano de cierre de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, se ordena tener en cuenta las exclusiones contenidas en los contratos de seguro. En este sentido, en el improbable y remoto caso en el que el juez dicte un fallo condenatorio en contra de las entidades demandadas, se debe tener en cuenta que de conformidad con los hechos que motivan la demanda, se configuró una de las exclusiones pactadas en las condiciones generales y particulares del contrato de seguro, las cuales cito a continuación:

11. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

Esta exclusión es eficaz de conformidad con los requisitos exigidos en la sentencia de unificación de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia del 2022²¹, en tanto resulta clara y entendible de para cualquier persona, escrita en caracteres legibles y ubicada después de los amparos. Adicionalmente, es necesario precisar que, desde el proceso de licitación pública llevado a cabo para suscribir el contrato de seguro, la administración tenía pleno conocimiento del contenido de las exclusiones pactadas en la Póliza.

Esta exclusión se encuentra materializada por cuanto el medio de control pretende la indemnización de una serie de perjuicios por una responsabilidad médica, es necesario indicar que la medicina se encuentra catalogada dentro del grupo de profesiones liberales, pues en ella predomina el ejercicio del intelecto, en este sentido, la responsabilidad que se derive de esta actividad es una responsabilidad civil profesional, pues implica la exigencia de una diligencia más rigurosa.

De esta manera, es evidente que la responsabilidad médica que pretende acreditar la parte actora de este proceso, es una responsabilidad profesional; razón por la cual, en caso de que el juzgador decida condenar al asegurado por mi representada (Distrito Especial de Santiago de Cali), no será procedente emitir sentencia en contra de la compañía aseguradora, pues en las condiciones generales de la Póliza que fundamentan su vinculación quedó expresamente excluido dicho riesgo.

3. **SE ACREDITÓ LA INEXEGIBILIDAD DE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL No. 420-80-994000000109**

²¹ Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 27 de septiembre de 2022. - SC2879-2022. M.P. LUIS ALFONSO RICO PUERTA. Radicado Número. 11001-31-99-003-2018-72845-01

Respecto al llamamiento en garantía se debe destacar como primera medida, que la responsabilidad de mi prohijada solo puede verse comprometida ante el cumplimiento de la condición pactada, de la que pende el surgimiento de la obligación condicional, esto es, la realización del riesgo asegurado.

Es decir que la responsabilidad de mi representada está supeditada al contenido de la póliza, sus diversas condiciones, al ámbito de amparo, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado, a los riesgos asumidos por la convocada, a los valores asegurados para cada amparo, al deducible pactado etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial que sirve de base para el llamamiento en garantía, al contenido del contexto de la correspondiente póliza. Para el caso concreto, la Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 420-80-994000000109 tiene como objeto de amparo el siguiente:

La compañía se obliga a indemnizar, los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales hasta el 100% del valor asegurado, que cause el asegurado con motivo de la responsabilidad civil extracontractual en que incurra de acuerdo con la ley colombiana, por hechos imputables al asegurado, que causen la muerte, lesión o menoscabo en la salud de las personas (daños personales) y/o el deterioro o destrucción de bienes (daños materiales) y perjuicios económicos, incluyendo lucro cesante y perjuicios extra patrimoniales, como consecuencia directa de tales daños personales y/o daños materiales. Se extiende la presente cobertura a los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales causados a terceros, que le sean imputables al Municipio de Santiago de Cali y que se deriven de las actividades desarrolladas por los Teatros Municipal y Jorge Isaac, y que sean lideradas y ejecutadas por Contratistas o Terceros

Condición que nunca se cumplió, por lo que no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 420-80-994000000109**, cuya vigencia corrió desde el 29 de mayo de 2019 hasta el 23 de abril de 2020. En el expediente ciertamente no está demostrada la responsabilidad que pretende el extremo activo endilgar, toda vez que, como lo vimos, no se configuró ninguna responsabilidad civil que sea imputable al asegurado (Distrito Especial de Santiago de Cali), más aun teniendo en cuenta que éste no cuenta con legitimación en la causa por pasiva.

Partiendo de los alegatos expuestos frente a la responsabilidad estatal endilgada, y atendiendo al acontecer fáctico del proceso, es dable concluir que, en este caso, no se estructuró la responsabilidad del asegurado. Así las cosas, **NO** se realizó ninguno de los riesgos asegurados por mi representada y por ende no nació la obligación de indemnizar a cargo de ésta, de allí que, al no realizarse el riesgo asegurado (responsabilidad), se tiene que no se ha demostrado la ocurrencia del siniestro según el artículo 1072 del código de Comercio, en armonía con el artículo 1054 del mismo estatuto. Por lo tanto, la improbable obligación indemnizatoria de la aseguradora solo nace sí efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal.

Sobre la relevancia del objeto asegurado en el contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil, en Sentencia del 2 de mayo de 2000. Ref. Expediente: 6291. M.P: Jorge Santos Ballesteros, indicó lo siguiente:

Son la columna vertebral de la relación asegurativa y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de este negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida

equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanen.

Por lo tanto, se trata de una manifestación que enmarca las condiciones que regulan las obligaciones del asegurador, por lo que el juzgador debe ceñirse a lo expresamente enunciado en el condicionado del contrato de seguro. Vale la pena recordar al respecto, que el contrato de seguro contiene una obligación condicional a cargo del asegurador, (la de indemnizar), una vez ha ocurrido el riesgo que se ha asegurado (Arts. 1045, 1536 y 1054 del Código de Comercio). Por ello, el nacimiento de la indemnización pende, exclusivamente, de la realización del siniestro contractualmente asegurado, por lo cual, no cualquier acto o hecho tiene la propiedad de ser un acto asegurado, sino únicamente tienen esta característica aquellos actos y hechos que son expresamente pactados en la póliza.

Esto significa que la responsabilidad del asegurador se podría predicar solo cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada, en esta hipótesis, ha de sujetarse a lo convenido en la póliza y está limitada contractualmente a la suma asegurada sin perjuicio del deducible que es la porción que de cualquier siniestro le corresponde asumir a la entidad asegurada y sin perjuicio de la aplicación de las causales de exoneración o exclusión pactadas en el seguro.

En conclusión, la póliza en comento no podrá ser afectada, en tanto no ha surgido la obligación condicional de la que pende para el surgimiento del deber indemnizatorio a cargo de mi representada, pues el siniestro, en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, es inexistente, toda vez que no es posible realizar un juicio de imputación de responsabilidad en contra del Distrito Especial de Santiago de Cali, debido a su evidente falta de legitimación en la causa por pasiva y a que ciertamente, no se ha probado la concurrencia de ninguno de los elementos y/o presupuestos de su responsabilidad bajo los títulos de imputación subjetiva u objetiva contemplados por la jurisprudencia del Consejo de Estado.

En los anteriores términos solicito al señor Juez declarar probada este alegato.

4. **COASEGURO E INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD**

Teniendo en cuenta que de acuerdo con lo dispuesto por la Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 420-80-994000000109, esta fue suscrita por el Distrito de Santiago de Cali bajo la figura del coaseguro, se deben tener en cuenta todas y cada una de las condiciones generales y particulares pactadas en la póliza que sirvió de base para el llamamiento en garantía efectuado en el presente proceso, distribuyendo el riesgo entre las compañías CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA, SBS, HDI SEGUROS Y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, de acuerdo con su porcentaje de participación como se expone a continuación:

COMPAÑÍA ASEGURADORA	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	35%
CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA	30%
SBS	25%
HDI	10%

En síntesis, operando bajo la figura del coaseguro, es decir, estando distribuido el riesgo entre mi

representada y las compañías de seguro mencionadas, la responsabilidad de cada una de ellas está limitada al porcentaje de su participación, pues de ninguna manera podrá predicarse una solidaridad entre ellas.

Sobre esto, el artículo 1092 del Código de comercio establece: *“En el caso de pluralidad o de coexistencia de seguros, los aseguradores deberán soportar la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de éstos produce nulidad.” (Se subraya).*

Lo consignado en la norma citada, aplica a la figura del coaseguro por estipulación expresa del artículo 1095 del estatuto mercantil el cual establece: *“Las normas que anteceden se aplicarán igualmente al coaseguro, en virtud del cual dos o más aseguradores, a petición del asegurado o con su aquiescencia previa, acuerdan distribuirse entre ellos determinado seguro.” (Se subraya).*

Respecto al contrato de coaseguro, el Consejo de Estado se ha pronunciado en los siguientes términos:

El contrato de coaseguro es un contrato plurilateral en el que, en un mismo instrumento, dos o más sujetos aseguradores asumen de manera conjunta la responsabilidad de un riesgo asegurable hasta por la totalidad de éste y que puede surgir por iniciativa del asegurado o por el ánimo de uno los aseguradores, esto último siempre con la aquiescencia del interesado, como bien lo señala el artículo 1095 del Código de Comercio, según el cual: ‘(...) en virtud del cual dos o más aseguradores, a petición del asegurado o con su aquiescencia previa, acuerdan distribuirse entre ellos determinado seguro’. Es, por tanto, un contrato y una modalidad de coexistencia de seguros, en el que existe identidad de interés asegurado, de riesgos, y en el que concurre una pluralidad de aseguradores, entre quienes se distribuyen el riesgo hasta completar la totalidad del mismo, lo cual dista de la concurrencia de seguros, en la que se presentan varias relaciones contractuales distantes entre sí, aun cuando todas ellas tienen como objeto amparar la totalidad de idéntico interés, sin que entre ellos se presente distribución del riesgo.” (negritas adicionales).²²

“Es claro para la Sala que las obligaciones que asumen las coaseguradoras son conjuntas en proporción al porcentaje de riesgo aceptado por cada una de ellas y no existe en este caso solidaridad legal ni contractual entre ellas, de modo que la contratista violó el debido proceso a Segurexpo SA al negar la vinculación del coasegurador Colpatria SA al trámite administrativo e imponerle, sin fundamento jurídico admisible, la carga de responder por la obligación de un tercero que no fue citado al proceso y que, en tal virtud, carece de interés para cuestionar los actos administrativos objeto de control, con todo, como lo estimó el tribunal, ello solo otorga derecho a Segurexpo SA para reclamar la nulidad parcial del acto, precisamente porque las obligaciones no eran solidarias y bien podía reclamársele su parte sin la comparecencia del coasegurador.”²³

Es por lo anteriormente expuesto que, existiendo la figura ampliamente citada, solicito respetuosamente al despacho que en el evento en que se llegare a declarar responsable administrativamente al asegurado de la sociedad que represento, se tenga en cuenta la figura de coaseguro en la que se suscribió la póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 420 – 80 – 994000000109; teniendo en cuenta que el porcentaje de participación de la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA corresponde al 35%.

²² Sección Tercera del Consejo de Estado, Subsección A. Sentencia del 6 de noviembre de 2020. C.P JOSÉ ROBERTO SÁCHICA MÉNDEZ. Radicado No. 73001-23-31-000-2006-01892-01(49612)

²³ Sección Tercera del Consejo de Estado. Subsección B. Sentencia del 26 de enero de 2022. C.P FREDY IBARRA MARTÍNEZ. Radicado No. 25000232600020110122201 (50.698)

5. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que, en este sentido, sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de la compañía; exclusivamente bajo esta hipótesis, el operador judicial deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta que la limitación de responsabilidad va hasta la concurrencia de la suma asegurada: **“ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA.** *El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”.*

La norma antes expuesta, es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Suprema de Justicia ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

*Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, **el valor de la prestación a cargo de la aseguradora**, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, **se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado**, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización²⁴ (Subrayado y negrilla fuera de texto original).*

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda en razón de la porción del riesgo asumido, que en este caso resulta ser una suma ascendente a **SIETE MIL MILLONES DE PESOS M/CTE (\$7.000.000.000).**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PATRIMONIO DEL ASEGURADO		\$ 7,000,000,000.00		
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES		7,000,000,000.00		
BENEFICIARIOS				
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS				

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al honorable despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado y que el contrato de seguro

²⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

no presta cobertura por las razones previamente anotadas, en todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

6. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGURO

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Así las cosas, el carácter de los seguros de daños y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Frente a ello, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del contrato de seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato.

En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio establece lo siguiente: ***“Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso”*** (Negrilla fuera de texto).

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por concepto de perjuicios inmateriales y materiales no son de recibo por cuanto su reconocimiento por parte del Distrito Especial de Santiago de Cali implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte demandante recibiendo una indemnización por parte de dicha autoridad administrativa que no ha incurrido en ningún tipo de responsabilidad. Adicionalmente, no habría lugar al reconocimiento de estos conceptos, dado que, como se ha venido reiterando a lo largo del escrito, la entidad territorial carece de legitimación en la causa por pasiva en el presente asunto.

Conforme a ello, dado que los perjuicios solicitados en el *petitum* de la demanda presentan serias inconsistencias, reconocer el pago de suma alguna con cargo a la póliza de seguro, implicaría correlativamente transgredir el carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad patrimonial y extracontractual del Estado, y eventualmente enriqueciéndola.

En conclusión, no puede perderse de vista que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiende a un carácter meramente indemnizatorio. Por todo lo anterior y teniendo en cuenta la indebida solicitud y tasación de perjuicios, se deberá declarar probada la presente excepción, y así evitar la contravención del carácter indemnizatorio del contrato de seguro y un correlativo enriquecimiento sin justa causa en cabeza del extremo activo.

En los anteriores términos ruego declarar probada este alegato.

7. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

Sin que con el planteamiento de esta excepción se esté aceptando responsabilidad alguna por parte de mi representada, es pertinente manifestar que, conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado de una póliza se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismos hechos, dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que, si para la fecha de la sentencia y ante una condena, se ha agotado totalmente el valor asegurado, no habrá lugar a obligación indemnizatoria por parte de mi prohijada.

En los anteriores términos, solicito respetuosamente al señor Juez, declarar probada este alegato.

8. PAGO POR REEMBOLSO.

Sin perjuicio de reconocimiento de responsabilidad por parte de nuestro asegurado, en el remoto e hipotético caso en que se produzca una sentencia condenatoria y se decida afectar el contrato de seguro, la compañía aseguradora solo estaría en la obligación de responder bajo la figura del reembolso, teniendo en cuenta que el Distrito Especial de Santiago de Cali, es el tomador de la Póliza. Por tal motivo, una vez el asegurado, proceda con el pago a los demandantes, de allí se desprendería la obligación de la compañía de reembolsarle lo pagado, atendiendo las particularidades de la póliza, en especial, el límite y el deducible pactado.

Este argumento se refuerza si tenemos en cuenta que mi representada se encuentra vinculada a este proceso en virtud de un llamamiento en garantía, razón por la cual, en el evento en que se presente una sentencia condenatoria, la compañía aseguradora únicamente estaría obligada a reembolsar lo pagado por el Distrito Especial de Santiago de Cali, pues es este ente territorial el que figura como demandado en este proceso.

A la anterior conclusión arriba la doctrina, como lo expone el profesor Henry Sanabria Santos en su libro de derecho procesal:

“Mayoritariamente se ha entendido que el llamado en garantía solo tiene una obligación de reembolsarle total o parcialmente al demandado el pago de la condena impuesta o a indemnizarle el perjuicio sufrido al demandado, pero nunca directamente al demandante, puesto que las pretensiones de este solo tienen como sujeto pasivo al demandado y no al llamado en garantía. La responsabilidad del llamado en garantía en este caso se limita a reembolsarle al demandado todo o parte de la condena que ha pagado.

Así pues, si la víctima promueve proceso de responsabilidad civil extracontractual en contra del causante del daño, que a su vez llama en garantía a una compañía aseguradora en virtud de un seguro de responsabilidad civil, solo podrá imponerse condena al demandado a favor del demandante y no podrá condenarse de forma directa a la aseguradora, precisamente porque el demandante no formuló las pretensiones en contra de esta, sino en contra del demandado, de suerte que a la llamada en garantía solo se le podrá imponer condena a restituir, es decir, a devolver o reintegrar al demandado lo que este deba pagar por la sentencia. Si la víctima no demandó a la aseguradora, mal podría el juez condenarla, de suerte que ella, como llamada en garantía, solo podría ser obligada a reembolsarle al demandado el importe pagado en virtud de la condena impuesta.

En este punto, desde hace mucho tiempo la jurisprudencia civil ha indicado que la responsabilidad del llamado en garantía se predica solo de cara al demandado condenado. Lo cual significa que en razón de la prosperidad de las pretensiones del demandante quien debe responder por la condena es el demandado, y el llamado en garantía solo podrá correr con la contingencia de que sea obligado a restituir o reembolsar total o parcialmente al demandado el monto de la condena. A propósito precisamente del seguro de responsabilidad civil, la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte, de manera constante, ha señalado que la pretensión que formula el demandado en contra del llamado en garantía es una "pretensión revérsica" o "de regreso"; es decir, solo podrá obligarse al llamado en garantía a reembolsar, restituir o devolverle al demandado lo que resulte obligado a pagar, pero no podría ser obligado directamente a pagarle la indemnización al demandante, porque en su contra ninguna pretensión ha formulado el actor.

En conclusión, se ha dicho que a la compañía de seguros llamada en garantía por el demandado solo se le podrá ordenar que reembolse o pague a la parte que resultó condenada, pero nunca directamente al demandante, puesto que como se ha afirmado, si en su contra ninguna pretensión se ha formulado, mal puede resultar obligada frente al demandante. En este sentido, la jurisprudencia es clara en indicar que cuando el demandante formula sus pretensiones en contra del demandado, es este quien debe responderle, de suerte que el llamado en garantía —vinculado al proceso por iniciativa del demandado— solo debería restituirle o reembolsarle total o parcialmente al demandado el valor que hubo de pagar por la condena impuesta.(...)"²⁵

Y a dicha conclusión también ha arribado la jurisprudencia nacional. Así, por ejemplo, en sentencia del 28 de septiembre de 1977 la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil dijo lo siguiente:

“Que la indemnización del perjuicio o el reembolso se debe efectuar por el llamado al demandado llamante, nunca al demandante, pues se trata de dos relaciones jurídicas perfectamente diferenciadas: La del demandante contra el demandado, en procura de que este sea condenado de acuerdo con las pretensiones de la demanda contra él dirigida; y la del demandado contra el llamado en garantía, a fin de que este lo indemnice o le rembolse el monto de la condena que sufre”

En definitiva, es claro que, en virtud de la naturaleza de la relación existente entre mi representada y el Distrito Especial de Santiago de Cali, cimentada contractual y procesalmente, la compañía aseguradora únicamente podría ser obligada a reembolsar lo efectivamente pagado por el Distrito en virtud de la sentencia

9. GENÉRICA O INNOMINADA.

Solicito señor juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se encuentre originada en la Ley o en el contrato por el cual se convocó a mi representada, incluida la de prescripción del contrato de seguro. Lo anterior, conforme a lo estipulado en el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011, el cual establece que: *“En la sentencia se decidirá sobre las excepciones propuestas y sobre cualquiera otra que el fallador encuentre probada El silencio del inferior no impedirá que el superior estudie*

²⁵ Santos, H. S. (2021). Derecho procesal civil general. Universidad Externado

y decida todas la excepciones de fondo, propuestas o no, sin perjuicio de la no reformatio in pejus.”. En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá declararse de manera oficiosa por el despacho en la sentencia que defina el mérito.

Posición que es respaldada por la jurisprudencia del Consejo de Estado que reafirma como un deber del juez decidir sobre todas las excepciones que encuentre probadas, aún cuando no hayan sido propuestas por las partes:

*"Ahora, si bien es cierto que los artículos 2513 del Código Civil y 282 del Código General del Proceso establecen, como una de las características de la prescripción, que el juez no puede reconocerla de oficio, sino que tiene que ser alegada por la parte demandada como excepción, **también lo es que el inciso 2.º del artículo 187 del CPACA, norma especial que rige la materia, instituye que, en el proceso contencioso administrativo, es deber del juez de primera o de segunda instancia decidir sobre todas las excepciones que encuentre probadas, aunque ellas no hayan sido propuestas por las partes:***

Artículo 187. Contenido de la sentencia. La sentencia tiene que ser motivada. En ella se hará un breve resumen de la demanda y de su contestación y un análisis crítico de las pruebas y de los razonamientos legales, de equidad y doctrinarios estrictamente necesarios para fundamentar las conclusiones, exponiéndolos con brevedad y precisión y citando los textos legales que se apliquen.

En la sentencia se decidirá sobre las excepciones propuestas y sobre cualquiera otra que el fallador encuentre probada. El silencio del inferior no impedirá que el superior estudie y decida todas la excepciones de fondo, propuestas o no, sin perjuicio de la no reformatio in pejus. [Negritas fuera del texto] [...]

*En definitiva, con base en análisis normativo y jurisprudencial que antecede, **puede concluirse que la prescripción de un derecho sí es posible decretarla de oficio por el juez del proceso contencioso, sin que sea requisito para su estudio que haya sido propuesta por la contraparte, dado que, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011, en la sentencia definitiva, el juez administrativo debe decidir sobre «las excepciones propuestas y sobre cualquier otra que el fallador encuentre probada», y, por tratarse de una norma especial para esta jurisdicción, prima sobre las reglas generales de otros procedimientos, como lo sería, para este caso particular, el Código General del Proceso.*** (subrayado y negritas propias)²⁶

En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá reconocerse de manera oficiosa en la respectiva sentencia. Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada este alegato.

IV. DE LAS EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E.

1. SE ACREDITÓ LA FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88-994000000031

La vigencia inicial de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros médicos No. 420-88-994000000031 fue del 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020. Dicho contrato de seguro se pactó bajo la modalidad de cobertura denominada *claims made*; lo cual implica que se cubren

²⁶ Sección Segunda del Consejo de Estado. Sentencia del 21 de abril de 2022. C.P. RAFAEL FRANCISCO SUÁREZ VARGAS. Radicado: 05001-23-33-000-2015-01983-01 (4171-2017)

las indemnizaciones que debe pagar el asegurado por aquellos hechos que hayan ocurrido durante la vigencia del seguro; siempre y cuando, se reclamen por primera vez al asegurado o al asegurador dentro de ese mismo periodo de tiempo. Sin embargo, en este hecho la reclamación al asegurado se materializó con la solicitud de conciliación radicada el 26 de noviembre de 2021 es decir por fuera de la vigencia de la Póliza.

Vale decir, que para que opere la cobertura de la póliza se deben cumplir con dos presupuestos: *i)* que el hecho motivo de la reclamación ocurra durante el período de vigencia del seguro; y *ii)* que la primera reclamación del tercero presuntamente afectado se dé dentro de la vigencia del seguro. Requisitos imprescindibles por sí mismos, entendiendo que, en caso de que alguno de los dos no se cumpla, no se podrá configurar la cobertura temporal de la póliza.

Aterrizando estos presupuestos al caso objeto de litigio; si bien es cierto, los hechos sobre los cuales versa la reclamación de la parte actora ocurrieron dentro del período de vigencia de la póliza, esto es, el comprendido entre el 31 de diciembre de 2019 y el 16 de agosto de 2020; no ocurre lo mismo con la primera reclamación, toda vez que la solicitud de conciliación prejudicial se presentó el 26 de noviembre de 2021; fecha posterior al período de vigencia de la Póliza.

	SUBPROCESO: CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	Fecha de Aprobación	14/11/2018
	FORMATO ACTA DE AUDIENCIA	Versión	1
	CÓDIGO: REG-IN-CE-002	Página	1 de 14

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	
PROCURADURÍA 166 JUDICIAL II PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS	
Radicación N.º 4872 de 26 de noviembre de 2021	
Convocante (s):	MONICA PILAR NIÑO CAMELO Y OTROS
Convocado (s):	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE- DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI – RED DE SALUD DEL ORIENTE – HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO – MEDIMAS EPS SAS – SALUD TOTAL EPS
Medio de Control:	REPARACION DIRECTA

En Cali, hoy primero (01) de febrero de 2022, siendo las 10:30 a.m., procede el despacho de la Procuraduría 166 Judicial II para Asuntos Administrativos a celebrar **AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL** de la referencia. En virtud a lo dispuesto por el

Así, no cumpliéndose uno de los requisitos exigidos por la modalidad *claims made* del contrato de seguro, la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031 no ofrece cobertura temporal a los hechos objeto de controversia; y consecuentemente la obligación condicional derivada del contrato de seguro resulta inexigible a mi representada.

Respecto a la modalidad *Claims made*, ha sido objeto de desarrollo conceptual por parte de la Corte Suprema de Justicia desde que, a través del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, se incluyó esta modalidad en el ordenamiento jurídico colombiano.

*“Entonces, la ocurrencia del suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 ejusdem es suficiente para la configuración del siniestro, empero, si se ha pactado la modalidad de reclamación hecha (claims made), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido, hecho por la víctima al asegurado, o al asegurador en ejercicio de la acción directa, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados por el asegurado, es decir, ocurridos con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza -de existir acuerdo contractual.”*²⁷

De esta manera, la modalidad *claims made* del contrato de seguro tiene un fundamento legal sólido, y ha sido reconocida por la jurisprudencia dentro de nuestro ordenamiento jurídico.

En este sentido, en el caso objeto de estudio, habiéndose presentado la primera reclamación en una fecha posterior a la vigencia de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031; la misma termina por no ofrecer cobertura temporal a los hechos objeto de controversia; por lo que incluso en el remoto e improbable caso, en el que el despacho encuentre que existe responsabilidad del asegurado, seguirá siendo inexigible a mi representada el cumplimiento de las obligaciones condicionales pactadas en el contrato de seguro.

2. SE ACREDITÓ LA INEXIGIBILIDAD DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88-994000000031.

Respecto al llamamiento en garantía se debe destacar como primera medida, que la responsabilidad de mi prolijada solo puede verse comprometida ante el cumplimiento de la condición pactada, de la que pende el surgimiento de la obligación condicional, esto es la realización del riesgo asegurado.

Es decir que la responsabilidad de mi representada está supeditada al contenido de la póliza, sus diversas condiciones, al ámbito de amparo, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado, a los riesgos asumidos por la convocada, a los valores asegurados para cada amparo, al deducible pactado etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial que sirve de base para el llamamiento en garantía, al contenido del contexto de la correspondiente póliza. Para el caso concreto, la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas Y Centros Médicos No. 420-88-994000000031 tiene como objeto de amparo el siguiente:

INTERES ASEGURADO

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro establecimiento o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, por la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier “acto médico” derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.

Condición que nunca se cumplió, por lo que no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas Y Centros Médicos No. 420-88-994000000031**. En el expediente ciertamente no está demostrada la responsabilidad que pretende el extremo activo endilgar, toda vez que, tal y como se ha venido indicando, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE** no incurrió en una falla en el servicio médico en la atención de la paciente. Adicionalmente, para justificar sus pretensiones el grupo

²⁷ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACIÓN CIVIL. Sentencia del 18 de julio de 2017. Radicación No. 76001-31-03-001-2001-00192-01. MP. Dr.: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

demandante no cuenta con pruebas fehacientes para determinar la causación de los supuestos daños materiales e inmateriales sufridos; ya que, como se observó con anterioridad, los perjuicios extrapatrimoniales están excesivamente tasados y los patrimoniales no se encuentran acreditados.

Partiendo de los alegatos expuestos frente a la responsabilidad estatal endilgada, y atendiendo al acontecer fáctico del proceso, es dable concluir que, en este caso, no se estructuró la responsabilidad del asegurado. Así las cosas, **NO** se realizó alguno de los riesgos asegurados por mi representada y por ende no nació la obligación de indemnizar a cargo de ésta, de allí que, al no realizarse el riesgo asegurado (responsabilidad), se tiene que no se ha demostrado la ocurrencia del siniestro según el artículo 1072 del código de Comercio, en armonía con el artículo 1054 del mismo estatuto. Por lo tanto, la improbable obligación indemnizatoria de la aseguradora solo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal.

Sobre la relevancia del objeto asegurado en el contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil, Sentencia del 2 de mayo de 2000. Ref. Expediente: 6291. M.P: Jorge Santos Ballesteros; indicó lo siguiente:

Son la columna vertebral de la relación asegurativa y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de este negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanen.

Por lo tanto, se trata de una manifestación que enmarca las condiciones que regulan las obligaciones del asegurador, por lo que el juzgador debe ceñirse a lo expresamente enunciado en el condicionado del contrato de seguro. Vale la pena recordar al respecto, que el contrato de seguro contiene una obligación condicional a cargo del asegurador, (la de indemnizar), una vez ha ocurrido el riesgo que se ha asegurado (Arts. 1045, 1536 y 1054 del Código de Comercio). Por ello, el nacimiento de la indemnización pende, exclusivamente, de la realización del siniestro contractualmente asegurado, por lo cual, no cualquier acto o hecho tiene la propiedad de ser un acto asegurado, sino únicamente tienen esta característica aquellos actos y hechos que son expresamente pactados en la póliza del contrato de seguro.

Esto significa que la responsabilidad del asegurador se podría predicar solo cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada, en esta hipótesis, ha de sujetarse a lo convenido en la póliza y está limitada contractualmente a la suma asegurada sin perjuicio del deducible que es la porción que de cualquier siniestro le corresponde asumir a la entidad asegurada y sin perjuicio de la aplicación de las causales de exoneración o exclusión pactadas en el seguro.

En conclusión, la póliza en comento no podrá ser afectada, en tanto no ha surgido la obligación condicional de la que pende para el surgimiento del deber indemnizatorio a cargo de mi representada, pues el siniestro, en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, es inexistente, toda vez que dentro del plenario

no se logró acreditar la falla médica endilgada por la parte actora.

En los anteriores términos solicito al señor Juez declarar probada este alegato.

3. EXISTENCIA DE UN DEDUCIBLE A CARGO DEL ASEGURADO.

Adicionalmente y sin perjuicio de las razones expuestas que indican que no hay responsabilidad de mi representada, y de los demás argumentos que se presentarán más adelante, también se debe tener presente que al momento de convenir los amparos en la póliza que nos ocupa, se establecieron una serie de condiciones que deberán de ser tenidas en cuenta a la hora de dictar un fallo.

En primer lugar, se pactó un deducible, que corresponde a una suma de dinero del valor del siniestro que se asumirá el asegurado como coparticipación en el mismo. Es por ello, que en las caratulas de la póliza expedida por mi Representada, se concertó un deducible el cual corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta la HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE. En este caso se pactó un deducible que asciende al 10% del valor de la pérdida con un mínimo de QUINCE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$15.000.000).

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2,000,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		2,000,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		2,000,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		2,000,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		2,000,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		2,000,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		200,000,000.00	0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS			

Por otra parte, y de acuerdo con la normatividad vigente, la Superintendencia Financiera de Colombia en Concepto No. 2019098264 del 29 de agosto de 2019, ha sido clara en definir en qué consiste el deducible indicando lo siguiente:

...Sin embargo, es preciso señalar que en nuestro ordenamiento jurídico no existe disposición que obligue al asegurador a indemnizar conforme a determinado régimen específico, en consecuencia, sea que la incapacidad o la lesión se acredite en las formas mencionadas en su comunicación, la fijación del monto de la indemnización se rige por las estipulaciones que al respecto hubieren pactado el tomador y el asegurador. Dicho esto, en una póliza donde se ampara la responsabilidad civil extracontractual el monto de la indemnización puede verse disminuido si las partes han pactado que un porcentaje de la pérdida se asumirá a título de deducible por el asegurado, convenio que resulta legalmente viable, de acuerdo con nuestro ordenamiento mercantil.

En efecto, la Sección I del Capítulo II, Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio, en su artículo 1103, consagra dentro de los principios comunes a los seguros de daños la posibilidad de pactar, mediante cláusulas especiales, que el asegurado "...deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño". Una de tales modalidades, la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.

Por tanto, el valor del ofrecimiento extendido por la compañía aseguradora, podría variar en función de los perjuicios sufridos por el reclamante, así como los elementos probatorios que se

²⁸ Carátula de la Póliza No. 420-88-994000000031

hubieren allegado para acreditar el valor de la pérdida, conforme lo presupuestado en el artículo 1077 del código de comercio, aunado a las condiciones generales y particulares pactadas en la póliza, como lo son el límite del valor asegurado, el deducible pactado con el asegurado, entre otros factores²⁹

De esta manera, en el hipotético evento en el que el Despacho encuentre que a mi representada le asiste el fundamento del deber de reparar en virtud de lo pactado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas Y Centros Médicos No. 420-88-994000000031. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible de conformidad con las condiciones citadas, que como ya se indicó, corresponde al 10% del valor de la pérdida con un monto mínimo de QUINCE MILLONES DE PESOS M/CTE.

4. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO.

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que, en este sentido, sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de la compañía; exclusivamente bajo esta hipótesis, el operador judicial deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada: ***“ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA. El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”.***

La norma antes expuesta, es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Suprema de Justicia, ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

*Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, **el valor de la prestación a cargo de la aseguradora**, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, **se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado**, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización³⁰ (Subrayado y negrilla fuera de texto original).*

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la

²⁹ Superfinanciera (2019). Concepto 2019098264. “Seguros, Pago de Indemnización, Seguro de Responsabilidad Civil”. Agosto 29.

³⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda en razón de la porción del riesgo asumido, que en este caso resulta ser una suma ascendente a DOS MIL MILLONES DE PESOS M/CTE (\$2.000.000.000).

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2,000,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		2,000,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		2,000,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		2,000,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		2,000,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		2,000,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		200,000,000.00	0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS			

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al honorable despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado y que el contrato de seguro no presta cobertura por las razones previamente anotadas, en todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

5. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGURO.

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Así las cosas, el carácter de los seguros de daños y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del contrato de seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato.

En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio establece lo siguiente: **“Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso”** (Negrilla fuera de texto).

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por concepto de perjuicios inmateriales y materiales no son de recibo por cuanto su reconocimiento por parte del HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte

demandante recibiendo una indemnización por parte del ente territorial que nada tuvo que ver con la configuración del daño que se reclama.

Conforme a ello, dado que los perjuicios solicitados en el *petitum* de la demanda presentan serias inconsistencias, reconocer el pago de suma alguna con cargo a la póliza de seguro, implicaría correlativamente transgredir el carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad patrimonial y extracontractual del Estado, y eventualmente enriqueciéndola.

En conclusión, no puede perderse de vista que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiende a un carácter meramente indemnizatorio. Por todo lo anterior y teniendo en cuenta la indebida solicitud y tasación de perjuicios, se deberá declarar probada la presente excepción, y así evitar la contravención del carácter indemnizatorio del contrato de seguro y un correlativo enriquecimiento sin justa causa en cabeza del extremo activo.

En los anteriores términos ruego declarar probada este alegato.

6. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO.

Sin que con el planteamiento de esta excepción se esté aceptando responsabilidad alguna por parte de mi representada, es pertinente manifestar que, conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado de una póliza se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismos hechos, dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que, si para la fecha de la sentencia y ante una condena, se ha agotado totalmente el valor asegurado, no habrá lugar a obligación indemnizatoria por parte de mi prohijada.

En los anteriores términos, solicito respetuosamente al señor Juez, declarar probada este alegato.

7. PAGO POR REEMBOLSO.

Sin perjuicio de reconocimiento de responsabilidad por parte de nuestro asegurado, en el remoto e hipotético caso en que se produzca una sentencia condenatoria y se decida afectar el contrato de seguro, la compañía aseguradora solo estaría en la obligación de responder bajo la figura del reembolso, teniendo en cuenta que el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, es el tomador de la Póliza. Por tal motivo, una vez el asegurado, proceda con el pago a los demandantes, de allí se desprendería la obligación de la compañía de reembolsarle lo pagado, atendiendo las particularidades de la póliza, en especial, el límite y el deducible pactado.

Este argumento se refuerza si tenemos en cuenta que mi representada se encuentra vinculada a este proceso en virtud de un llamamiento en garantía, razón por la cual, en el evento en que se presente una sentencia condenatoria, la compañía aseguradora únicamente estaría obligada a reembolsar lo pagado por la HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, pues es este ente territorial el que figura como demandado en este proceso.

A la anterior conclusión arriba la doctrina, como lo expone el profesor Henry Sanabria Santos en su libro de derecho procesal:

“Mayoritariamente se ha entendido que el llamado en garantía solo tiene una obligación de reembolsarle total o parcialmente al demandado el pago de la condena impuesta o a indemnizarle el perjuicio sufrido al demandado, pero nunca directamente al demandante, puesto que las pretensiones de este solo tienen como sujeto pasivo al demandado y no al llamado en garantía. La responsabilidad del llamado en garantía en este caso se limita a reembolsarle al demandado todo o parte de la condena que ha pagado.

Así pues, si la víctima promueve proceso de responsabilidad civil extracontractual en contra del causante del daño, que a su vez llama en garantía a una compañía aseguradora en virtud de un seguro de responsabilidad civil, solo podrá imponerse condena al demandado a favor del demandante y no podrá condenarse de forma directa a la aseguradora, precisamente porque el demandante no formuló las pretensiones en contra de esta, sino en contra del demandado, de suerte que a la llamada en garantía solo se le podrá imponer condena a restituir, es decir, a devolver o reintegrar al demandado lo que este deba pagar por la sentencia. Si la víctima no demandó a la aseguradora, mal podría el juez condenarla, de suerte que ella, como llamada en garantía, solo podría ser obligada a reembolsarle al demandado el importe pagado en virtud de la condena impuesta.

En este punto, desde hace mucho tiempo la jurisprudencia civil ha indicado que la responsabilidad del llamado en garantía se predica solo de cara al demandado condenado. Lo cual significa que en razón de la prosperidad de las pretensiones del demandante quien debe responder por la condena es el demandado, y el llamado en garantía solo podrá correr con la contingencia de que sea obligado a restituir o reembolsar total o parcialmente al demandado el monto de la condena. A propósito precisamente del seguro de responsabilidad civil, la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte, de manera constante, ha señalado que la pretensión que formula el demandado en contra del llamado en garantía es una "pretensión revérsica" o "de regreso"; es decir, solo podrá obligarse al llamado en garantía a reembolsar, restituir o devolverle al demandado lo que resulte obligado a pagar, pero no podría ser obligado directamente a pagarle la indemnización al demandante, porque en su contra ninguna pretensión ha formulado el actor.

En conclusión, se ha dicho que a la compañía de seguros llamada en garantía por el demandado solo se le podrá ordenar que reembolse o pague a la parte que resultó condenada, pero nunca directamente al demandante, puesto que como se ha afirmado, si en su contra ninguna pretensión se ha formulado, mal puede resultar obligada frente al demandante. En este sentido, la jurisprudencia es clara en indicar que cuando el demandante formula sus pretensiones en contra del demandado, es este quien debe responderle, de suerte que el llamado en garantía —vinculado al proceso por iniciativa del demandado— solo debería restituirle o reembolsarle total o parcialmente al demandado el valor que hubo de pagar por la condena impuesta.(...)”³¹

Y a dicha conclusión también ha arribado la jurisprudencia nacional. Así, por ejemplo, en sentencia del 28 de septiembre de 1977 la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil dijo lo siguiente:

“Que la indemnización del perjuicio o el reembolso se debe efectuar por el llamado al demandado llamante, nunca al demandante, pues se trata de dos relaciones jurídicas perfectamente diferenciadas: La del demandante contra el demandado, en procura de que este sea condenado de acuerdo con las pretensiones de la demanda contra él dirigida; y la del demandado contra el llamado en garantía, a fin de que este lo indemnice o le rembolse el monto de la condena que sufre”

En definitiva, es claro que, en virtud de la naturaleza de la relación existente entre mi representada y la HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, cimentada contractual y procesalmente, la compañía aseguradora únicamente podría ser obligada a reembolsar lo efectivamente pagado por el asegurado en virtud de la sentencia.

³¹ Santos, H. S. (2021). Derecho procesal civil general. Universidad Externado

8. GENÉRICA O INNOMINADA.

Solicito señor juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se encuentre originada en la Ley o en el contrato por el cual se convocó a mi representada, incluida la de prescripción del contrato de seguro. Lo anterior, conforme a lo estipulado en el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011, el cual establece que: *“En la sentencia se decidirá sobre las excepciones propuestas y sobre cualquiera otra que el fallador encuentre probada El silencio del inferior no impedirá que el superior estudie y decida todas la excepciones de fondo, propuestas o no, sin perjuicio de la no reformatio in pejus.”*. En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá declararse de manera oficiosa por el despacho en la sentencia que defina el mérito.

Posición que es respaldada por la jurisprudencia del Consejo de Estado que reafirma como un deber del juez decidir sobre todas las excepciones que encuentre probadas, aún cuando no hayan sido propuestas por las partes:

*"Ahora, si bien es cierto que los artículos 2513 del Código Civil y 282 del Código General del Proceso establecen, como una de las características de la prescripción, que el juez no puede reconocerla de oficio, sino que tiene que ser alegada por la parte demandada como excepción, **también lo es que el inciso 2.º del artículo 187 del CPACA, norma especial que rige la materia, instituye que, en el proceso contencioso administrativo, es deber del juez de primera o de segunda instancia decidir sobre todas las excepciones que encuentre probadas, aunque ellas no hayan sido propuestas por las partes:***

Artículo 187. Contenido de la sentencia. La sentencia tiene que ser motivada. En ella se hará un breve resumen de la demanda y de su contestación y un análisis crítico de las pruebas y de los razonamientos legales, de equidad y doctrinarios estrictamente necesarios para fundamentar las conclusiones, exponiéndolos con brevedad y precisión y citando los textos legales que se apliquen.

En la sentencia se decidirá sobre las excepciones propuestas y sobre cualquiera otra que el fallador encuentre probada. El silencio del inferior no impedirá que el superior estudie y decida todas la excepciones de fondo, propuestas o no, sin perjuicio de la no reformatio in pejus. [Negrillas fuera del texto] [...]

*En definitiva, con base en análisis normativo y jurisprudencial que antecede, **puede concluirse que la prescripción de un derecho sí es posible decretarla de oficio por el juez del proceso contencioso, sin que sea requisito para su estudio que haya sido propuesta por la contraparte, dado que, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011, en la sentencia definitiva, el juez administrativo debe decidir sobre «las excepciones propuestas y sobre cualquier otra que el fallador encuentre probada», y, por tratarse de una norma especial para esta jurisdicción, prima sobre las reglas generales de otros procedimientos, como lo sería, para este caso particular, el Código General del Proceso.*** (subrayado y negritas propias)³²

En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá reconocerse de manera oficiosa en la respectiva sentencia. Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada este alegato.

V. SOLICITUDES

³² Sección Segunda del Consejo de Estado. Sentencia del 21 de abril de 2022. C.P. RAFAEL FRANCISCO SUÁREZ VARGAS. Radicado: 05001-23-33-000-2015-01983-01 (4171-2017)

Así las cosas, reiteramos nuestros argumentos presentados en la contestación de la demanda y el llamamiento en garantía y conforme se precisó en esta instancia procesal, por tanto:

1.- En garantía a nuestro asegurado, solicitamos al Honorable Despacho, se sirva **DENEGAR** la totalidad de las pretensiones de la demanda ante la ausencia de los elementos axiológicos de la responsabilidad del Estado, accediendo a las excepciones de mérito propuestas por mi representada y aquellas que le beneficien de las propuestas por las demás partes e inclusive las que el Despacho logré encontrar fundadas de los hechos probados en este juicio.

2.- Se **DESVINCULE** del presente asunto al Distrito Especial de Santiago de Cali al acreditarse la falta de legitimación en la causa por pasiva de este ente territorial frente a los hechos objeto del litigio.

3.- Se **DESVINCULE** del presente asunto a la Póliza No. 420 – 80 – 994000000109, que fue vinculada al proceso por el DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI. Lo anterior, al evidenciarse la falta de cobertura material de la Póliza de conformidad con las razones expuestas a lo largo del escrito. En todo caso, deberán tenerse en cuenta las condiciones particulares y generales de la Póliza, relativas a la modalidad de cobertura temporal, disponibilidad del valor asegurado, sublímites para daños extrapatrimoniales, deducible y exclusiones pactadas.

4.- Se **DESVINCULE** del presente asunto a la Póliza No. 660-88-994000000002, que fue vinculada al proceso por la RED SALUD DE ORIENTE E.S.E.. Lo anterior, al evidenciarse la falta de cobertura material de la Póliza de conformidad con las razones expuestas a lo largo del escrito. En todo caso, deberán tenerse en cuenta las condiciones particulares y generales de la Póliza, relativas a la modalidad de cobertura temporal, disponibilidad del valor asegurado, sublímites para daños extrapatrimoniales, deducible y exclusiones pactadas.

5.- Se **DESVINCULE** del presente asunto a la Póliza No. 420-88-9940000000031, que fue vinculada al proceso por la HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E. Lo anterior, al evidenciarse la falta de cobertura temporal de la Póliza de conformidad con las razones expuestas a lo largo del escrito. En todo caso, deberán tenerse en cuenta las condiciones particulares y generales de la Póliza, relativas a la modalidad de cobertura temporal, disponibilidad del valor asegurado, sublímites para daños extrapatrimoniales, deducible y exclusiones pactadas.

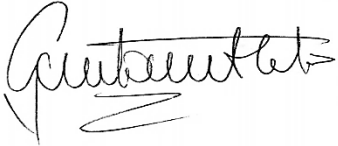
6.- En todo caso, solicito que la obligación de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** se realice a través de la modalidad de reembolso frente a cada uno de sus llamantes, previa verificación de las condiciones particulares y generales del contrato de seguro.

VI. NOTIFICACIONES

La parte convocante, en el lugar indicado en el escrito de Llamamiento en Garantía.

El suscrito en la Avenida 6A Bis N° 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212, de la ciudad de Cali, o en la Secretaría de su Despacho. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 de Bogotá

T.P. 39.116 del C. S. de la J.