

Honorable

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE MANIZALES – SALA CIVIL FAMILIA

MAGISTRADA PONENTE: SOFY SORAYA MOSQUERA MOTOA

secsalacivil@cendoj.ramajudicial.gov.co

PROCESO: VERBAL
DEMANDANTE: JUAN PABLO SUAREZ BUITRAGO Y OTROS
DEMANDADO: EPS SALUD TOTAL
LLAMADO EN G: ALLIANZ SEGUROS S.A.
RADICACIÓN: 170013103005-2021-00072-02

ASUNTO: RÉPLICA A LA SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN DE LA PARTE DEMANDANTE.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado general de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, mediante el presente escrito respetuosamente manifiesto que REASUMO el poder inicialmente conferido y, acto seguido, procedo a presentar **RÉPLICA** frente a la sustentación del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la Sentencia del 31 de enero de 2025 proferida por el Juzgado Quinto (05°) Civil Del Circuito De Manizales, solicitando desde ya que la misma sea CONFIRMADA y se nieguen la totalidad de las pretensiones propuestas por la parte actora, en los siguientes términos:

I. FRENTE A LOS REPAROS PROPUESTOS POR LA PARTE ACTORA

• **FRENTE AL REPARO: “INDEBIDA VALORACIÓN PROBATORIA”.**

Sea lo primero advertir al Honorable Despacho que el apoderado judicial, hace alusión a una consulta médica realizada por el señor Juan Pablo Suarez Buitrago, en el año 2017, situación que no fue objeto de la presente controversia judicial. Así debe ser claro para este honorable despacho que el presente proceso versa exclusivamente sobre los hechos ocurridos el 23 y 24 de enero de 2019, motivo por el cual cualquier referencia a consultas previas carece de relevancia dentro del marco de la litis.

Lo que se debe de advertir con este accionar, es que se está intentado ir en contra del principio de congruencia que es una garantía fundamental al debido proceso que tienen las partes en el proceso judicial, así lo sienta el Consejo de Estado en sentencia con radicado 2458-15 del 26 de octubre de 2017:

“Al juez de la causa solo le resulta permitido emitir pronunciamiento con base en lo pretendido, lo probado y lo excepcionado dentro del mismo, sin que sea dable dictar sentencias por fuera (extra) o por más (ultra) de lo pedido (petita), y en caso de omitir pronunciarse sobre solicitado como pretensión tiene el deber de explicar de forma clara las razones de tal omisión.”

Con base en ello, la judicatura solo puede emitir fallos por las causas invocadas en la demanda, pues de lo contrario se iría en contra del componente de contradicción del debido proceso, pues la parte pasiva, no tiene como contestar o refutar las declaraciones hechas por la parte activa, eso es un hecho que va en contra del debido proceso y el derecho a la defensa, dos derechos fundamentales establecidos en la Constitución Política de Colombia. La Corte Suprema de Justicia ha hecho referencia en sentencia SP9961-2015

*“Este postulado, emerge como una clara garantía inmanente a los derechos al debido proceso y a la defensa en su componente de contradicción, toda vez que impone el deber de informar al sujeto pasivo de la acción penal el objeto concreto de persecución, a fin de que pueda tener completa claridad acerca de los hechos jurídicamente relevantes que se le imputan y, de este modo, **logre establecer la estrategia defensiva, que durante el juzgamiento, resulte ser más favorable a sus intereses**”.* (subrayado y negrilla propio)

Del mismo modo la Corte Constitucional en sentencia T-455 del 2016 dictamina acerca de este principio de congruencia en las sentencias

“El juez debe tomar su decisión de manera congruente con los hechos, pretensiones y excepciones probadas dentro del proceso. Por lo tanto, no podrá proferir una sentencia en la que se pronuncie acerca de algo que no fue solicitado por las partes (extra petita) o en la que otorgue más de lo pedido (ultra petita), pero tampoco podrá fallar sin pronunciarse acerca de todas las pretensiones, pues de lo contrario deberá explicar de manera suficiente las razones por las cuales omitió referirse a algún pedimento. El principio de congruencia de la sentencia, además garantiza el oportuno uso del derecho de defensa por parte de las partes, puesto que les permite hacer uso de cada una de las herramientas establecidas en la ley para ello”.

Por tanto, la judicatura no puede pronunciarse en lo referente a lo que ha indicado la parte demandante en este recurso, pues de hacerse iría en contra de derechos constitucionales que afectan todo nuestro ordenamiento jurídico. Maxime cuando, no existe en el expediente evidencia alguna que permita inferir que la consulta de 2017 haya sido determinante en la evolución del estado de salud del demandante, ni que en dicha oportunidad se haya generado una conducta negligente

por parte del prestador del servicio de salud.

Ahora bien, en el mismo contexto, la parte establece que el a quo erró al momento de valorar las pruebas obrantes en el expediente. No obstante, del análisis del fallo impugnado se observa que el a quo realizó un análisis probatorio exhaustivo y objetivo, en el que concluyó que no existió una falla en la prestación del servicio por parte de la EPS Salud Total. Así, no basta con alegar que se presentó un resultado adverso para presumir automáticamente la responsabilidad de la entidad demandada, pues en el derecho de responsabilidad civil se exige que se pruebe la falla médica, el daño y el nexo causal entre ambos.

Debe tenerse en cuenta que la parte actora no logró acreditar que la pérdida del testículo del señor Juan Pablo Suárez Buitrago fuera consecuencia de la intervención médica efectuada por los demandados. Por el contrario, las pruebas obrantes en el expediente demuestran que los profesionales de la salud actuaron de manera idónea, oportuna, adecuada, diligente y ceñida a los protocolos médicos aplicables a la situación presentada. De esta manera, los supuestos perjuicios sufridos por el demandante no pueden atribuirse a un error técnico de los profesionales de la salud, ni a una dilación u obstáculo administrativo para acceder a los servicios médicos, sino que se produjeron en razón a la propia negligencia y la falta de autocuidado del demandante.

De acuerdo con los peritos que asistieron a la audiencia, la torsión testicular debe tratarse dentro de un margen de tiempo que suele ser de aproximadamente 8 horas desde el inicio de los síntomas para lograr la viabilidad del órgano. En este caso, el paciente acudió a urgencias más de 8 horas después de haber iniciado los síntomas, lo que redujo drásticamente la posibilidad de salvar el testículo. Esto se debe a que el señor Juan Pablo Suárez tuvo su primer dolor a las 7:00 a.m., pero asistió al servicio de salud en horas de la tarde. Tanto el Dr. Fernando Horacio Fernández Zambrano como el Dr. Carlos Alberto Giraldo coincidieron en que, en estos casos, la demora en la consulta es el factor determinante en la viabilidad del testículo.

Adicionalmente, con todas las pruebas recaudadas en este proceso se verifica que al paciente nunca se le negó la prestación del servicio de salud. Pues, aunque compareció a una IPS que no prestaba servicio de urología, tan pronto como se habilitó la disponibilidad del especialista en urología el 24 de enero de 2019, se realizaron los ajustes necesarios para garantizar la intervención quirúrgica requerida, la cual fue llevada a cabo sin ninguna complicación o hecho adverso.

Asimismo, no es cierto que no se haya realizado un debido seguimiento al paciente, pues de conformidad con lo expuesto por el Dr. Carlos Alberto Giraldo y consultado en la historia clínica, el paciente no asistió a re-consultas ni a valoraciones posteriores. En consecuencia, cualquier afectación posterior no puede ser atribuida a una supuesta omisión en la atención prestada, sino a la inacción del propio paciente en su proceso de recuperación.

Por último, es necesario reiterar que la clasificación de triage realizada en la atención del paciente fue la adecuada. La determinación de un riesgo de amputación de este tipo solo puede establecerse mediante un examen de eco Doppler y en el momento de la cirugía. En este sentido, la atención brindada se ajustó a los estándares científicos y normativos aplicables.

Se devela entonces que el a quo hizo un análisis exhaustivo de las pruebas, sin embargo, el material probatorio de la parte actora no contiene los elementos necesarios de convicción, pertenencia, conducencia o utilidad para probar el hecho dañoso. Esta falta probatoria no puede ser endosada a un error valorativo al juez de primera instancia, sino a la falta elementos de prueba de los demandantes, pues de ninguna manera se puede establecer que el mero decir de la afectada puede demostrar los hechos que se encuentran en debate judicial.

- **FRENTE AL REPARO: “FALTA AL DEBER DE CUIDADO Y DILIGENCIA POR PARTE DE LA EPS SALUD TOTAL A PERSONA CUYA PROTECCIÓN DEPENDE DE ÉSTA”**

Al examinar detenidamente todas las pruebas presentadas y no solo lo afirmado por la parte demandante, como diligentemente ha hecho el juzgado de primera instancia, queda claro que la EPS Salud Total se ajustó a los protocolos que rigen la *lex artis*. Por cuanto, en primer lugar, la pérdida del testículo se deriva de una condición preliminar con la que el paciente ingresó al servicio de urgencias de SALUDTOTAL EPS, resaltándose que, contrario a lo que asevera el accionante, el evento pudo haber acaecido en atención a un comportamiento negligente por la propia parte víctima quien refirió la presencia de dolores desde las siete de la mañana del 23 de enero del 2023, pero que no consultó sino hasta las 15:30 horas de ese día. Es decir, el paciente acudió después de haber transcurrido más de 8 horas desde el momento en que habría iniciado el evento de la torsión, lo que implica que no habría acudido al servicio de forma oportuna. En segundo lugar, la pérdida del testículo tampoco obedece a un error médico de los profesionales de la salud que le atendieron, así como tampoco obedece a una dilación u obstáculo administrativo para acceder a los servicios de salud; se encuentra plenamente establecido que la atención frente a la lesión en el testículo derecho del señor Juan Pablo Suárez Buitrago, se suministró de manera adecuada y en razón a la evolución que se evidenció en el paciente. Así mismo, se confirma la inexistencia de nexo en tanto que los demandantes no allegaron ninguna prueba técnico-científica al plenario que demuestre un nexo de causalidad entre las conductas de los demandados y la pérdida del testículo. Por lo que ninguna prueba técnica hay que infiera siquiera que la atención brindada por la Institución demandada fue la causante del daño reprochado por la accionante.

Es fundamental destacar que, independientemente del análisis sobre el régimen de responsabilidad aplicable, el material probatorio demostró de manera contundente la diligencia, cuidado y profesionalismo con que actuó el personal médico de EPS SALUD TOTAL y sus IPS adscritas. El marco normativo aplicable, en especial la Ley 100 de 1993 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, impone a las EPS la obligación de garantizar el acceso a los servicios de salud dentro de los límites

de la capacidad del sistema. En este caso, se ha demostrado que la EPS SALUD TOTAL gestionó la atención del paciente conforme a los protocolos establecidos, asegurando su valoración y posterior intervención cuando hubo disponibilidad de un especialista en urología.

Adicionalmente, la falta de oportunidad en la consulta por parte del propio paciente fue un factor determinante en la evolución de su condición. Los peritos indicaron que la torsión testicular requiere tratamiento dentro de las primeras 6 horas desde el inicio de los síntomas para maximizar la probabilidad de éxito en la recuperación del órgano. No obstante, en este caso, el paciente acudió a urgencias después de más de 8 horas, momento en el cual ya había transcurrido el término pertinente para el pago, según lo manifestado por los peritos Dr. Fernando Horacio Fernández Zambrano y el Dr. Carlos Alberto Giraldo.

Por lo tanto, no puede atribuirse una falta de diligencia a la EPS cuando la atención brindada se ajustó a los estándares médicos y a la disponibilidad del sistema de salud. La remisión y posterior procedimiento quirúrgico se realizaron dentro del marco de las posibilidades existentes, sin que haya existido una conducta dolosa o gravemente culposa por parte de la entidad.

Según todo lo anteriormente narrado, ciertamente la parte actora carece de elementos de convicción idóneo, pertinente, conducente y útil, que indique que en efecto y con toda seguridad, los hechos ocurrieron de la manera como se indica en el libelo genitor. Por el contrario, las pruebas obrantes en el expediente demuestran la negligencia del paciente en cuanto a su salud, comoquiera que la patología llevaba progresando por más de 8 horas antes de acercarse a un prestador de salud, por lo cual, el paciente asumió todos los riesgos que aquello implicará. Así, las actuaciones propias del paciente no pueden ser utilizadas para imputar responsabilidad en cabeza del demandado.

- **FRENTE AL REPARO: “RESPONSABILIDAD DEL DAÑO CAUSADO AL DEMANDANTE POR PARTE DE LA EPS SALUD TOTAL”**

No se han acreditado los elementos esenciales para configurar la responsabilidad civil de la EPS SALUD TOTAL, a saber: el hecho generador de la falla del servicio, el daño y el nexo causal entre ambos. Esta exigencia ha sido reiterada por la Corte Suprema de Justicia en múltiples pronunciamientos, entre ellos la sentencia SC426-2024 del 22 de marzo de 2024, donde se reafirma que para la configuración de la responsabilidad médica se requiere demostrar la existencia de un daño imputable a la entidad prestadora del servicio de salud. Sobre este particular, es fundamental resaltar dos aspectos **(i)** El perjuicio no puede ser presumido, sino que debe ser probado de manera clara y contundente; y **(ii)** Sin daño, no puede configurarse responsabilidad, conforme a la regla general establecida en el artículo 2341 del Código Civil. La anterior disposición general, consagra entonces que no hay responsabilidad sin la existencia de un daño cierto:

*“(…) Artículo 2341. Responsabilidad extracontractual El que ha cometido un delito o culpa, **que ha inferido daño a otro**, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido (…)” (Énfasis propio)*

Así, en el presente caso, resulta improcedente cualquier declaración de responsabilidad cuando no se ha demostrado la existencia de un daño real y concreto que sustente tal determinación. Tal como lo determinó el juzgado en primera instancia, no se acreditaron de manera cierta los daños solicitados por la parte demandante, más allá de sus simples afirmaciones en el libelo demandatorio, el cual también fue desvirtuado por la misma parte en su interrogatorio de parte. Debe tenerse en cuenta que, el daño, como primer elemento de la responsabilidad, debe estar plenamente probado para permitir el análisis de los demás elementos de la responsabilidad, a saber, la imputación fáctica y la imputación jurídica. Sin la demostración clara y suficiente del daño, no es posible avanzar en el análisis de los demás presupuestos, y cualquier decisión que ignore esta exigencia vulneraría los principios fundamentales del derecho de responsabilidad y la justicia misma, tal como se estableció en primera instancia.

Al respecto, ha decantado la Corte Suprema de Justicia, lo siguientes:

*“(…) En la teoría de la responsabilidad civil si bien se impone al victimario, por regla general, la obligación de resarcir a la víctima, tal compromiso surge inevitable siempre y cuando su conducta afecte, injustificada y dañinamente, la humanidad o el patrimonio de esta última. Por supuesto, en el evento de no acaecer tal hipótesis, es decir, **si a pesar del comportamiento del acusado no se generó un perjuicio o una afectación dañina, simplemente, no hay lugar a la reparación reclamada. Queda así fijada la regla general en la materia de que no hay responsabilidad sin daño, aunque exista incumplimiento o infracción a un deber de conducta.***

De tal modo, que el daño constituye un elemento nuclear de la responsabilidad civil, vale decir, su centro de gravedad, el fundamento del fenómeno resarcitorio, siendo necesarias su presencia y su justificación, para que se abra paso la indemnización de perjuicios (…)”¹

En igual medida, esta Corporación sobre la temática tratada, entre muchos otros pronunciamientos, ha puntualizado:

*“(…) No en balde se exige, a título de requisito sine qua non para el surgimiento de la prenotada obligación resarcitoria, la certeza del eslabón en comento, calidad que deberá establecerse, inexorablemente, con sujeción al tamiz de la jurisdicción. **De allí***

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala Civil. Sentencia SC20448-2017. M.P. Margarita Cabello Blanco.

que si no se comprueba o determina su existencia -como hecho jurídico que es-, a la vez que su extensión y medida, el Juez no poseerá argumento válido para fundar, en línea de principio, una condena cualquiera enderezada a obtener su resarcimiento, debiendo, en tal virtud, exonerar de responsabilidad al demandado, por más que el demandante, a lo largo de la litis, haya afirmado lo contrario, salvo las restrictas excepciones admitidas por la ley o por la jurisprudencia (v. gr.: intereses moratorios) (...)²

Así las cosas, dentro del proceso no se probó la existencia de un daño real y cierto que haya sido sufrido por el extremo actor. La única prueba presentada para acreditar los supuestos perjuicios fue su propio testimonio, el cual, por sí solo, no puede ser considerado como prueba suficiente ni concluyente del daño alegado. En materia de responsabilidad civil, es fundamental que el perjuicio se encuentre debidamente acreditado, lo que en este caso no ocurre, pues no hay evidencia objetiva que permita inferir que la pérdida del testículo haya generado una afectación concreta en la calidad de vida del demandante más allá de la propia percepción subjetiva que este expuso en su declaración.

Además, de conformidad con lo mismo manifestado por el señor Suárez Buitrago en su interrogatorio de parte, su vida sexual ha continuado de manera activa, lo que contradice la premisa de que el daño reclamado haya tenido un impacto significativo en su bienestar. Aunado a ello, el testimonio del Dr. Carlos Alberto Giraldo y diferentes estudios médicos³, confirman que la pérdida de un testículo no incide en la fertilidad del paciente, ni en su función hormonal, por lo que no puede afirmarse que el demandante haya sufrido un perjuicio derivado de este hecho.

Por lo demás, no se ha demostrado que la EPS haya incurrido en una dilación injustificada en la prestación del servicio médico al paciente. La evidencia en el expediente indica que el señor Juan Pablo Suárez Buitrago no acudió de manera inmediata a valoración médica, a pesar de haber manifestado síntomas desde las primeras horas de la mañana. Su llegada tardía a urgencias, más de ocho horas después del inicio del dolor, redujo significativamente las posibilidades de salvar el órgano afectado, lo que constituye un factor determinante en el desenlace del caso. Por lo que, no es posible trasladar la responsabilidad de esta demora a la EPS, ya que fue la inacción inicial del paciente la que afectó de manera decisiva la evolución de su condición médica.

Los testimonios de los médicos tratantes, en particular los doctores Carlos Alberto Giraldo y Fernando Horacio Fernández, corroboran que el paciente padecía de orquialgia recurrente y que cualquier dolor testicular debía ser considerado una urgencia médica. Sin embargo, el señor Suárez Buitrago no acudió en un término prudencial, lo que agravó su estado y disminuyó las posibilidades

² Corte Suprema de Justicia, Sala Civil. Sentencia del 1 de noviembre de 2013. Rad. No. 1994- 26630-01.

³ Reproducción Asistida ORG. (2021, June 17). *Reproducción Asistida ORG*. Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/esterilidad-masculina-debida-a-un-factor-testicular/>

de éxito del procedimiento quirúrgico. Adicionalmente, se encuentra acreditado que la EPS no le negó la prestación del servicio en ningún momento; por el contrario, debido a la saturación hospitalaria, gestionó su atención de manera diligente y garantizó la intervención requerida tan pronto como fue médicamente posible. Así, no puede afirmarse que hubo negligencia o una omisión en la prestación del servicio que haya generado el daño alegado.

En conclusión, no existe relación de causalidad entre los servicios médicos prestados el 23 y 24 de enero del 2019 y el diagnóstico de torsión testicular, la práctica de la orquidectomía y la pérdida del testículo derecho del accionante. En consecuencia, no es posible atribuir ningún tipo de responsabilidad al extremo pasivo, pues como quedó acreditado, no sólo todas sus actuaciones estaban dirigidas a salvaguardar la vida y la integridad del señor Juan Pablo Suárez Buitrago, sino que, además, no existe una relación de causalidad entre los servicios médicos prestados y la lesión alegada, siendo igualmente necesario recordar que, el nexo causal entre el daño y la actuación de la demandada no se presume, y al no haberse demostrado por la accionante no se podrá endilgar ninguna responsabilidad a la pasiva de esta acción. Por ese motivo, si el mismo no es probado, deben negarse las pretensiones de la demanda

II. FRENTE A LOS CONTRATOS DE SEGURO POR LOS CUALES SE VINCULA A MI MANDANTE

Aun cuando no se encuentra probada la responsabilidad de la entidad demandada y, en consecuencia, la sentencia de primera instancia debe ser íntegramente confirmada, resulta pertinente señalar que, ante un eventual e hipotético escenario adverso en el que se llegara a considerar la existencia de algún grado de responsabilidad, deberán tenerse en cuenta los aspectos relativos al contrato de seguro que han sido expuestos desde el inicio del proceso y que se reiteran en esta instancia.

- **EN CUALQUIER EVENTO, LA PÓLIZA No. 022248915/ 0 TOMADA POR CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA- CONFA, NO PODRÍA SER AFECTADA POR NO PRESTAR COBERTURA TEMPORAL.**

En cualquier caso, el Honorable Tribunal deberá tener en cuenta que no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi prohijada respecto de la **Póliza de Seguro de responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022248915/0** con vigencia comprendida entre el 31 de marzo del 2018 al 30 de marzo del 2019, por ausencia de cobertura temporal, por cuanto no se cumplen los presupuestos de la modalidad de cobertura SUNSET bajo la cual fue concertado el seguro. En efecto, la póliza ampara los hechos ocurridos dentro de su vigencia, pero también que hubiesen sido reclamados al asegurado dentro de los dos años siguientes a la terminación de su vigencia, esto es, hasta el **30 de marzo del 2021**. Sin embargo, de acuerdo con las documentales del expediente se observa que la reclamación efectuada a la **CAJA DE COMPENSACIÓN**

FAMILIAR DEL CAUCA- CONFA, se materializó con el llamamiento en garantía formulado por SALUDTOTAL EPS (quien funge como demandada directa en este proceso), mediante escrito radicado ante el Despacho el 24 de mayo del 2022, admitido el 08 de septiembre del 2022 y notificado a CONFA el 21 de octubre del 2022. Es decir, que **la reclamación** al asegurado tuvo lugar por fuera del término convenido en el contrato de seguro. Incumpliendo los presupuestos de la modalidad de cobertura SUNSET. En consecuencia, no existe ninguna obligación indemnizatoria que de cara a ese contrato pueda exigirse a mi representada por ausencia de cobertura temporal.

Es fundamental señalar que en el espectro de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la parte aseguradora puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que está expuesto el interés asegurado, con fundamento en la facultad que se consagra en el Art. 1056 del C. Co. Es de esta forma como al suscribir el contrato asegurativo respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertas condiciones generales y particulares estipuladas en el mismo acuerdo. De manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes. La H. Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

“(...) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado. Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato asegurativo. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...)”⁴

Entre las condiciones que se pueden pactar por los contratantes, es posible encontrar la

⁴ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Magistrado Ponente: Dr. Fernando Giraldo Gutiérrez. SC4574- 2015. Radicación No. 11001-31-03-023-2007-00600-0.

determinación de límites temporales, territoriales, sobre la cuantía y de la ocurrencia de circunstancias específicas. En esa categoría, la relación sustancial que rige las obligaciones de mi mandante, necesariamente se sujetará a las diversas condiciones de los contratos de seguro, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo. 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 las obligaciones de mi prohijada, al contenido de las condiciones de la correspondiente póliza.

Consecuentemente, la posibilidad de que surja responsabilidad de la Aseguradora depende estrictamente de las diversas estipulaciones contractuales, frente a los hechos que se prueben en el proceso, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según lo pactado y no a cualquier evento, ni a cualquier otro riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo. En materia de seguros, el asegurador, según indica el Art. 1058 del C. Co.: “(...) *podrá, a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado o la cosa asegurados* (...)”. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que amparo opera o es efectivo, las causales de exclusión o en general las de exoneración, además de las de origen legal, etc. Por tanto, son esos los parámetros a los que tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la póliza vinculada.

En este caso en particular, bajo la égida del Art. 4 de la ley 389 de 1997, mi mandante y la llamante en garantía, concertaron que la póliza aquí vinculada se concertara bajo la modalidad de cobertura temporal SUNSET, con base en la cual, se amparan los hechos atribuidos al asegurado y ocurridos dentro de su vigencia, pero también que hubiesen sido reclamados al asegurado o al asegurador dentro de los dos años siguientes a la terminación de su vigencia. Así lo evidencia el siguiente extracto de la cláusula referente al ámbito temporal del contrato:

Ambito Temporal

SUNSET

Bajo la presente póliza se ampara la Responsabilidad Civil Extracontractual del asegurado por los daños causados a terceros durante la vigencia de la póliza y cuyas consecuencias sean reclamadas al asegurado o al asegurador durante la misma vigencia o dentro de los DOS (2) años siguientes a su terminación.

Este tipo de modalidad de coberturas temporales ha sido analizado por la H. Corte Suprema de Justicia en el siguiente sentido:

“(...) En efecto, el artículo 4º de la Ley 389 de 1997 consagró que «en el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá

circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación. **Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años».**

Esa norma franqueó el paso a dos tipologías negociales distintas al tradicional seguro basado en la ocurrencia. En la primera de ellas, la aseguradora se obliga a mantener indemne el patrimonio del asegurado frente a la responsabilidad originada en un «hecho externo» que le sea imputable, sin importar la época de su ocurrencia, siempre y cuando la víctima del evento dañoso formule la reclamación al asegurado, o al asegurador, durante la vigencia de la póliza (modalidad claims made).

En la segunda, la aseguradora asume la protección del patrimonio del asegurado frente a débitos relacionados con un «hecho externo» que le sea imputable, siempre y cuando (i) ese «hecho externo» sobrevenga en vigencia de la póliza, y (ii) la víctima del evento dañoso formule reclamación al asegurado, o al asegurador, dentro de un lapso convenido, contado partir de la expiración del término contractual, y que no puede ser inferior a dos años (modalidad de ocurrencia sunset) (...)⁵ (Negrita y Sublínea por fuera de texto original).

En este orden de ideas, para el caso en cuestión tenemos que, efectivamente, el contrato de seguro documentado en la **Póliza de Seguro de responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022248915/ 0** con vigencia comprendida entre el 31 de marzo del 2018 al 30 de marzo del 2019, con base en el cual la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA- CONFA** vinculó a mi mandante a este proceso a través de llamamiento en garantía, se pactó bajo la cobertura temporal denominada SUNSET, y de tal suerte para efectos de validar la posibilidad de afectar este contrato en este asunto, refulge indispensable cotejar si los hechos demandados ocurrieron dentro de la vigencia de la póliza, y si la reclamación formulada a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA- CONFA**, por SALUDTOTAL EPS, se efectuó dentro de los dos años siguientes al fenecimiento de la vigencia del contrato.

En primer lugar, se observa que los hechos invocados en el libelo genitor habrían tenido lugar el 23 y 24 de enero del 2019, esto se corrobora con las respectivas anotaciones de la historia clínica adosadas al plenario. De otro lado, confrontando el contenido del seguro, tenemos que su vigencia

⁵ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sentencia SC5217-2019 del 03 de diciembre del 2019, Radicación n.º 11001-31-03-015-2008-00102-01. M.P. Dr. Luis Alonso Rico Puerta

inició el 31 de marzo del 2018 y culminó el 30 de marzo del 2019. Consecuentemente, es claro que los hechos reprochados y atribuidos al asegurado, sí habrían ocurrido dentro de la vigencia del contrato. Ahora, en segundo lugar, se advierte que la reclamación al asegurado se formuló por parte de SALUDTOTAL EPS mediante llamamiento en garantía en escrito radicado ante el Despacho el 24 de mayo del 2022, admitido el 08 de septiembre del 2022 y notificado a CONFA el 21 de octubre del 2022. De otro lado, tenemos que la vigencia del aseguramiento culminó el 30 de marzo del 2019 y, por lo tanto, solo se encontrarían amparados aquellos casos cuyas consecuencias sean reclamadas hasta el **30 de marzo del 2021**. De tal surte es apenas evidente que la reclamación a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA- CONFA**, se formuló hasta el año 2022, es decir, por fuera del término convenido en el aseguramiento, para que este pudiera brindar cobertura.

En conclusión, no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi prohijada respecto de la **Póliza de Seguro de responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022248915/ 0** con vigencia comprendida entre el 31 de marzo del 2018 al 30 de marzo del 2019, por ausencia de cobertura temporal, por cuanto no se cumplen los presupuestos de la modalidad de cobertura SUNSET bajo la cual fue concertado el seguro. Ciertamente, este negocio asegurativo **ampara** los hechos ocurridos dentro de su vigencia, pero también que hubiesen sido reclamados al asegurado dentro de los dos años siguientes a la terminación de su vigencia. No obstante, en este asunto, la reclamación efectuada a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA- CONFA**, se materializó con el llamamiento en garantía formulado por SALUDTOTAL, mediante escrito radicado ante el Despacho el 24 de mayo del 2022, admitido el 08 de septiembre del 2022 y notificado a CONFA el 21 de octubre del 2022. Por contera, **la reclamación** al asegurado tuvo lugar por fuera del término convenido en el contrato de seguro. Incumpliendo los presupuestos de la modalidad de cobertura SUNSET dos años, y en ese orden de cosas, se insiste, no existe ninguna obligación indemnizatoria que de cara a ese contrato pueda exigirse a mi representada por ausencia de cobertura temporal.

- **EN CUALQUIER EVENTO, LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL GENERAL No. 0222265261, TOMADA POR SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES NO PODRÍA SER AFECTADA POR CUANTO LOS HECHOS DEMANDADOS NO SE ENMARCAN EN SUS COBERTURAS**

Vale la pena que su Despacho advierta que tampoco existe obligación indemnizatoria a cargo de mi prohijada respecto de la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual General No. 0222265261** con vigencia desde el 30 de abril de 2018 hasta el 29 de abril de 2019, por ausencia de cobertura material para los hechos objeto del litigio, por cuanto no se cumplen los presupuestos de la modalidad de cobertura material bajo la cual fue concertado el seguro. En efecto, de acuerdo con los presupuestos fácticos de la demanda y de las manifestaciones de SALUDTOTAL en su llamamiento en garantía a SES, encontramos que en el referido proceso judicial se cuestiona

las demoras en el proceso de atención por parte de la mencionada EPS, manifestándose dentro del llamamiento en garantía formulado, que se presentó un presunto incumplimiento contractual por parte de dicha Institución, reprochándosele también que el paciente no fue atendido oportunamente aún cuando fue remitido como urgencia vital. Tales cuestionamientos se refieren a conductas de tipo contractual y profesional del Asegurado, en su rol como prestador de servicios de salud que, en la Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual vinculada no están cubiertos. Ciertamente, este aseguramiento no tiene por objeto amparar daños de tipo profesional y contractual como los reprochados en contra de **SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES**. En consecuencia, no existe ninguna obligación indemnizatoria que de cara a ese contrato pueda exigirse a mi representada por ausencia de cobertura material.

Aterrizando nuevamente al caso en cuestión, es claro que, analizados los documentos adosados al plenario, encontramos que en el referido proceso judicial se cuestiona las demoras en el proceso de atención por parte de **SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES**, manifestándose dentro del llamamiento en garantía formulado, que se presentó un presunto incumplimiento contractual por parte de dicha Institución, reprochándosele también que el paciente no fue atendido oportunamente aun cuando fue remitido como urgencia vital. Es decir, se refiere a conductas de tipo contractual y profesional del Asegurado, en su rol como prestador de servicios de salud. Consecuentemente, lo sucedido no corresponde a un riesgo asegurado, tampoco constituye la realización de la condición suspensiva de la que pende el nacimiento de la obligación de indemnizar, como se acredita con el texto de la póliza, que a continuación se cita:

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.

De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.

Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
 - Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
 - Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Esta situación es clara, considerando la definición de la cobertura que se otorgó, cuyo alcance no cambia y es indiferente e independiente de la duración que tenga la relación contractual, cuya extensión no modifica de ninguna manera los riesgos que se han asumido por parte de mi representada, toda vez que es inexistente cualquier convenio de las partes introducido modificaciones sobre este particular en el seguro.

La parte demandante no puede desconocer que las condiciones del contrato de seguro determinan cuáles de los riesgos a los que estaba expuesto el correspondiente interés asegurable, fueron los que la aseguradora, a su arbitrio, aceptó asumir expresamente. Este hecho es capital en el presente caso, por cuanto mi representada expresa y convencionalmente **no aceptó asegurar amparar daños de tipo profesional y contractual derivados del ejercicio de la actividad médica del asegurado**. Es decir, no puede haber responsabilidad de la Compañía de seguros ante la existencia de responsabilidad civil de carácter profesional y contractual conforme se invoca por SALUDTOTAL en contra de SES y conforme se advierte de lo pedido en el escrito demandatorio.

Las condiciones de la póliza son absolutamente claras y explican, cuál es el ámbito de la cobertura que otorgó la aseguradora, siendo diáfano que no se amparó ningún riesgo responsabilidad civil de carácter profesional y contractual. Es decir, la Compañía de seguros no está obligada a indemnizar ningún siniestro, cuando el asegurado no cumple con estos requisitos.

Consecuentemente, es apenas evidente que los hechos no implican la producción de un siniestro en los términos convenidos, respecto de ninguno de los amparos otorgados en el aseguramiento vinculado, por cuanto se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del asegurado frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo, derivadas

específicamente de los eventos relacionados en las condiciones de la póliza. Es decir que este aseguramiento resulta inoperante toda vez que los hechos del 23 y 24 de enero del 2019 no gozan de cobertura, siendo necesario que **SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES**, acuda a la póliza de responsabilidad civil Clínicas y Hospitales o aquella que ampare su eventual responsabilidad civil profesional, por cuanto esos seguros no están contratados con la Aseguradora que represento.

- **FINALMENTE, DEBE TENERSE EN CUENTA LA FALTA DE COBERTURA MATERIAL ANTE LA CONFIGURACIÓN DE RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DEL AMPARO DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL GENERAL No. 0222265261**

Se realiza este planteamiento únicamente en gracia de discusión, y sin que implique ningún reconocimiento de responsabilidad por parte de mi prohijada, en el entendido de que a **ALLIANZ SEGUROS S.A.** no le asiste ninguna obligación indemnizatoria derivada de la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual General No. 0222265261** por cuanto que esta póliza excluye expresamente la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas: (i) Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos (Responsabilidad civil contractual); y (ii) Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional (Responsabilidad civil profesional). De tal suerte, deberá el H. Juez denegar las pretensiones de la demanda en garantía, pues los hechos materia de litigio, los cuales se centran en las conductas de tipo contractual y profesional del Asegurado, en su rol como prestador de servicios de salud, no fueron un riesgo previamente trasladado al asegurador en el mentado contrato de seguro. Con base al Art. 1056 del C. Co. el asegurador puede a su arbitrio, delimitar los riesgos que asume, en reciente fallo del 04 de abril de 202230 la H. Corte recordó lo siguiente:

*“(…) **ante la amplitud de los eventos que son susceptibles de ser amparados, la aseguradora puede especificar «los riesgos cuya cobertura se obligan en virtud de la misma»** (SC8435, 2 jul. 2014, rad. n.º 2002-00098-01), como lo reconoce el artículo 1056 del Código de Comercio, a saber: «[c]on las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado».*

*Refiriéndose a este precepto, la Corporación dijo que en la especificación de los riesgos **«se reconoce plena autonomía al asegurador, a quien el artículo 1056 ejusdem, norma aplicable a los seguros de daños y de personas, le otorgó la potestad de delimitar espacial, temporal, causal y objetivamente los eventos por cuya ocurrencia se obligaría condicionalmente a indemnizar al beneficiario, pues estatuyó que podía asumir, con las restricciones legales»** (SC4527, 23 nov. 2020, rad. n.º 2011-00361-01).*

*(...) Estas estipulaciones, conocidas como **«cláusulas de exclusión»**, tienen por finalidad limitar «negativamente el ‘riesgo asegurado’, al dejar por fuera de cobertura algunas situaciones que podrían estar allí comprendidas y que, por ende, de acontecer no son indemnizables. De tal manera que su consagración no conduce a la desaparición o alteración del componente económico previsto en favor de los beneficiarios, sino a la imposibilidad de que las reclamaciones por los hechos al margen de la protección tengan éxito» (...)»⁶ (Negrilla y Sublínea por fuera del texto original).*

Al respecto, resulta oportuno señalar que, a su vez, la Doctrina ha sido pacífica al entender el contrato de seguro como un acto jurídico que proviene de la voluntad de las partes, siendo, por tanto, una expresión del principio de la autonomía de la voluntad privada. De tal suerte, autores como como Castro (2019) han sostenido que:

“(...) Quien celebra un negocio jurídico en virtud de la autonomía privada está creando una nueva relación jurídica, que no existía aún. [...] La autonomía privada únicamente tiene sentido desde el derecho, como la posibilidad de crear, modificar o extinguir relaciones y normas jurídicas. [...] Se trata de un poder normativo, es decir, una potestad de crearnormas jurídicas y la autonomía de la voluntad es la fuente de que ellas se derivan (...)”.⁷

Igualmente, como lo explica Ospina Fernández (2005), este postulado se fundamenta en la independencia que otorga el legislador a los particulares para regular sus propias relaciones sociales. En otras palabras, se otorga eficacia jurídica a la iniciativa privada para atribuir los efectos que mejor se enmarquen a su propósito particular⁸. Así pues, como una manifestación de la autonomía de la voluntad privada, de conformidad con las condiciones particulares y generales del contrato de seguro instrumentado a mediante la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual General No. 0222265261**, se establecieron los parámetros que enmarcan la obligación condicional que contrajo mi representada delimitando la extensión del riesgo asumido por ella. Señalando así expresamente en el literal A de la sección segunda del condicionado general de la póliza, que esta no brindaría cobertura cuando se presente: **(i)** Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos (Responsabilidad civil contractual); y **(ii)** Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional (Responsabilidad civil profesional); tal y como se desprende de los siguientes extractos de dicho aseguramiento:

⁶ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sentencia SC4574, 21 ab. 2015, rad. n.º 2007-00600-02.

⁷ Castro de Cifuentes, M. (2019). Los contratos normativos y los contratos marco en el derecho privado contemporáneo. Estudios Socio-Jurídicos, 21(1), 121-150

⁸ Ospina Fernández, G. (2005). TEORÍA GENERAL DEL CONTRATO Y DEL NEGOCIO JURÍDICO. Editorial Temis S.A.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

- A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:
- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
 - Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.

Ahora bien, sin que implique el reconocimiento de responsabilidad alguna a cargo las codemandadas, ni mucho menos de mi procurada, advierte el suscrito que, de acuerdo con los presupuestos fácticos de la demanda y de las manifestaciones de SALUDTOTAL en su llamamiento en garantía a SES, encontramos que en el referido proceso judicial se cuestiona las demoras en el proceso de atención por parte de la mencionada EPS, manifestándose dentro del llamamiento en garantía formulado, que se presentó un presunto incumplimiento contractual por parte de dicha Institución, reprochándosele también que el paciente no fue atendido oportunamente aun cuando fue remitido como urgencia vital. Tales cuestionamientos se refieren a conductas de tipo contractual y profesional del Asegurado, en su rol como prestador de servicios de salud que, en la Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual vinculada están expresamente excluidos. Ciertamente, este aseguramiento prescindió de sus coberturas los daños de tipo profesional y contractual como los reprochados en contra de **SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES**. En consecuencia, sin perjuicio de que la responsabilidad pretendida por el extremo actor no está demostrada, en todo caso, no existe ninguna obligación indemnizatoria que de cara a ese contrato pueda exigirse a mi representada por ausencia de cobertura material por tratarse de hechos expresamente excluidos.

De lo anterior, se puede decir que los amparos otorgados por la Compañía Aseguradora que represento, plasmado en la carátula de la póliza sólo operan siempre y cuando se configure la responsabilidad civil extracontractual conforme a su tenor literal y se acrediten debidamente los perjuicios alegados por la afectada, de acuerdo con las condiciones propias del contrato, es decir, en el caso concreto, emerge con claridad que no se cumplen tales condiciones, pues además de que no se han configurado los elementos de la responsabilidad civil frente al asegurado de la forma concertada en el contrato, tampoco hay cobertura para los hechos que son materia del presente litigio, toda vez que, como se explicó anteriormente, los daños de tipo profesional y contractual, se encuentra expresamente excluido de dichos amparos.

Finalmente, no está de más resaltar que la última sentencia de unificación jurisprudencial de la H. Corte Suprema de Justicia dejó claro que las causales de exclusión NO deben estar necesariamente en la primera página de la póliza, por cuanto la consignación exclusiva de las exclusiones en ese sentido, resta efectos a la facultad de delimitar los riesgos que tienen las aseguradoras. Concretamente explicó la H. Corte lo siguiente:

“(…) En diversos pronunciamientos, esta Corporación ha señalado que, conforme a las normas en comento, las coberturas y exclusiones deben consagrarse en la primera página de la póliza o a partir de aquella, aunque sin decantarse expresamente por ninguna de las dos posturas. Así mismo, ha respaldado por vía de tutela la ineficacia de exclusiones ubicadas en anexos de la póliza.

(…) Con apoyo en los elementos hermenéuticos antes señalados, considera la Corte que una adecuada interpretación del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero exige su análisis armónico con la normativa que ha proferido la Superintendencia Financiera «para el adecuado cumplimiento de lo señalado en el artículo 184 numeral 2° EOSF» y concretamente, la exigencia de la CE 029 de 2014 respecto a la ubicación de los amparos y exclusiones a partir de la primera página de la póliza, interpretación que no sólo permite cumplir con las exigencias de información y conocimiento del tomador sino también atender el principio general de prevalencia de la voluntad de las partes contratantes.

*(…) **Sostener una interpretación contraria, es decir, exigir la consignación forzosa y exclusiva de las exclusiones en la primera página de la póliza, podría cercenar o restar efectos a la facultad de delimitación de riesgos legalmente otorgada al asegurador, en tanto castigaría con ineficacia las exclusiones consignadas de manera clara e ininterrumpida a partir de la primera página***
(…)»⁹ (Negrita y Sublínea por fuera del texto original).

Consecuentemente, las causales de exclusión contenidas en el articulado de la póliza claramente indican que estas no brindarían cobertura cuando se presenten daños de tipo profesional y contractual, tienen plenamente eficacia y son aplicables al caso en concreto, puesto que el presupuesto fáctico del líbelo genitor, precisamente, gira en torno a la ocurrencia de un incumplimiento en los términos de la causal de exclusión citada. Evento que se reitera está expresamente excluido de los amparos de los aseguramientos que mi mandante expidió. En conclusión, se encuentran los hechos narrados en la demanda dentro de las causales taxativas de exclusión de responsabilidad indemnizatoria a cargo de mi representada de **la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual General No. 0222265261**, por lo que inexistente es la obligación indemnizatoria de mi prohijada con fundamento en dicho aseguramiento. Los contratos son claros al establecer cuáles son los amparos que efectivamente se conceden, y las exclusiones y demás condiciones que circunscriben las obligaciones de la Compañía Aseguradora, por ello, es menester que el Juzgador de segunda instancia, a la hora de decidir de fondo sobre el asunto que se está poniendo a su consideración, tenga en cuenta y aplique todas y cada una de las exclusiones que rigen el contrato aseguratorio integrado en este litigio, para que no se actúe en contravía de los

⁹ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sentencia SC2879-2022, Radicación n.º 11001-31-99-003-2018-72845-01. M.P. Dr. Luis Alonso Rico Puerta.

derechos e intereses que le asisten a mi procurada. Lo anterior, sin perjuicio de las demás causales de exclusión que eventualmente se lleguen a acreditar en esta causa.

III. SOLICITUD

PRIMERO: CONFIRMAR en todas sus partes la sentencia emitida de forma oral el 31 de enero de 2025 por el Juzgado Quinto (05°) Civil del Circuito de Manizales, al interior del trámite de la referencia en el sentido de NEGAR la totalidad de las pretensiones de la demanda.

SEGUNDO: Subsidiariamente, en el remoto e hipotético evento de que se modifique la sentencia del a quo en relación con la responsabilidad de EPS Salud Total., y ello afecte los intereses de mi representada, solicito respetuosamente a esta Magistratura considerar los argumentos expuestos sobre las pólizas Nos. 022248915/0 y 0222265261, en las cuales se evidencia que no existe obligación indemnizatoria alguna por parte de ALLIANZ SEGUROS S.A., al no cumplirse los presupuestos necesarios para la configuración del siniestro conforme a las condiciones pactadas.

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

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