

Señores:

JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA

E. S. D.

ASUNTO: ALEGATOS DE CONCLUSIÓN 1° INSTANCIA
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTES: JAMES PRIETO RAMIREZ Y OTROS
DEMANDADOS: HOSPITAL MARIA INMACULADA Y OTROS
LLAMADOS EN GTIA: ALLIANZ SEGUROS S.A.
RADICACIÓN: 18001-33-33-001-2018-00506-00

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116, obrando como apoderado de **ALLIANZ SEGUROS S.A.** manifiesto que, **REASUMO** el poder a mi conferido y encontrándome dentro del término legal, presento los respectivos **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA**, solicitando desde ya, que se profiera **SENTENCIA FAVORABLE** a los intereses de mi representada, desestimando las pretensiones de la parte actora y declarando probadas las excepciones propuestas al momento de contestar la demanda y el llamamiento en garantía:

I. OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR ALEGATOS.

Una vez surtida la etapa procesal correspondiente a la audiencia de pruebas, prevista en el artículo 181 de la Ley 1437 de 2011, y no habiendo más pruebas por practicar, el día diez (10) de abril de 2025, durante el desarrollo de la diligencia, se corrió traslado a las partes intervinientes para presentar los alegatos de conclusión en primera instancia, dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación, la cual fue realizada en estrados. De esta manera, el término empezó a correr el día once (11) de abril de 2025, siendo su fecha de terminación el día dos (2) de mayo de la misma anualidad. En tal virtud, se concluye que el presente escrito de alegatos se radica dentro del término previsto para tal efecto.

II. DE LA FIJACIÓN DEL LITIGIO PLANTEADA POR EL DESPACHO

Teniendo en cuenta los hechos expuestos en la demanda, corresponde al despacho determinar si las entidades demandadas son responsables administrativamente por el fallecimiento del menor Carlos Mateo Hernández Prieto, como consecuencia de una presunta falla en la prestación del servicio médico asistencial. En caso de encontrar responsabilidad por parte de las entidades demandadas, se deberá analizar la responsabilidad de las llamadas en garantía para determinar si deben concurrir a la condena en virtud de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales contratada.

III. ALEGATOS FRENTE A LA EVENTUAL DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD EN CONTRA DEL HOSPITAL MARIA INMACULADA

A. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL MARÍA INMACULADA DE FLORENCIA E.S.E., POR AUSENCIA DE FALLA DEL SERVICIO.

Teniendo en cuenta que en este caso las pretensiones de la parte demandante buscan que se declare la responsabilidad de la asegurada con ocasión de los hechos ocurridos el 28 de julio de 2016, en los que falleció el menor Carlos Mateo Hernández Prieto, presuntamente como consecuencia de una falla médica atribuida al Hospital María Inmaculada, es preciso señalar que, dentro del proceso y el debate probatorio desarrollado, quedó plenamente acreditado que dicho hospital no tuvo participación alguna en el daño ocasionado en este caso, el cual lamentablemente culminó con el sensible fallecimiento del menor.

En efecto, de conformidad con el dictamen pericial aportado por la misma parte demandante, se estableció que las irregularidades médicas que incidieron en las complicaciones del estado de salud del menor ocurrieron en el Hospital Comunal Las Malvinas. Según el dictamen y con soporte de la historia clínica, el ingreso del niño a dicha institución se produjo aproximadamente a las 13:40 horas, momento en el que se encontraba en buenas condiciones generales, aunque ya presentaba signos de alarma que no fueron debidamente atendidos ni manejados de forma adecuada. Quedó plenamente acreditado que las irregularidades y dificultades en la atención ocurrieron durante la atención primaria brindada al paciente en el Hospital Comunal Las Malvinas.

El dictamen pericial evidenció, además, que la aplicación intramuscular de un medicamento en la región dorsoglútea —zona no recomendada para menores de tres años, especialmente cuando existen alteraciones en la piel— pudo haber sido el evento inicial que desencadenó la grave infección. Este procedimiento, conforme a las pruebas obrantes en el expediente, no cumplió con los protocolos de asepsia ni con la adecuada valoración física previa exigida para la prevención de infecciones graves como la sepsis.

En cuanto a la atención brindada al menor dentro del Hospital María Inmaculada, se observa que, al momento de su ingreso, ya presentaba un estado séptico severo, incluso en fase casi irreversible, lo que limitaba significativamente las posibilidades reales de recuperación. En consecuencia, no se evidencia negligencia en la atención médica prestada en dicha institución, pues el deterioro progresivo del estado de salud del menor no pudo ser revertido, a pesar de las intervenciones oportunas y adecuadas implementadas por el equipo médico.

Dentro del Hospital María Inmaculada se brindó una atención oportuna y diligente al menor Carlos Mateo Hernández Prieto, conforme lo demuestran las notas médicas y demás pruebas documentales que obran en el proceso. A su ingreso, se le administró el antibiótico indicado

(Oxacilina) a las 17:00 horas, siguiendo las instrucciones médicas pertinentes para el tratamiento de la infección. Asimismo, se procedió con la realización de una ecografía de tejidos blandos a las 19:50 horas, examen fundamental para evaluar la extensión y gravedad del cuadro clínico. Estas actuaciones reflejan que el personal de salud valoró adecuadamente al menor y actuó con la debida diligencia, desvirtuando así cualquier afirmación relacionada con una falta de atención oportuna o especializada dentro de la institución.

El informe pericial establece que el Hospital María Inmaculada contaba con el personal especializado, los medios diagnósticos y la infraestructura idónea para proporcionar el tratamiento requerido. No obstante, se debe tener en cuenta que el avance crítico del cuadro séptico que presentaba el paciente al momento de su ingreso hacía inviable su recuperación, aun con la atención médica adecuada. **De igual forma, el dictamen pericial señala que el deterioro del estado de salud del menor se originó en fases anteriores, durante su atención en el Hospital Comunal Las Malvinas, donde se evidenciaron falencias en el manejo clínico, tales como la falta de un abordaje multidisciplinario urgente y la no administración oportuna de tratamiento antibiótico adecuado.** Dichas omisiones fueron factores determinantes en la progresión del proceso infeccioso hacia un cuadro séptico irreversible, lo que finalmente condujo al desenlace fatal.

De esta manera, se precisa que, para establecer la responsabilidad médica en el presente caso, no basta con acreditar el fallecimiento del menor. Es indispensable que el accionante demuestre de manera adecuada la existencia de una falla en el servicio por parte de las entidades médicas, ya sea por deficiencias en la atención prestada o por la prestación tardía de los servicios, tal como se ha alegado. Del mismo modo, debe probarse que dichas fallas contribuyeron de manera significativa al desenlace fatal del paciente y que, además, sean imputables legalmente al Hospital María Inmaculada.

Por lo anterior, para establecer la existencia del nexo causal entre el hecho y el daño, es fundamental analizar la relación efectiva entre el hecho generador y el perjuicio causado. El agente demandado debe tener una conexión directa entre su conducta y la producción del daño; en otras palabras, su acción u omisión debe ser la causa directa del daño reclamado, sin la intervención de factores externos que alteren dicha relación causal. Así las cosas es importante señalar que con respecto al nexo causal, el Consejo de Estado ha manifestado en diversas ocasiones lo siguiente:

En materia del llamado nexo causal, debe precisarse una vez más que este constituye un concepto estrictamente naturalísimo que sirve de soporte o elemento necesario a la configuración del daño, otra cosa diferente es que cualquier tipo de análisis de imputación, supone, prima facie, un estudio en términos de atribuibilidad material (imputatio facti u objetiva), a partir del cual se determina el origen de un específico resultado que se adjudica a un obrar –acción u omisión–, que podría interpretarse como causalidad material, pero que no lo es jurídicamente hablando porque pertenece al concepto o posibilidad de referir un acto a la conducta humana, que es lo que se conoce como imputación.¹

¹ Consejo de Estado, Sala de Contencioso Administrativo, Sección Tercera – Subsección “B” Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero Bogotá D.C., 3 de octubre del 2016 Expediente: 40057 Radicado: 05001233100019990205901 Actor: Carlos Enrique Noreña Gómez y otros, Demandado: Municipio de Itagüí, Acción de reparación directa.

Aplicando el criterio jurisprudencial al caso concreto, la discusión sobre el nexo causal y la imputación jurídica resulta determinante para establecer si la conducta de los profesionales de la salud del Hospital María Inmaculada puede ser vinculada de manera directa al resultado dañoso. A partir del análisis probatorio, se advierte que el estado séptico del paciente ya era irreversible al momento de su ingreso a dicha institución, lo que rompe el nexo causal entre la actuación médica del Hospital María Inmaculada y el fallecimiento del menor, excluyendo así su responsabilidad en los hechos materia de este proceso.

Es fundamental tener en cuenta que la carga de probar tanto la existencia de la falla en el servicio como el nexo causal corresponde a la parte que las alega. En consecuencia, si los demandantes no logran acreditar dicho nexo de causalidad, como ocurre en el presente caso, todas las pretensiones formuladas en la demanda deberán ser desestimadas por faltar uno de los elementos esenciales de la responsabilidad. En otras palabras, dado que la carga de la prueba del nexo causal recae sobre los demandantes, la ausencia de su acreditación en el proceso conduce necesariamente al rechazo de las pretensiones. Sobre este punto, el Consejo de Estado ha establecido que:

La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste.²

En este sentido, la responsabilidad de las entidades demandadas, como se establece en la sentencia citada, recae sobre la prestación del servicio de salud y es de naturaleza subjetiva. Esto implica que, para declarar la responsabilidad, es necesario demostrar tres elementos fundamentales: la existencia de una falla comprobada en el servicio médico, el daño antijurídico sufrido por el paciente y un nexo causal directo entre la falla y el daño. En otras palabras, se debe probar que el servicio fue deficiente, que el paciente experimentó un perjuicio como consecuencia de dicha deficiencia y que este daño es producto directo de la falla en la prestación del servicio. Sin la acreditación de estos elementos, no es posible establecer la responsabilidad del Estado en el contexto de la atención médica.

B. INEXISTENCIA DE LA FALLA MEDICA POR PARTE DEL HOSPITAL MARIA INMACULADA POR LA DEBIDA APLICACIÓN DE LA LEX ARTIS.

En este caso, quedó demostrado que no existió falla médica por parte del Hospital María Inmaculada, ya que se siguieron los protocolos establecidos y se cumplió con la aplicación adecuada de la lex artis, entendida como el conjunto de normas, principios y procedimientos que

² Consejo de Estado sala de lo contencioso administrativo sección tercera subsección b consejero ponente: Danilo Rojas Betancourt Bogotá d. C., veintiocho (28) de febrero de dos mil trece (2013) radicación número: 66001-23-31-000-2001-00063-01(25075) actor: Amparo Alzate, demandado: instituto de seguros sociales referencia: acción de reparación directa

guían la práctica médica. Al recibir al menor, el hospital procedió conforme a las pautas para la atención de urgencias pediátricas. Tras un diagnóstico inicial de edema, se realizaron los exámenes pertinentes, como la ecografía y el cuadro hemático, procedimientos estándar para descartar complicaciones.

La intervención médica fue adecuada, y se evidenció que el hospital actuó conforme a los parámetros de la *lex artis*. A las 17 horas, se administró Oxacilina, el antibiótico indicado para tratar la infección, lo cual fue confirmado por la pediatra en su nota a las 19:30 horas, al continuar con el mismo tratamiento. Además, se llevó a cabo una ecografía de tejidos blandos a las 19:50 horas, la cual confirmó la presencia de un proceso infeccioso, diagnóstico consistente con los síntomas observados. La ecografía no mostró colecciones líquidas en los tejidos blandos, lo que descartó un absceso y respaldó el diagnóstico de celulitis (infección en los tejidos blandos). Este diagnóstico fue apropiado, y el tratamiento administrado, consistente con la *lex artis*, correspondió al protocolo adecuado para este tipo de infecciones. Sin embargo, el cuadro del menor era grave desde su ingreso, con un área afectada muy extensa y complicaciones previas, como la varicela.

El hecho de que la infección avanzara rápidamente a un estado séptico irreversible, aun con la atención proporcionada, subraya la severidad de la situación y la rapidez con la que la condición del niño empeoró. La muerte del menor, lamentablemente, se debió a un proceso infeccioso que ya estaba instalado en su cuerpo desde hacía varios días, lo que pudo haberse evitado con una consulta médica más temprana. Es crucial señalar que, aunque el tratamiento proporcionado por el Hospital María Inmaculada fue conforme a la *lex artis*, la gravedad del estado del menor, sumada al retraso en la consulta médica por parte de los padres, fue determinante en el desenlace trágico. Así, la responsabilidad médica en este caso no puede considerarse atribuible a una falla en el servicio, ya que el personal médico actuó conforme a los principios establecidos en la *lex artis* y los protocolos adecuados para este tipo de situaciones.

En términos generales, la responsabilidad médica permite a los pacientes o a sus familiares reclamar compensación por los perjuicios derivados de actos médicos culposos o dolosos. Para que se declare dicha responsabilidad, los demandantes deben probar que el acto médico fue negligente o intencional, y que causó un daño con un nexo causal claro. No obstante, el presunto responsable puede contrarrestar esta reclamación demostrando que actuó con la debida diligencia y cuidado durante los procedimientos. Si la institución de salud logra probar que su actuación fue correcta, podrá evitar la responsabilidad que se le atribuye. En este contexto, la Corte Constitucional, en la Sentencia T-313/96, ha establecido que *"la obligación médica es de medio y no de resultado", lo cual implica que no se puede deducir que se atenta contra el derecho a la vida de un paciente al informarle sobre la naturaleza de la responsabilidad médica.*"³

³ Corte Constitucional. Sentencia de tutela. T 313 de 1996, M.P. Dr. Alejandro Martínez Caballero, 17 de julio de 1996, Expediente T 96723.

En ese mismo sentido, la Corte Constitucional en sentencia T 398862 de 2001, estableció:

Si bien las intervenciones médicas son de medio y no de resultado, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida.⁴

Así mismo, el Consejo de Estado, en sentencia del 13 de noviembre de 2014, se pronunció de la siguiente forma:

(...) En este primer momento, se exigía al demandante aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, pues, al comportar la actividad médica una obligación de medio, de la sola existencia del daño no había lugar a presumir la falla del servicio.

Es evidente, como lo ha señalado la Corte Constitucional y la jurisprudencia del Consejo de Estado, que las obligaciones de los médicos son de medio, no de resultado. A partir de esto, es relevante explicar cómo las altas cortes de Colombia han establecido que la responsabilidad médica puede ser exonerada si se demuestra la debida diligencia por parte del demandado. En este sentido, el Consejo de Estado ha sido enfático al establecer:

(...) En otras palabras, demostrado como está en el sub júdece que el servicio se desarrolló diligentemente; o, lo que es lo mismo, evidenciada la ausencia de falla en el servicio, la entidad demandada queda exonerada de responsabilidad, toda vez, como ha tenido oportunidad de reiterarlo la Sala, la obligación que a ella le incumbe en este tipo de servicios no es obligación de resultado sino de medios, en la cual la falla del servicio es lo que convierte en antijurídico el daño (...)⁵

En este sentido, la sentencia citada establece que, en casos de responsabilidad médica, los hospitales y los profesionales de la salud no tienen la obligación de garantizar un resultado, sino de actuar con la debida diligencia, es decir, cumplir con la obligación de medios. Esto implica que si la entidad demandada puede demostrar que prestó el servicio de acuerdo con los protocolos y estándares médicos, será exonerada de responsabilidad, incluso si el paciente sufrió un daño. No es necesario que el hospital pruebe la causa exacta del daño, sino que debe demostrar que este no fue producto de una negligencia o falla en el servicio. En otras palabras, mientras la institución médica pueda acreditar que actuó conforme a la *lex artis*, se considerará que el daño no es atribuible a una deficiencia en su actuación, liberándola de responsabilidad. Esta lógica evita la necesidad de probar una causa externa, como ocurre en los regímenes de responsabilidad objetiva.

De acuerdo con esto, se observa que el Hospital María Inmaculada actuó conforme a los principios de la *lex artis*, brindando una atención diligente y adecuada al paciente y siguiendo los protocolos médicos establecidos para el caso. Las pruebas aportadas evidencian que los profesionales de la salud realizaron los exámenes pertinentes, consultaron con especialistas y tomaron las medidas adecuadas, como la remisión a un tercer nivel para estudios adicionales. No se presentó evidencia

⁴ Corte Constitucional. Sentencia de tutela. T 398862 de 2001, MP. Dr. Rodrigo Escobar Gil, 05 de abril de 2021, expediente T-398862.
⁵ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera, C.P Dr. Carlos Betancur Jaramillo, Expediente 9467. Abril 3 de 1997.

de una falla en el servicio ni de negligencia en la atención, lo que exonera al hospital de responsabilidad.

C. INEXISTENTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DEL HOSPITAL MARÍA INMACULADA.

En este caso, para que se pueda imputar responsabilidad al Hospital María Inmaculada, es necesario demostrar que su actuación fue la causa directa del daño sufrido por el menor, es decir, que la actuación del hospital fue la que provocó el fallecimiento del niño. En este caso, el hecho de que la infección estuviera ya muy avanzada antes de la llegada del menor al hospital, y el hecho de que el tratamiento no logró controlar el daño debido a su gravedad, son elementos que impiden establecer un nexo de causalidad claro y directo entre la actuación del hospital y la muerte del paciente.

De acuerdo con la teoría de la causalidad adecuada, se debe identificar si la acción del hospital fue una causa relevante y previsible en el resultado final, en este caso, la muerte del menor. En este contexto, el hospital actuó conforme a los protocolos establecidos (lex artis), proporcionando la atención médica adecuada dentro de las limitaciones de tiempo y el estado avanzado de la infección del niño. Sin embargo, la severidad de la infección y su evolución antes de la hospitalización del menor no podían ser completamente revertidas, lo que imposibilitó que la intervención médica del hospital fuera determinante en el resultado final.

Por lo tanto, no se aportó prueba suficiente que permita atribuir responsabilidad al Hospital María Inmaculada E.S.E. en este caso, ya que no se ha demostrado un nexo de causalidad entre la actuación del hospital y la muerte del menor Carlos Mateo Hernández. El nexo causal no se presume, sino que debe ser acreditado durante el proceso, lo cual no ha sucedido aquí. A pesar de los esfuerzos del hospital por brindar atención adecuada y oportuna, no se puede responsabilizar a la institución por el fallecimiento, pues no se ha demostrado que su conducta haya causado directamente el resultado fatal. Por lo tanto, el juez debe desestimar las pretensiones de la demanda contra el Hospital María Inmaculada E.S.E. y exonerarlo de toda responsabilidad.

D. EXCESIVA TASACIÓN DE PERJUICIOS

En este caso, la parte demandante solicita una indemnización por perjuicios morales que supera los montos establecidos por la jurisprudencia unificada del Consejo de Estado. Según la sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014, los topes indemnizatorios para casos de fallecimiento son de 100 SMLMV para relaciones de primer nivel (como las paternas filiales), 50 SMLMV para relaciones de segundo nivel (como abuelos y hermanos) y 35 SMLMV para relaciones de tercer nivel (como primos). Sin embargo, la parte demandante está solicitando una suma tres veces superior al tope máximo fijado para las víctimas indirectas.

Dado que la jurisprudencia es clara en establecer estos límites, cualquier solicitud que exceda los montos mencionados debe considerarse excesiva y especulativa.

No es posible reconocer en este caso perjuicios a los familiares de tercer nivel, ya que no se ha acreditado de manera suficiente el daño o perjuicio que estos hayan sufrido como consecuencia del fallecimiento del menor. En virtud de la jurisprudencia consolidada, se establece que la existencia de un perjuicio moral debe ser debidamente acreditada por la parte demandante, especialmente cuando se trata de relaciones afectivas de tercer grado de consanguinidad. En este sentido, la jurisprudencia no permite la presunción del daño en este tipo de vínculos familiares, siendo indispensable demostrar de manera concreta y específica la afectación emocional sufrida por los demandantes. Por lo tanto, al no haberse probado dicho perjuicio, no es procedente la indemnización por daños morales en favor de los familiares de tercer nivel.

Por otro lado, no es viable reconocer los perjuicios morales en las sumas solicitadas por la parte demandante. Solicitar 300 SMLMV para cada uno de los padres, 200 SMLMV para la hermana, 100 SMLMV para cada uno de los abuelos y 50 SMLMV para cada uno de los tres tíos resulta desproporcionado, ya que el tope establecido por la sentencia de unificación del Consejo de Estado es tres veces inferior a las cantidades solicitadas. En este sentido, las pretensiones de la parte demandante parecen estar motivadas por un claro ánimo especulativo.

Frente a la solicitud de indemnización por "alteración grave de las condiciones de existencia o daño a la vida de relación" resulta improcedente, ya que esta categoría ha sido desechada por la jurisprudencia del Consejo de Estado. Según el alto tribunal, los únicos daños extrapatrimoniales reconocidos son: el perjuicio moral, el daño a la salud (perjuicio fisiológico) y los perjuicios derivados de la vulneración de derechos constitucionales. La tipología solicitada por la parte demandante es inaplicable, dado que la jurisprudencia ha superado el concepto de "alteración a las condiciones de existencia", considerándolo un daño abierto que podría vulnerar el principio de igualdad material. Conjuntamente, si se interpretara la solicitud como un daño a la salud, esta tipología solo es aplicable a la víctima directa, quien lamentablemente falleció, lo que hace inviable el reconocimiento del perjuicio a los familiares. Por lo anterior, la indemnización por "alteración a las condiciones de existencia o daño a la vida de relación" no puede ser reconocida en este caso, ya que la jurisprudencia del Consejo de Estado ha descartado esta categoría. Incluso si se considerara el daño a la salud, este solo es procedente para la víctima directa, por lo que no cabe su reconocimiento a los demandantes.

En cuanto a la pretensión de reconocimiento del daño a la salud, debe considerarse que la jurisprudencia ha sido clara en afirmar que la indemnización por este tipo de daño está condicionada a lo que se haya probado en el proceso y corresponde exclusivamente a la víctima directa. En el caso en cuestión, la tasación presentada por el apoderado de los demandantes, que coincide con la solicitada por perjuicios morales, resulta irrisoria y contraviene los criterios jurisprudenciales

establecidos. Esto se debe a que, en este caso, la víctima directa falleció, lo que hace improcedente la solicitud de indemnización en favor de los familiares, bajo el concepto de indemnización de daño a la salud.

**ALEGATOS RESPECTO DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL
HOSPITAL MARIA INMACULADA**

En este acápite se desarrollarán los aspectos relativos a la vinculación realizada a mi procurada, respecto al tenor de la póliza utilizada como fundamento del llamamiento en garantía:

A. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ORDINARIAS DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

En el presente caso, se ha demostrado que ha operado el fenómeno jurídico de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro. La víctima presentó una solicitud de conciliación extrajudicial ante el asegurado, Hospital María Inmaculada de Florencia, el 19 de diciembre de 2016, como consta en la constancia de conciliación emitida por la Procuraduría No. 71 Judicial I para Asuntos Administrativos. La audiencia, celebrada el 27 de enero de 2017, resultó en una conciliación fallida por falta de ánimo conciliatorio. De acuerdo con la normativa aplicable, la prescripción de las acciones ordinarias derivadas del contrato de seguro opera dentro de los dos años siguientes a la reclamación de la víctima al asegurado. En este caso, la acción se encuentra totalmente prescrita, ya que el llamamiento en garantía a Allianz Seguros S.A. se formuló el 13 de febrero de 2019, es decir, más de dos años después de la reclamación inicial.

El Código de Comercio establece un régimen especial de prescripción en materia de seguros en su artículo 1081, el cual no solo regula el tiempo necesario para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también determina el momento a partir del cual debe comenzar a contarse dicho período. Este artículo establece lo siguiente:

ARTÍCULO 1081. Prescripción de acciones - La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Por otro lado, en lo atinente a los seguros de responsabilidad, para evaluar la prescripción derivada del contrato de seguro es necesario analizar el artículo 1131 del Código de Comercio que establece:

ARTÍCULO 1131. OCURRENCIA DEL SINIESTRO. En el seguro de responsabilidad se entenderá **ocurrido el siniestro** en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. **Frente al asegurado ello ocurrirá desde**

cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Teniendo en cuenta lo anterior, el Consejo de Estado en sentencia de tutela proferida el 30 de agosto del 2024 reiteró los argumentos de la Sección Tercera frente a la prescripción del contrato de seguro e indicó⁶:

A su turno, el artículo 1081 del Código de Comercio establece dos tipos de prescripción: ordinaria y extraordinaria: "(...) "Según algunos doctrinantes en materia de seguros, la diferencia estriba en que el derecho a reclamar nace, en un caso, con la ocurrencia del siniestro y, en otro, con la reclamación judicial o extrajudicial de la víctima; (sic) lo cual a la vez depende del tipo y del contenido del contrato de seguro correspondiente. "Sobre la referida dicotomía conviene precisar que la realización del riesgo asegurado puede emanar de diversas fuentes, dado que una es la relación jurídica que se establece entre el asegurado y la aseguradora, para la cual corre la prescripción ordinaria y otra es la relación que surge entre un perjudicado o damnificado y la aseguradora, caso en el cual se puede predicar la prescripción extraordinaria. Por ello, se trata de derechos diversos y no es extraño, entonces, que los dos derechos no queden (sic) al mismo tiempo incorporados a cada uno de los patrimonios de su respectivo acreedor.⁷

En el mismo sentido, la Sala reiteró lo expuesto en la providencia del 29 de marzo de 2022, en la cual la Subsección C de la Sección Tercera del Consejo de Estado afirmó:

De conformidad con el artículo 1081 C.Co la prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado, esto es, quien deriva algún derecho del contrato de seguro, como la aseguradora, el tomador, el asegurado o el beneficiario del contrato de seguro (numerales 1, 2 y 3 del artículo 1047 C.Co)⁹, haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas - incapaces (artículos 2530.1 y 2541 CC) y todos aquellos que no hayan tenido o podido tener conocimiento del siniestro¹⁰ -y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.⁸

Finalmente, después del análisis frente a la prescripción ordinaria y extraordinaria y su aplicación dentro del contrato de seguro, el Consejo de Estado concluye que:

Se desprende de lo anotado que, conforme a lo establecido en los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio, la prescripción ordinaria de dos años corre desde el momento en que el interesado conoce real o presuntamente el hecho que da base a la acción, entendiéndose por interesado el tomador, el beneficiario o el asegurado, y en este último caso se contabiliza desde que la víctima, esto es, la persona damnificada o perjudicada con el siniestro, le formula petición judicial o extrajudicial. La prescripción extraordinaria, por su parte, corre frente a toda clase de personas y siempre respecto de la víctima, desde la ocurrencia del siniestro.

En el fallo censurado, se hizo uso de la prescripción extraordinaria, sin justificar esa decisión y sin explicar por qué no era procedente la aplicación de la prescripción ordinaria, conforme había indicado la aseguradora en el recurso de apelación, pese a la literalidad de la norma, a que el reclamo provenía

⁶ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN A CONSEJERA PONENTE: MARÍA ADRIANA MARÍN Bogotá D.C., treinta (30) de agosto de dos mil veinticuatro (2024)

⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 6 de diciembre de 2017, exp. 54.635, M.P. Marta Nubia Velásquez Rico. Cita original de la providencia: Ossa G., J. Efrén, Teoría General del Contrato de Seguro, Cap XXII, de la prescripción de las acciones procedentes del contrato de seguro, Editorial Temis, Bogotá 1991, página 545.

⁸ Radicado 25000-23-36-000-2016-02235-01 (67159). M.P. Guillermo Sánchez Luque

del asegurado y a la abundante jurisprudencia que se ha ocupado de interpretar y distinguir esas dos figuras.

En este sentido, el término bienal para la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro comienza a contarse desde el momento en que la víctima realiza la reclamación al asegurado, ya que es en ese momento cuando surge la obligación condicional de este. La Corte ha abordado este aspecto en diversas sentencias, confirmando que la fecha de la reclamación extrajudicial marca el hito temporal a partir del cual debe iniciarse el cómputo del término bienal de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro. Cabe resaltar que la víctima presentó solicitud de conciliación extrajudicial ante el asegurado, Hospital María Inmaculada, el 19 de diciembre de 2016, tal como consta en el acta de conciliación obrante en el plenario, emitida por la Procuraduría No. 71 Judicial II para Asuntos Administrativos.

	PROCESO INTERVENCIÓN	Fecha de Revisión	24/08/2015
	SUBPROCESO CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	Fecha de Aprobación	24/08/2015
	FORMATO CONSTANCIAS DE TRAMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO	Versión	3
	REG-IN-CE-006	Página	1 de 5

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	
PROCURADURÍA 71 JUDICIAL I PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS	
Radicación N.º 018 de 19 de Diciembre de 2016	
Convocante (s):	MELVI YURANY PRIETO ASCENCIO Y OTROS
Convocado (s):	E S E HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS – E S E HOSPITAL MARÍA INMACULADA
Medio de Control:	REPARACIÓN DIRECTA

En los términos del artículo 2º de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo dispuesto en el numeral 6º del artículo 2.2.4.3.1.1.9 del Decreto 1069 de 2015, el Procurador 71 Judicial I para Asuntos Administrativos expide la siguiente

La audiencia de conciliación extrajudicial se llevó a cabo el 27 de enero de 2017 quedando constancia de conciliación fallida por ausencia de ánimo conciliatorio en esa misma fecha, quedando formulada la reclamación al asegurado el día 27 de enero de 2017, como se relaciona a continuación:

	PROCESO INTERVENCIÓN	Fecha de Revisión	24/08/2015
	SUBPROCESO CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	Fecha de Aprobación	24/08/2015
	FORMATO CONSTANCIAS DE TRAMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO	Versión	3
	REG-IN-CE-006	Página	5 de 5

(\$1'620.216.900) M/C.TE.

3. El día de la audiencia celebrada el 27 de enero de 2017, no fue posible la conciliación por inasistencia de la parte convocada – ESE HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS; no obstante, haber sido notificados por correo electrónico el 12 de enero de 2017. Excluido el presupuesto de que trata el numeral 7 del Art. 9 del Decreto 1716 de 2009, se entiende que no hay ánimo conciliatorio (Art. 11 Decreto 1716 del 2009).

En este caso, la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro se rige por un plazo de dos años contados a partir de la reclamación realizada por la víctima al asegurado. Como se ha demostrado previamente, la reclamación fue presentada el 19 de noviembre de 2016 y la audiencia de conciliación extrajudicial se celebró el 27 de enero de 2017. Sin embargo, el llamamiento en garantía a Allianz Seguros S.A. se realizó recién el 13 de febrero de 2019, es decir, más de dos años después de la reclamación inicial. Esto demuestra que la acción ya se encontraba completamente prescrita.

Con base en los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio, el término de prescripción ya ha expirado ampliamente, pues han transcurrido más de dos años desde la reclamación extrajudicial de la víctima. Por lo tanto, solicitamos que el Despacho considere admitida la excepción de prescripción, ya que el término venció el 19 de noviembre de 2018, dos años después de la solicitud de conciliación. Incluso si se considera la fecha de la audiencia de conciliación, el término igualmente habría vencido el 27 de enero de 2019, ya que el llamamiento en garantía se presentó después de esa fecha.

B. INEFICACIA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En este caso, el llamamiento en garantía resulta ineficaz porque, además de haberse realizado fuera del plazo correspondiente, no se ajusta a los requisitos procesales establecidos para su procedencia. El artículo 64 del Código General del Proceso establece que este mecanismo puede ser utilizado por una parte que se considere afectada por un perjuicio y que tenga derecho a exigir a otro la indemnización de dicho perjuicio. Sin embargo, este derecho debe ejercerse dentro de un plazo razonable y conforme a las condiciones establecidas por la ley.

Se debe tener en cuenta que el llamamiento en garantía fue presentado más de dos años después de la reclamación inicial realizada por la víctima, lo que excede ampliamente el término para que la acción derivada del contrato de seguro prescribiera. Específicamente, la ley establece que el llamamiento en garantía debe realizarse dentro de un plazo determinado desde el momento en que se presenta la reclamación inicial, de lo contrario, pierde su validez y eficacia dentro del proceso judicial. Por lo tanto, al no cumplir con estos plazos, el llamamiento en garantía se vuelve ineficaz, ya que no respeta los límites temporales establecidos por el ordenamiento jurídico, lo que impide que surta los efectos esperados en el litigio. En este sentido, el artículo 66 de la Ley 1564 de 2012 dispuso lo siguiente:

ARTÍCULO 66. TRÁMITE. Si el juez halla procedente el llamamiento, ordenará notificar personalmente al convocado y correrle traslado del escrito por el término de la demanda inicial. Si la notificación no se logra dentro de los seis (6) meses siguientes, el llamamiento será ineficaz. La misma regla se aplicará en el caso contemplado en el inciso segundo del artículo anterior.

En relación con la carga procesal, esta debe entenderse como una obligación jurídica impuesta a una de las partes, que consiste en la necesidad de realizar una determinada conducta, cuya omisión

puede acarrear consecuencias negativas para el sujeto responsable. En este contexto, las diligencias como los impulsos procesales y las notificaciones son cargas que le corresponden principalmente al demandado. Por ello, el legislador ha establecido mecanismos como el desistimiento tácito y la ineficacia del llamamiento en garantía (artículo 66 del Código General del Proceso), entre otras figuras. En consecuencia, es la parte interesada, y no el Juzgado, quien tiene la responsabilidad de cumplir con la notificación.

En este sentido, la Corte Constitucional en sentencia T-309 del 2022 ha señalado:

El artículo 66 del Código General del Proceso prevé que “si el juez halla procedente el llamamiento, ordenará notificar personalmente al convocado y correrle traslado del escrito por el término de la demanda inicial. Si la notificación no se logra dentro de los seis (6) meses siguientes, el llamamiento será ineficaz.

La norma destacada establece una consecuencia jurídica cuando la notificación personal del auto que admite el llamamiento en garantía no se realiza en la oportunidad allí prevista. Esta consecuencia se concreta en su ineficacia. Tal disposición no condiciona la aplicación de la ineficacia del llamamiento a que su notificación esté a cargo de la parte interesada o de la autoridad judicial que tramita el proceso. Por lo tanto, al margen de si el operador judicial asumió la obligación de practicar la notificación personal o si esa carga se le impuso a la parte interesada, en uno u otro caso habrá lugar a tener por ineficaz el llamamiento en garantía si el mismo no se notifica dentro de los seis meses siguientes a la ejecutoria del auto que lo admitió. En otras palabras: *el llamado no estará obligado a comparecer al proceso cuando la notificación personal que debía recibir es inoportuna.*

La jurisprudencia del Consejo de Estado ha enfatizado en que el término para realizar la notificación del llamamiento en garantía es de carácter preclusivo. De allí que “vencido el mismo, el proceso debe continuar, y si no fue posible vincular al llamado dentro de la mencionada oportunidad, ya no será posible hacerlo”. En consecuencia “una vinculación extemporánea de la persona llamada en garantía genera que respecto de ella no pueda proferirse un pronunciamiento de mérito, pues precisamente se puede pregonar que no fue debidamente vinculada al proceso.”⁹

De acuerdo con lo anterior, si la parte que tiene la carga procesal no lleva a cabo la notificación del llamamiento en garantía dentro del plazo de seis (6) meses a partir del auto que lo admite, la notificación debe considerarse ineficaz. En este caso específico, el Juzgado, en ejercicio de su función, emitió el auto notificado por estado el 07 de febrero de 2020, mediante el cual admitió el llamamiento en garantía e impuso la carga de notificar a la aseguradora, en este caso, el Hospital María Inmaculada. Sin embargo, la notificación a Allianz Seguros S.A. no se realizó sino hasta el 14 de abril de 2021, es decir, más de catorce (14) meses después de que el auto quedara ejecutoriado, lo que claramente excede el término previsto por la ley. Tal como se acredita a continuación:

⁹ Corte Constitucional. Sentencia T T-309 del 2022 Referencia: Expediente T-8.680.668. Magistrado ponente: JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS. Bogotá, D.C., cinco (5) de septiembre de dos mil veintidós (2022)

De: Juzgado 01 Administrativo - Caqueta - Florencia <jadmin01fia@notificacionesri.gov.co>
Enviado el: miércoles, 14 de abril de 2021 10:39 a. m.
Para: segerencia@hospitalmalvinas.gov.co; webmaster@hospitalmalvinas.gov.co; notificacionesjudiciales@hmi.gov.co; juridica@hmi.gov.co; manuel.rodriguez@allianz.co; N
Judiciales <notificacionesjudiciales@allianz.co>; notificacionesjudiciales@previsora.gov.co; marthacvr94@yahoo.es
Asunto: NOTIFICACION ADMISION LLAMAMIENTOS EN GARANTIA PROCESO ORDINARIO 2018-00506

CON EL FIN DE QUE EJERZA SU DERECHO DE CONTRADICCIÓN, ME PERMITO NOTIFICAR AUTOS QUE ADMITEN LLAMAMIENTO EN GARANTIA EN EL MEDIO DE CONTROL DE REPARACION DIRECTA, PARA EL EFECTO REMITO EL VÍNCULO DEL EXPEDIENTE.

HOSPITAL MARIA INMACULADA, LLAMA EN GARANTIA A LA COMPAÑIA ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS S.A.

HOSPITAL COMUNAL MALVINAS, LLAMA EN GARANTIA A LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS

[18001333300120180050600](tel:18001333300120180050600)

En virtud de lo expuesto, la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021911189/0 del 06 de abril de 2016 no puede ser afectada, ya que el llamamiento en garantía resulta ineficaz. La notificación del Auto que admite el llamamiento no se realizó hasta el 14 de abril de 2021, pese a que el artículo 66 del Código General del Proceso establece un plazo de seis meses para llevar a cabo dicha notificación. El auto quedó ejecutoriado el 12 de febrero de 2020, por lo que el término para notificar venció el 27 de noviembre de 2020, tomando en cuenta la suspensión de términos judiciales debido a la pandemia. Así, el llamamiento se considera ineficaz desde esa fecha, especialmente por la notificación tardía.

C. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN POR NO HABERSE REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN EL CONTRATO DE SEGURO No. 021911189/0.

En este caso no existe obligación indemnizatoria a cargo de Allianz Seguros S.A. en relación con la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021911189/0, de fecha 6 de abril de 2016. Esto se debe a que no se ha materializado el riesgo asegurado bajo dicha póliza, es decir, no ha ocurrido el hecho dañoso imputable al asegurado derivado de un acto médico, ni dentro de la vigencia de la póliza ni dentro de los dos años siguientes a su terminación, tal como lo establecen las condiciones generales y particulares de la póliza. En este sentido, se especifica que el amparo principal cubre:

Amparar los perjuicios patrimoniales, morales y extrapatrimoniales, los daños materiales y las lesiones personales que LA E.S.E. HOSPITAL MARIA INMACULADA Y SUS CENTROS DE SALUD, PUEBLO NUEVO - FLORENCIA, MORELIA Y LA MONTAÑITA CAQUETA que se causen con motivo de la Responsabilidad Civil Profesional médica derivada de la prestación del servicio de salud, en el desarrollo de sus actividades profesionales por personal médico, paramédico y extra médico, vinculado o que esté bajo supervisión del mismo, en el HOSPITAL MARIA INMACULADA Y SUS CENTROS DE SALUD EN PUEBLO NUEVO FLORENCIA, MORELIA Y LA MONTAÑITA. CAQUETA, que conlleve a la declaratoria de responsabilidad civil patrimonial de esta entidad.

Igualmente se ampara el pago de la totalidad de perjuicios patrimoniales -incluido el lucro cesante- y extrapatrimoniales, en cualquiera de sus modalidades, sin sublímite.

Ahora bien, el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro:

ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.

Teniendo en cuenta lo anterior, se tiene que no ha nacido la obligación condicional en cabeza de mi mandante, Allianz Seguros S.A., ya que no hubo falla médica atribuible al Hospital María Inmaculada E.S.E. Como se ha expuesto a lo largo del escrito, se actuó de manera oportuna y diligente en la atención médica del menor Carlos Mateo Hernández. Por lo tanto, no se ha materializado el riesgo asegurado, dado que no hubo falla en el servicio, como lo demuestra la historia clínica del paciente, que indica que el hospital cumplió con los protocolos médicos adecuados. En consecuencia, al no existir responsabilidad en el Hospital María Inmaculada, no ha surgido la obligación del asegurador, y la póliza identificada con el No. 021911189/0 no puede verse afectada en este caso.

Al no existir un hecho generador de responsabilidad atribuible al asegurado, no se configura el siniestro que daría lugar a la obligación indemnizatoria por parte de la aseguradora, razón por la cual resulta improcedente la afectación de la póliza de responsabilidad civil profesional en este caso. En este sentido, la póliza en cuestión no podrá verse afectada, ya que no ha surgido la obligación condicional que da lugar al deber indemnizatorio a cargo de mi representada, pues el siniestro, en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, es inexistente.

El despacho debe tener en cuenta que la obligación indemnizatoria de ALLIANZ SEGUROS S.A. solo surge si efectivamente se materializa el riesgo cubierto por la póliza. En este caso, no se ha demostrado la existencia de responsabilidad por una presunta falla médica en el asegurado, por lo que no corresponde la obligación indemnizatoria.

D. EXCLUSIONES, LIMITE DEL VALOR ASEGURADO Y DEDUCIBLE EN EL CONTRATO DE SEGURO.

Es importante resaltar que las exclusiones especificadas en el contrato de seguro establecen las circunstancias en las cuales no se procederá a realizar indemnización. En el caso de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional No. 021911189/0 es necesario señalar que los riesgos excluidos comprenden una serie de situaciones que no están cubiertas por el contrato de seguro. En caso de que se materialice alguno de estos riesgos, el asegurador queda exento de la obligación de realizar ningún tipo de prestación. Dichas exclusiones están claramente detalladas en las condiciones generales y particulares de la póliza. Si alguna de estas exclusiones se materializa, la póliza no cubrirá los siniestros o daños asociados en este sentido ALLIANZ SEGUROS S.A. no estará obligada a indemnizar por los presuntos perjuicios.

Frente al límite del valor asegurado se tiene que en el caso improbable de que se determine que la

póliza cubre los hechos y el riesgo asegurado se ha materializado, ALLIANZ SEGUROS S.A. no podrá ser condenada a pagar una suma superior al valor asegurado estipulado en el contrato. Aunque se demuestre que los daños reclamados son mayores, el monto a pagar no podrá exceder la suma asegurada.

De acuerdo con el artículo 1079 del Código de Comercio, la responsabilidad del asegurador está limitada a la cantidad pactada en la póliza. Por lo tanto, cualquier indemnización debe respetar este límite, independientemente de la magnitud de los daños reclamados.

Con el fin de otorgar mayor claridad al Despacho sobre el seguro emitido por ALLIANZ SEGUROS S.A., en lo que respecta a la aceptación de responsabilidad, es preciso indicar que se estableció un límite máximo asegurado de \$1.000.000.000. Adicionalmente, toda reclamación presentada contra el asegurado, sin importar la causa o el motivo de su presentación, está sujeta a un deducible del 15% sobre el valor de la pérdida, con un mínimo de \$5.000.000.

De esta manera, la póliza en cuestión establece un límite de valor asegurado y un deducible pactado que deben ser respetados. Incluso si se determinara que existe falta de cobertura o alguna otra excepción aplicable, la responsabilidad de mi representada no podrá exceder el límite asegurado ni el deducible acordado.

D. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS

El contrato de seguro de daños se basa en el principio de indemnización, cuyo propósito es proteger los bienes o el patrimonio de una persona frente a los riesgos cubiertos. La indemnización resultante no debe superar el valor asegurado ni convertirse en una fuente de ganancia para el asegurado.

En este sentido, los seguros están diseñados exclusivamente para compensar las pérdidas sufridas, no para proporcionar beneficios adicionales. En el caso en cuestión, la falta de prueba sobre la ocurrencia del perjuicio y la cuantía de la pérdida impide cualquier pago. Si se realizara un pago sin una adecuada justificación, se violaría el principio de indemnización pura del contrato de seguro, lo que resultaría en un enriquecimiento indebido de los demandantes. Es esencial recordar que el seguro no debe servir como una fuente de ganancia, sino exclusivamente para la reparación del daño real sufrido.

E. AUSENCIA DE SOLIDARIDAD EN LAS OBLIGACIONES ENTRE TOMADOR Y ASEGURADORA, DADO QUE LA OBLIGACION DE LA COMPAÑÍA ES A TITULO DE REEMBOLSO.

La obligación de la compañía aseguradora se deriva exclusivamente del contrato de seguro, el cual se rige por la autonomía de la voluntad privada y no está vinculada a la eventual responsabilidad civil del asegurado establecida en el artículo 2341 del Código Civil. Existen dos responsabilidades

diferenciadas: la del asegurado, que surge de la ley en caso de atribuírsele responsabilidad, y la de la aseguradora, que está limitada a las condiciones pactadas en el contrato de seguro, conforme a los artículos 1036 y siguientes del Código de Comercio.

En Colombia, la solidaridad de las obligaciones solo se origina por un pacto expreso entre las partes, según lo dispuesto en el artículo 1568 del Código Civil, que señala:

(...) En general, cuando se ha contraído por varias personas o para varias, la obligación de una cosa divisible, cada deudor está obligado únicamente a su parte o cuota en la deuda, y cada acreedor tiene derecho a su parte o cuota en el crédito. Sin embargo, por convención, testamento o disposición de la ley, puede exigirse a cada deudor o por cada acreedor el total de la deuda, y en tal caso, la obligación es solidaria o in solidum. La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en los que no la establece la ley (...)

Por lo tanto, es claro que las obligaciones de las compañías aseguradoras emanan exclusivamente del contrato de seguro y no de las obligaciones discutidas en el fondo del asunto. En consecuencia, no es posible establecer una obligación indemnizatoria solidaria a cargo de mi representada. En este caso, la aseguradora solo estará obligada al pago del siniestro una vez el asegurado haya cumplido con el pago de la condena, dado que la obligación de la aseguradora es de carácter indemnizatorio bajo la modalidad de reembolso. Es decir, la aseguradora responderá frente a su asegurado reembolsando los valores que este haya desembolsado previamente para cumplir con la obligación impuesta.

F. 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 mejor 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.

IV. PETICIONES

1. Solicito comedidamente al Despacho se sirva denegar la totalidad de las pretensiones de la demanda en lo que compete a nuestro asegurado HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. y consecuentemente, negar las pretensiones formuladas en el escrito del llamamiento en garantía.
2. En caso de una eventual condena en contra del asegurado y en el evento de que el despacho determine que también le asiste obligación indemnizatoria a la compañía aseguradora, solicito respetuosamente que se tengan en cuenta todas y cada una de las

condiciones de la póliza, descritas en la contestación a la demanda y en el llamamiento en garantía, y reiteradas en esta oportunidad procesal.

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

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