

Santiago de Cali, octubre de 2024

Señores

JUZGADO DIECISIETE (17) ADMINISTRATIVO DE LA ORALIDAD DE CALI

RADICACIÓN: 76001-33-33-017-2019-00313-00  
DEMANDANTE. MARLENY ANDRADE NARVÁEZ Y OTROS  
DEMANDADO: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI  
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA.  
EN GARANTÍA ALLIANZ SEGUEROS S.A.

**CONTESTACION A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA  
FORMULADO POR HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO  
GARCIA E.S.E. A ALLIANZ SEGUROS S.A.**

JESSICA PAMELA PEREA PEREZ., mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.113.527.985, residente y domiciliada en Santiago de Cali, Valle del Cauca, portadora de la tarjeta profesional número 282.002 del CSJ, abogada adscrita de la firma LONDOÑO URIBE ABOGADOS SAS, sociedad identificada con NIT 900688736-1 en su calidad de apoderada especial de ALLIANZ SEGUROS S.A. con NIT 860.026.182-5, quien tiene su domicilio principal en Bogotá y sucursal en Santiago de Cali, conforme al poder que se aporta al despacho con el presente escrito, procedo a contestar la demanda y el llamamiento en garantía en formulado por el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E

**IDENTIFICACIÓN DE LA PARTE LLAMADA EN GARANTÍA ALLIANZ  
SEGUROS S.A. Y SU APODERADO:**

La parte llamada en garantía es la sociedad ALLIANZ SEGUROS S.A. con NIT 860.026.182-5, quien tiene su domicilio principal en Bogotá y sucursal en Santiago de Cali, quien está representada legalmente por la Dra. ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMAN, persona mayor de edad, e identificada con la cédula de ciudadanía número 67.004.161 de Cali, recibe notificaciones y correspondencia en la AV. 6 # 23 - 13 de Santiago de Cali, Valle del Cauca.

Como apoderado especial para este proceso funge la firma LONDOÑO URIBE ABOGADOS SAS, sociedad identificada con NIT 900688736-1, a través de su abogado JESSICA PAMELA PEREA PEREZ., mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.113.527.985, residente y domiciliada en Santiago de Cali, Valle del Cauca, portadora de la tarjeta profesional número 282.002 del CSJ, residente y domiciliado en Santiago de Cali, Valle del Cauca, quien recibe notificaciones en la Calle 16 A No. 121 A 214 Oficina 307, Paloalto en Santiago de Cali, Valle del Cauca, con correo electrónico [notificaciones@londonouribeabogados.com](mailto:notificaciones@londonouribeabogados.com)

**A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA PROPUESTO POR  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E. A  
ALLIANZ SEGUROS S.A.:**

1. Admito el hecho. Es cierto que por la parte actora se ha presentado medio de control de reparación directa en donde solicitan que se declare al HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E., alegando que se ha presentado una falla en el servicio que se pretende atribuir al demandado HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.

2. Admito el hecho de manera parcial. Se precisa sobre este punto del llamamiento en garantía:

- Que la póliza No. 22087367/0 contaba con una vigencia comprendida entre el día 30-04-2017 al 31-10-2017, la misma fue expedida con delimitación temporal de cobertura denominada por reclamo o *claims made*. Por lo anterior, que para poder que se configure la existencia de un siniestro en vigencia de la póliza se hace necesario que concurren al proceso: 1. Que el evento se haya dado en vigencia de la póliza o su periodo de retroactividad para eventos y 2. Que el reclamo al asegurado se haya dado en vigencia de la póliza. En este caso se evidencia que ni la atención médica por la que ese presenta la demanda (con fecha del 29/08/2017) ni el reclamo al asegurado (con la conciliación del 28 de noviembre de 2019), se habrían dado dentro de la vigencia de tal póliza y en consecuencia la misma no brindaría cobertura.

No obstante, se precisa que existe la póliza No. 022425835 con vigencia comprendida entre el día 22-03-2019 al 31-12-2019, la cual fue igualmente expedida en modalidad de reclamos hechos o *claims made*, con un periodo de retroactividad para atenciones médicas que se hubieren dado desde el día 28 de abril de 2016. La cual sí estaría vigente tanto para la fecha de los hechos para el día 29 de agosto de 2017 y el reclamo del 28 de noviembre de 2019.

3. Admito parcialmente el hecho. Se destaca que la única póliza vigente para el evento en concreto correspondería a la No. 022425835 con vigencia comprendida entre el día 22-03-2019 al 31-12-2019, siendo relevante precisar que el hecho de que la atención y reclamo se dieran en vigencia de la póliza, no es el único requisito para que la misma brinde cobertura, pues para que nazca una obligación indemnizatoria en cabeza de ALLIANZ SEGUROS S.A. deberá encontrarse que el evento se enmarque dentro de la definición del riesgo asegurado, que se hubieren cumplido con las garantías pactadas en la póliza, que el evento no se configure en causal de exclusión alguna.

4. Admito parcialmente el hecho. Se reitera que la única póliza vigente para el momento de los hechos por los que se presenta esta demanda y la reclamación hecha al asegurado, correspondería a la No. 022425835 con vigencia comprendida entre el día 22-03-2019 al 31-12-2019, siendo relevante precisar que el hecho de que la atención y reclamo se dieran en vigencia de la póliza, no es el único requisito para que la misma brinde cobertura, pues para que nazca una obligación indemnizatoria en cabeza de ALLIANZ SEGUROS S.A. deberá encontrarse que el evento se enmarque dentro de la definición del riesgo asegurado, que se hubieren cumplido con las garantías pactadas en la póliza, que el evento no se configure en causal de exclusión alguna.

5. Admito parcialmente el hecho. Se destaca que la única póliza vigente para el evento en concreto correspondería a la No. 022425835 con vigencia comprendida entre el día 22-03-2019 al 31-12-2019; se precisa que para poder que nazca una obligación indemnizatoria en cabeza de la parte llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A., se hace necesario que: 1. Exista una responsabilidad atribuible a la parte asegurada. 2. Que el evento se enmarque dentro de las coberturas dadas por la póliza.

**A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA PROPUESTO  
POR HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E. A  
ALLIANZ SEGUROS S.A.:**

Objeto y me opongo de manera parcial a que se pudiese condenar como llamado en garantía a ALLIANZ SEGUROS S.A., ello reiterando que si bien es cierto que considerando la vigencia de la póliza No. 022425835/0, el evento aquí reclamado se enmarca dentro de la delimitación temporal de la póliza, se precisa que para poder que nazca una obligación indemnizatoria en cabeza de la parte llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A., se hace necesario que: 1. Exista una responsabilidad atribuible a la parte asegurada. 2. Que el evento se enmarque dentro de las coberturas dadas por la póliza.

**FRENTE A LOS HECHOS:**

1. No me consta. Desconoce mi representada la atención médica realizada el día 29 de agosto de 2017 a la señora BLANCA NORA NARVAEZ en el CENTRO DE SALUD IPS SILOE, por lo tanto, desconoce que la paciente ingresará al servicio de urgencias por presentar diarrea y vómito. ALLIANZ SEGUROS S.A., fue vinculada al proceso en razón a un contrato de seguro y por lo tanto se atenderá a lo resulte probado en el proceso.

2. No me consta. Desconoce mi representada la atención médica realizada a la señora BLANCA NORA NARVAEZ en el CENTRO DE SALUD IPS el día 4 de septiembre de 2017, la cual se realizó debido a que la paciente presentaba fuerte dolor abdominal. Sobre el diagnóstico de infección de vías urinarias, sitio no especificado, nos atenemos a lo probado en el proceso toda vez que mi representada fue vinculada al proceso en calidad de llamada en garantía en razón a un contrato de seguro y por ello no hizo parte de la atención médica.

3. No me consta. Desconoce mi representada la atención médica realizada a la señora BLANCA NORA NARVAEZ en el HOSPITAL CAÑAVERALEJO el día 5 de septiembre de 2017, la cual se realizó debido a que la paciente presentaba fuerte dolor abdominal. Sobre el diagnóstico de infección de vías urinarias, en sitio no especificado, nos atenemos a lo probado en el proceso toda vez que mi representada fue vinculada al proceso en calidad de llamada en garantía en razón a un contrato de seguro y por ello no hizo parte de la atención médica.

4. No me consta la atención médica referida en este hecho. Sin embargo, de la historia clínica aportada al proceso se evidencia que la paciente fue atendida en el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, la paciente ingresó por sus propios

medios a la institución el día 5 de septiembre de 2017, por abdomen agudo. Por lo tanto, se realizó el siguiente plan de manejo:

**DX:**

- G8P1M1
- ABDOMEN AGUDO :
- A. POSIBLE TROSION OVARICA: LESION OVARIO DERECHO
- CHOQUE HIPOVOLEMICO ? ( POR TERCER ESPACIO )

**PLAN:**

- TRASLADO A CIRUGIA
- CABECERA A 45 GRADOS
- OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO
- NADA VIA ORAL
- HEMOGRAMA, PCR, PERFIL HEPATICO, POLICULTIVAR -HEMOCULTIVO, UROCULTIVO, UROANALISIS, CREATININA BUN, LDH, GASES ARTERIALES
- SE LLENA TURNO QUIRURGICO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
- SE RESERVA 2 UGR
- CONTROL CONTINUA DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

5. No es cierto como está redactado. De la historia clínica se puede observar como para el día 6 de septiembre de 2017 se observa como procedimiento a seguir.

**OBJETIVO**

PROCEDIMIENTOS: Laparotomía exploratoria sod

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA: ASEPSIA Y ANTISPESIA DE PARED ABDOMINAL HASTA NIVEL DEL XIFOIDES, MUSLOS Y PERINE, CON YODADOS PASO DE Sonda Vesical a Cistoflo  
INCISION MEDIANA INFRAUMBILICAL DE PARED ABDOMINAL  
DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD  
SE EVIDENCIA SALIDA DE LIQUID PERITONEAL PURULENTO, SE TOMA MUESTRA PARA CULTIVO  
SE EVIDENCIA PROCESO INFLAMATORIO SEVERO A NIVEL DEL APENDICE CON APENDICE PERFORADO CON GRAN CANTIDAD DE MATERIAL PURULENTO CIRCUNDANTE.  
MEMBRANAS PURULENTAS QUE RECUBREN ASAS, COLON, FONDO DEL UTERO Y TROMPA DERECHA, SIN EVIDENCIA DE LESIONES EN UTERO.  
SE VERIFICAN AMBAS TUBAS UTERINAS Y OVARIOS SIN LESIONES DIFERENTES AL PROCESO INFLAMATORIO CIRCUNDANTE.  
SE REALIZA LLAMADO A CIRUGIA GENERAL QUIENES CONTINUAN PROCEDIMIENTO.  
FIN DEL PROCEDIMIETNO POR PARTE DE GINECOLOGIA

Así mismo, en la atención médica se observó una salida de líquido peritoneal y proceso inflamatorio severo a nivel del apéndice perforado con gran cantidad de material purulento, por lo tanto, se procede a programar cirugía por apendicetomía con drenaje de peritonitis generalizada. Del anterior procedimiento se logró evidenciar como hallazgo una peritonitis purulenta de cuatro cuadrantes, inflamación de ovario y trompas derechas inflamación de asas de íleon terminal, con fibrina adherida. La paciente se pasó a cirugía para continuar con tratamiento. Por todo lo demás nos atenemos a lo probado en el proceso.

6. Negamos el hecho. No está probada responsabilidad en cabeza de las entidades demandadas y por lo tanto el apoderado deberá aportar pruebas que certifiquen la presunta negligencia médica, por mi parte me atenderé a lo que resulte probado en el proceso.

7. No me consta. Desconoce mi representada la presunta aflicción que tuvo el grupo familiar de la señora BLANCA NORA NAVAEZ. Hasta el momento no se aportan pruebas de lo afirmando y por lo tanto nos atenemos a lo probado en el proceso. A mí representada ALLIANZ SEGUROS S.A., no le consta ni tiene conocimiento de los daños y perjuicios que indica haber padecido la parte actora.

**A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA:**

**A LAS DECLARACIONES Y CONDENAS DE LA DEMANDA Y SU SUBSANACIÓN:**

1. Con fundamento en las excepciones de fondo que propondré más adelante, ante la inexistencia de culpa directa o indirecta con relación a los perjuicios materiales e inmateriales solicitados por la parte demandante, objeto y me opongo de manera general a todas las declaraciones, pretensiones y condenas en contra de nuestro asegurado y en consecuencia de mí representada la llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A. toda vez que de conformidad con las circunstancias bajo las cuales se dieron los hechos y la atención dada a la paciente, no existe responsabilidad ni fundamento de imputación alguno que sea atribuible a los demandados en el presente proceso. En el presente proceso no podrá emitirse condena en contra de la parte pasiva, pues se encuentran como fundamentos fácticos que no se encuentra una responsabilidad civil médica atribuible a la parte demandada.
2. Objeto y me opongo a que se declare civil y solidariamente responsables a la parte demandada, por la presunta falla en el servicio que indica la parte demandante que se dio por la parte demandada en la atención de la paciente, ello considerando que no hay un título de imputación jurídica atribuible al demandado, lo que hace admisible afirmar que su suerte médica no se debió a culpa de la demandada, por lo tanto, no se puede predicar una falla o falta en el servicio, no existió una relación de causalidad entre una eventual ausencia de servicio o servicio defectuoso y el desarrollo médico de la patología del paciente.

Así las cosas, me permito presentar oposición a cada una de las pretensiones planteadas en la demanda de la siguiente manera:

**POR PERJUICIOS MORALES:**

Objeto y me opongo a que como consecuencia de lo anterior se condene a las entidades demandadas a indemnizar a los demandantes por perjuicios morales pedidos para cada uno de los actores, considerando que se están solicitando sumas de dinero por encima de los parámetros jurisprudenciales empleados para incluso el fallecimiento de una persona y solicitando monto de

<b>JOHN FREDDY ANDRADE (HIJO)</b>	<b>300 SMMLV</b>
<b>JOSE ALEXANDER ANDRADE (HIJO)</b>	<b>100 SMMLV</b>
<b>GLORIA RUTH ANDRADE(HIJA)</b>	<b>100 SMMLV</b>
<b>FRANCIA ANDRADE NARVAEZ (HIJA)</b>	<b>100 SMMLV</b>

<b>MARLENY ANDRADE NARVAEZ (HIJA)</b>	<b>100 SMMLV</b>
-------------------------------------------	------------------

Esta objeción se presenta considerando que la atención de la fue perita y oportuna de acuerdo con la lex artis. Además de lo anterior, no se aportó dictamen que determine con especificidad clínica las patologías a las que corresponden los supuestos detrimentos emocionales que en cada demandado ocasionan por el hecho ocurrido, por lo que hasta el momento a ninguno de los demandantes les acude ni siquiera derecho a pretenderla y resulta desmesurada la suma en que los estima el abogado de la parte demandante y porque no existe título de culpa imputable al asegurado, además la tasación de dichos perjuicios morales son facultad exclusiva del Juez y no del apoderado demandante quien por demás no desarrolla ni aporta fórmula real de prueba que permita verificar la gravedad de las presuntas detrimentos emocionales.

**CUARTO:** Objeto y me opongo a condena en costas y agencias en derecho por cuanto de conformidad con las circunstancias bajo las cuales se dieron los hechos, no existe responsabilidad ni fundamento de imputación alguno que sea atribuible a los demandados en el presente proceso.

**QUINTO:** Objeto y me opongo a esta pretensión por cuanto no existe responsabilidad ni fundamento de imputación alguno que sea atribuible a los demandados en el presente proceso.

**EXCEPCIONES DE FONDO A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA - FUNDAMENTACIÓN FÁCTICA Y JURÍDICA DE LA DEFENSA:**

**1. EXISTENCIA DE CLAIMS MADE – DEBEN ENMARCARSE LOS HECHOS EN LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O SU RETROACTIVIDAD Y EL RECLAMO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA LA ÚNICA PÓLIZA VIGENTE PARA TALES FECHAS ES LA 022425835/0:**

Se interpone la presente excepción, considerando que las pólizas por las que se hace el llamado en garantía a mí representada, se expidieron bajo la modalidad *claims made*, lo que implica que para poder que se configure la existencia de un siniestro se hace necesario que concurren los siguientes elementos a saber: 1. Un hecho dañino por responsabilidad civil profesional médica atribuible a la parte demandada HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E. que se hubiere dado en la vigencia de la póliza o en su periodo de retroactividad desde el día 28 de abril de 2016 y 2. Que el reclamo al asegurado se haga dentro de la vigencia de la póliza. Ello considerando las siguientes condiciones:

**CLAIMS MADE**

*“bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas*

a partir de ABRIL 28 DE 2016 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.”

**SINIESTRO:**

*En Modalidad CLAIMS MADE*

*Es toda reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma”*

En este caso, se precisa que la llamante en garantía indica en el escrito del llamamiento en garantía la siguiente póliza:

<b>Numero de póliza:</b>	022087367
<b>Tomador:</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.
<b>Asegurado:</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.
<b>Beneficiario:</b>	CUALQUIER TERCERO AFECTADO.
<b>Vigencia:</b>	30-04-2017 al 31-12-2017
<b>Retroactividad:</b>	28-04-2016
<b>Modalidad de cobertura:</b>	Claims Made

Pese a que la anterior póliza, no estaría vigente para la fecha de los hechos y el reclamo al asegurado, se encuentra la siguiente póliza, la cual sí estaría vigente para la fecha de la atención médica y la reclamación que se le realizó al asegurado:

<b>Numero de póliza:</b>	022425835/0
<b>Tomador:</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.
<b>Asegurado:</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.
<b>Beneficiario:</b>	CUALQUIER TERCERO AFECTADO.
<b>Vigencia:</b>	22-03-2019 AL 31-12-2019
<b>Retroactividad:</b>	28-04-2016
<b>Modalidad de cobertura:</b>	Claims Made

En este caso, considerando la fecha de la atención médica y del reclamo presentado al asegurado, se encuentra la única póliza a afectarse correspondería a la No. 022425835/0, ello partiendo del siguiente análisis:

Número Póliza:	Vigencia para hechos:	¿Estaba vigente para fecha de los hechos el día	Vigencia para reclamos:	¿Estaba vigente para la fecha del reclamo al asegurado el día

		29/08/2017? (SI/NO)		28/11/2019? (SI/NO)
022087367/0	30-04-2017 al 31-12-2017  Retroactividad al 28-04-2016	No.	30-04-2017 al 31- 10-2017	No.
022425835/0	22-03-2019 al 31-12-2019  Retroactividad al 28-04-2016	Sí.	22-03-2019 al 31- 12-2019	Sí.

Se concluye entonces que la única póliza vigente para el momento de los hechos por la retroactividad y vigente para el momento del reclamo correspondería a la No. 022425835/0/0.

Sobre el particular reciente jurisprudencia<sup>1</sup> resaltó que en las pólizas expedidas bajo la modalidad *claims made*, para que surja una obligación indemnizatoria en cabeza

<sup>1</sup> “Sin embargo, a partir de la citada ley, se consagró la posibilidad de que, por un pacto expreso entre los contratantes, se limite temporalmente la cobertura, o incluso, se extienda a hechos anteriores a su vigencia, siempre que ambos casos se cumpla con la exigencia de que la reclamación se haga dentro del lapso de vigencia de la convención.

Se permitió, entonces, no sólo los seguros basados en la ocurrencia del daño (*losses occurrence*), que constituyen la regla general en el derecho continental, sino también los que se fundamentan en la reclamación (*claims made*), caracterizados porque el amparo únicamente se activa si, durante la vigencia del seguro, se hace el reclamo, de suerte que cesa el deber indemnizatorio después de extinguido..

Esto no significa que el requerimiento sea requisito para que se configure el siniestro, como lo aduce la recurrente, sino que, por el acuerdo de las partes -prevalido de la legislación sobre la materia-, la aseguradora únicamente pagará aquellos cuya reclamación sea realizada en el decurso de la póliza, siempre y cuando se haya configurado la situación originadora de la responsabilidad cubierta....

Por su parte, las cláusulas «*claims made*» o «reclamo hecho» constituyen una limitación temporal al cubrimiento, porque no basta que los sucesos generadores de responsabilidad civil ocurran, sino que también es menester que la reclamación por parte del damnificado se materialice durante la vigencia de la póliza o en el periodo adicional y específico estipulado, de tal suerte que si esta no se presenta oportunamente, se excluye el referido débito a cargo del asegurador, a pesar de presentarse el hecho dañoso.” Corte Suprema de Justicia – Sala Civil – M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo – SC 10300-2017 – Rad. 76001-31-03-001-2001-00192-01 del 18 de julio de 2017.

“Al examinar la citada disposición, en la sentencia CSJ SC, 18 dic. 2013, rad. 2000-01098-01, se comentó: De conformidad con dicho precepto, pueden presentarse las siguientes situaciones:

a.-) Que coincidan dentro de la vigencia tanto el hecho dañoso, como la reclamación de la víctima al asegurado o la aseguradora.

b.-) Que el hecho dañoso sea anterior a la vigencia, pero el reclamo se presente dentro de ésta.

c.-) Que se cubran sucesos acaecidos durante la vigencia, pero el reclamo se haga por fuera de la misma, en un plazo preestablecido para notificaciones.

El primer caso es connatural al convenio, pero los otros dos requieren de pactos expresos, claramente delimitados, cuya interpretación exige del fallador un examen estricto y restringido, que impida extender los amparos a riesgos no cubiertos o dejar por fuera aquellos que sí lo están.” CORTE SUPREMA DE JUSTICIA - SALA DE CASACIÓN CIVIL M.P RUTH MARINA DÍAZ RUEDA SC10048-2014 Radicación n° 11001-3103-015-2008-00102-01 Bogotá D.C., treinta y uno (31) de julio de dos mil catorce (2014).

de la aseguradora se hace necesario que se dé la realización del riesgo asegurado dentro de la vigencia de la póliza o su periodo de retroactividad y que el reclamo al asegurado se dé dentro de la vigencia de la misma.

## **2. DELIMITACIÓN CONTRACTUAL MEDIANTE EXCLUSIONES, GARANTÍAS Y DEMÁS CONDICIONES CONTRACTUALES ESTABLECIDAS EN LAS PÓLIZAS:**

Se interpone la presente excepción considerando que para que surgiese una obligación en cabeza de mí representada ALLIANZ SEGUROS S.A., se hace necesario que en virtud de lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio se estructure la configuración de un siniestro, en donde el hecho se enmarque dentro de las coberturas de la póliza, su vigencia, cumplimiento de las garantías, que no se configure en causal de exclusión alguna, que el hecho se haya dado dentro de la vigencia de la póliza o su periodo de retroactividad y que el reclamo se haya realizado al asegurado en vigencia de dicho contrato de seguro.

Así pues, en virtud de las estipulaciones contractuales establecidas de conformidad con lo establecido en los artículos 1056 y 1061 del Código de Comercio se solicita al señor juez tener por garantías, exclusiones y demás las condiciones las establecidas en la póliza No. 022425835/0 y que en caso de que resulte probada alguna de ellas en el transcurso del proceso se sirva dar aplicabilidad a la misma con sus respectivos efectos.

## **3. MONTO LÍMITE COBERTURA DE LA PÓLIZA:**

Como lo dispone el artículo 1079 del Código de Comercio, el asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada, en concordancia con el artículo 1089 del mismo ordenamiento jurídico que regula que la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario. Así las cosas, la póliza No. 022425835/0 pactó un valor asegurado que es el valor máximo de compromiso de ALLIANZ SEGUROS S.A., por lo tanto, en ningún evento se podrá superar el valor pactado para la fecha de la vigencia en la que se hayan dado los hechos.

Sobre el particular la póliza precisa:

*“REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.*

*El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos*

---

*durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado. De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.”*

#### **4. DEDUCIBLE PACTADO:**

De conformidad con lo establecido en los artículos 1056 y 1103 del Código de Comercio dentro del contrato de seguro se otorga la posibilidad de limitar la responsabilidad a la compañía que funja como aseguradora, facultades legales por las cuales se establecen condiciones contractuales, por lo que el deducible constituye en una suma pactada en un porcentaje o valor de la pérdida que deberá asumir el asegurado. Así las cosas, se solicita al despacho dar aplicabilidad al deducible pactado en la póliza de Responsabilidad expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A. en un monto del 20% de la pérdida mínimo \$15.000.000 M.cte todo y cada pérdida.

#### **5. INEXISTENCIA DE RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE LA SUMA ASEGURADA:**

La póliza no cuenta con restablecimiento automático de la suma asegurada, lo que significa que frente a una eventual sentencia condenatoria de perjuicios que concrete la obligación condicional del asegurador es necesario verificar el monto del valor asegurado disponible que resultará de la verificación de pagos de siniestros que hayan mermado el valor asegurado y por lo tanto el Juzgado no podrá proferir una sentencia que supere el monto del valor asegurado disponible.

#### **6. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO:**

Se presenta la siguiente excepción considerando que aun en el evento en que los hechos y el reclamo al asegurado se hubieren enmarcado dentro de los parámetros establecidos el contrato de seguro descrito en las excepciones anteriores, se encuentra que de conformidad con lo establecido en el artículo 1081<sup>2</sup> y 1131<sup>3</sup> del Código de Comercio ya se habría configurado la prescripción de las acciones

---

<sup>2</sup> *“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.*

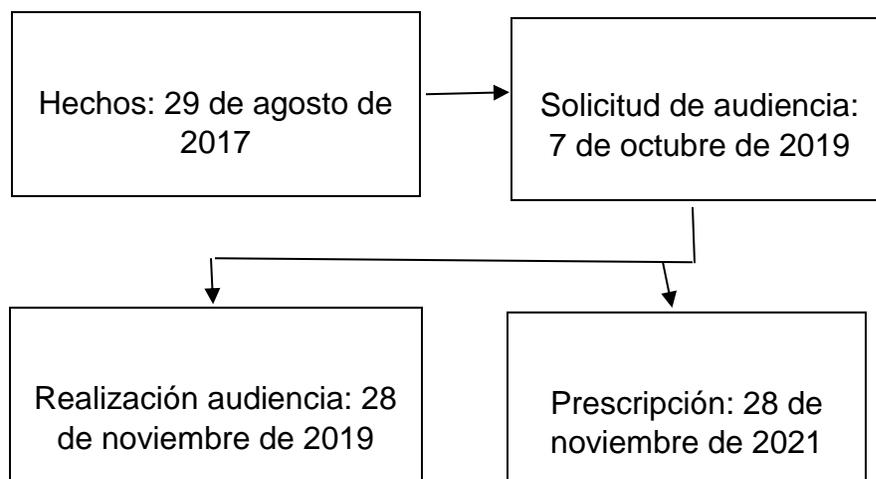
*La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*

*Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”*

<sup>3</sup> *“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.”*

derivadas del contrato de seguro, por cuanto según lo establecido en el 1081 se determina que existen dos tipos de prescripción extintiva de las acciones derivadas del contrato de seguro las cuales son: 1. La ordinaria de dos años contados desde el momento en que el interesado haya tenido conocimiento del hecho 2. La extraordinaria de cinco años contados desde el momento en que se haya dado el hecho que dio base a la acción.

Ahora bien, frente al caso que nos ocupa por tratarse de un contrato de seguro de responsabilidad civil, es necesario hacer referencia a lo estipulado en el artículo 1131 del Código de Comercio, la cual precisa entonces dos momentos desde los cuales se debe contar la prescripción en este tipo de contratos de seguro, siendo estos: 1. Frente a la víctima para el ejercicio de su acción directa en contra de la aseguradora empezará a correr desde el momento mismo en que se dio el hecho dañino. 2. Frente al asegurado este empezará a contarse desde el momento en el que se presentó el reclamo por parte del tercero al asegurado. En el presente evento nos encontraríamos con las siguientes fechas:



Así las cosas en el presente evento, se tendría entonces que al asegurado le presentaron la reclamación con la audiencia de conciliación el día 28 de noviembre de 2019, por lo que a la fecha en la que se admite el llamado en garantía a mí representada ALLIANZ SEGUROS S.A., han transcurrido más de dos años desde que el asegurado tuvo conocimiento del reclamo que le realizó la demandante y por tanto la acción del asegurado estaría prescrita por cuanto se concretó la prescripción ordinaria al no haberse dado ningún tipo de interrupción de este fenómeno. Adicionalmente también ha operado la prescripción extraordinaria por cuanto el hecho se dio el día 29 de agosto de 2022 al momento en que vinculó a ALLIANZ SEGUROS S.A., ya habían pasado más de cinco años y por lo tanto estamos ante el fenómeno de la prescripción.

## **7. INEXISTENCIA RESPONSABILIDAD ATRIBUIBLE A LA PARTE PASIVA ASEGURADA:**

Se interpone la presente excepción considerando que no existe prueba de nexos causal alguno entre los daños que indica haber sufrido la parte demandante y una conducta culposa. Con ocasión a la responsabilidad que se pretende endilgar por la

parte demandante a la demandada se debe tener en cuenta que esta prestó una atención médica perita y oportuna. Por tanto, en el caso en concreto se tiene que no hay responsabilidad de las entidades demandadas por cuanto los daños que se reclaman no tienen lugar con una falla médica atribuible a las entidades demandadas. De la historia clínica aportada al proceso se evidencia que la paciente fue atendida en el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, la paciente ingresó por sus propios medios.

De la historia clínica aportada al proceso se evidencia que la paciente fue atendida en el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, la paciente ingresó por sus propios medios a la institución el día 5 de septiembre de 2017, por abdomen agudo. Por lo tanto, se realizó el siguiente plan de manejo:

**DX:**

- G8P1M1
- ABDOMEN AGUDO :
- A. POSIBLE TORSION OVARICA: LESION OVARIO DERECHO
- CHOQUE HIPOVOLEMICO ? ( POR TERCER ESPACIO )

**PLAN:**

- TRASLADO A CIRUGIA
- CABECERA A 45 GRADOS
- OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO
- NADA VIA ORAL
- HEMOGRAMA, PCR, PERFIL HEPATICO, POLICULTIVAR -HEMOCULTIVO, UROCULTIVO, UROANALISIS, CREATININA BUN, LDH, GASES ARETREAIALES
- SE LLENA TURNO QUIRURGICO Y CONSENTIMEINTO INFORMADO
- SE RESERVA 2 UGR
- CONTROL CONTINUA DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

Aunado a lo anterior, se puede observar como para el día 6 de septiembre de 2017 se tuvo el siguiente procedimiento a seguir.

**OBJETIVO**

PROCEDIMIENTOS: Laparotomía exploratoria sod

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA: ASEPSIA Y ANTISPESIA DE PARED ABDOMINAL HASTA NIVEL DEL XIFOIDES, MUSLOS Y PERINE, CON YODADOS PASO DE Sonda Vesical a Cistoflo  
INCISION MEDIANA INFRAUMBILICAL DE PARED ABDOMINAL  
DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD  
SE EVIDENCIA SALIDA DE LIQIOD PERITONEAL PURULENTO, SE TOMA MUESTRA PARA CULTIVO  
SE EVIDENCIA PROCESO INFLAMATORIO SEVERO A NIVEL DEL APENDICE CON APENDICE PERFORADO CON GRAN CANTIDAD DE MATERIAL PURULENTO CIRCUNDANTE.  
MEMBRANAS PURULENTAS QUE RECUBREN ASAS, COLON, FONDO DEL UTERO Y TROMPA DERECHA, SIN EVIDENCIA DE LESIONES EN UTERO.  
SE VERIFICAN AMBAS TUBAS UTERINAS Y OVARIOS SIN LESIONES DIFERENTES AL PROCESO INFLAMATORIO CIRCUNDANTE.  
SE REALIZA LLAMADO A CIRUGIA GENERAL QUIENES CONTINUAN PROCEDIMIENTO.  
FIN DEL PROCEDIMIETNO POR PARTE DE GINECOLOGIA

Así mismo, en la atención médica se observó una salida de líquido peritoneal y proceso inflamatorio severo a nivel del apéndice perforado con gran cantidad de material purulento, por lo tanto, se procede a programar cirugía por apendicetomía con drenaje de peritonitis generalizada. Del anterior procedimiento se logró evidenciar como hallazgo una peritonitis purulenta de cuatro cuadrantes, inflamación de ovario y trompas derechas inflamación de asas de íleon terminal, con fibrina adherida. La paciente se pasó a cirugía para continuar con tratamiento. Por todo lo demás nos atenemos a lo probado en el proceso.

No existió entonces en el presente evento una falla en la atención médica brindada, pues no hay un título de imputación jurídica atribuible al demandado, lo que hace admisible afirmar que su suerte médica no se debió a culpa de la demandada, por lo tanto, no se puede predicar una falla o falta en el servicio, no existió una relación

de causalidad entre una eventual ausencia de servicio o servicio defectuoso y el desarrollo médico de la patología del paciente.

## 8. AUSENCIA DE ERROR DE DIAGNOSTICO:

Se interpone la presente excepción teniendo en cuenta que en la narrativa de los hechos realizada por la parte demandante se encuentra que se ha interpuesto esta acción alegando una supuesto error de diagnóstico en contra de las IPS y su equipo de galenos que prestaron la atención, siendo pertinente precisar que frente al diagnóstico este cuenta con varias etapas que acorde con la historia clínica se cumplieron plenamente sin que exista prueba de que de parte de las IPS y sus galenos se haya presentado falla alguna frente a cada una de estas etapas.

Frente al particular la Honorable Corte Suprema de Justicia<sup>4</sup> ha precisado que se cumplen con las etapas del mismo no habrá lugar a responsabilidad médica. Por lo anterior, se tiene que para el caso en concreto se hace necesario evaluar el cumplimiento de cada una de las fases del diagnóstico, debiéndose probar por la parte demandante la falla atribuible a la IPS y su equipo de galenos, sin que exista en el presente evento prueba de ello.

---

<sup>4</sup> *“Tratándose del diagnóstico —piedra angular de la actuación del médico frente al paciente—, y de la labor que cumplen los profesionales de la salud cuando en su ejercicio les corresponde emitir una opinión, rendir un concepto o analizar unos resultados de laboratorio por ejemplo, conviene recordar, según lo hace PENNEAU (PENNEAU, Jean, Citado por VÁZQUEZ FERREYRA, Roberto A. Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. Editorial Hammurabi, Buenos Aires, 2002, Páginas 106-108), las distintas etapas que debe recorrer galeno, así: La primera, comienza con la revisión que se hace, lo cual exige tomar los conocimientos primarios de la afección padecida de acuerdo con las señales manifestadas, siendo necesario indagar por los antecedentes patológicos en forma previa a la sintomatología. En segundo orden, se inspeccionan los estudios recomendados (radiografías, análisis de laboratorio, ecografías, tomografías resonancias magnéticas entre otras), que le dispensan al médico la obtención de resultados científicos. La tercera fase, conclusiva por supuesto de las anteriores, se materializa con la emisión de la diagnóstico.*

*Esta última puede definirse, como la concreción en torno a la patología del paciente y/o reconocimiento de la enfermedad que lo afecta.*

*Ha manifestado la Sala sobre el particular que aquella, está constituida:*

*«(...) por el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad padecida por el paciente, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones. Esta fase de la intervención del profesional suele comprender la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor de elaborar cuidadosamente la “anamnesis”, vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes.*

*Trátase, ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la lex artis ad hoc recomienda para acertar en él» (CSJ SC 26 de noviembre de 2010, rad. 1999 08667-01). Corte Suprema de Justicia – Sala Civil – M.P. MARGARITA CABELLO BLANCO - SC7817-2016 Radicación n° 11001 31 03 034 2005 00301 01 – Sentencia del 15 de junio de 2016.*

No indica la parte actora cuáles fueron las faltas a la lex artis, no indica cuál fue el error de diagnóstico y cuál fue el tratamiento que se omitió darle al paciente.

#### **9. AUSENCIA DE PRUEBA DE LOS PERJUICIOS SOLICITADOS Y EXCESIVA VALORACIÓN DE LOS MISMOS:**

No hay razón para condenar por presuntos perjuicios morales por cuanto la atención de la paciente fue perita y oportuna de acuerdo con la lex artis. Además de lo anterior, no se aportó dictamen que determine con especificidad clínica las patologías a las que corresponden los supuestos detrimentos emocionales que en cada demandado ocasionan por el hecho ocurrido, por lo que hasta el momento a ninguno de los demandantes les acude ni siquiera derecho a pretenderla y resulta desmesurada la suma en que los estima el abogado de la parte demandante y porque no existe título de culpa imputable al asegurado, además la tasación de dichos perjuicios morales son facultad exclusiva del Juez y no del apoderado demandante quien por demás no desarrolla ni aporta fórmula real de prueba que permita verificar la gravedad de las presuntas detrimentos emocionales.

#### **10. LA INNOMINADA - CADUCIDAD PARA INTERPONER EL MEDIO DE CONTROL Y PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO:**

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho en favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso y al cual me referiré en los alegatos de conclusión y luego de la práctica de las pruebas, como a la caducidad para interponer el medio de control y la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro establecidas en los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio.

#### **11. LA INNOMINADA, PRESCRIPCIÓN Y CADUCIDAD:**

De conformidad con lo dispuesto por los artículos 281 y 282 del C.G.P. se solicita al juzgador declarar cualquier excepción que resulte probada en el curso del proceso de acuerdo con las pruebas que se practiquen, así como aquellas que resulten de hechos probados hubieren sido alegadas o no en esta oportunidad procesal.

En este evento se propone la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro de conformidad con lo establecido en los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio.

Igualmente se propone la caducidad para interponer el medio de control, considerando que han transcurrido más de dos años desde la atención, la presentación de la conciliación y medio de control.

#### **FUNDAMENTOS DE DERECHO Y RAZONES DE DEFENSA:**

Sobre el particular es importante resaltar las siguientes anotaciones visibles en la historia clínica de la en donde se encuentran las anotaciones transcritas al contestar

los hechos de la demanda y de las que se concluye que, hubo un fiel cumplimiento de la *LEX ARTIS*. A la paciente siempre se le monitoreó y vigiló el estado de salud, de ello que no hubo negligencia, porque no se le negó nunca la atención oportuna, no hubo demora ni impericia, porque los médicos pusieron a disposición de ella todos los equipos y la instrumentación necesaria para obtener diagnósticos en aras de que el paciente tuviera una atención integral e inmediata.

Cabe resaltar que cada ser humano responde de una manera particular e individual a la patología que lo aqueja y en muchos casos escapa a la capacidad de control tanto del médico como de la institución la sanación del paciente, pero no por ello se predica la culpa, no por la falta de sanación se concluye responsabilidad del médico o de la entidad prestadora del servicio, la ecuación es imperfecta, la responsabilidad se construye a través de los títulos de la culpa perfectamente demostrados en el proceso a lo largo de un debate dinámico de la prueba.

Con relación al contrato de seguro, las pólizas por las que se hace el llamado en garantía a mí representada, se expidieron bajo la modalidad *claims made*, lo que implica que para poder que se configure la existencia de un siniestro se hace necesario que concurren los siguientes elementos a saber: 1. Un hecho dañino por responsabilidad civil profesional médica atribuible a la parte demandada HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E. que se hubiere dado en la vigencia de la póliza o en su periodo de retroactividad desde el día 28 de abril de 2016 y 2. Que el reclamo al asegurado se haga dentro de la vigencia de la póliza. Ello considerando las siguientes condiciones:

**CLAIMS MADE**

*“bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ABRIL 28 DE 2016 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.”*

**SINIESTRO:**

*En Modalidad CLAIMS MADE*

*Es toda reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma”*

En este caso, se precisa que la llamante en garantía indica en el escrito del llamamiento en garantía la siguiente póliza:

<b>Numero de póliza:</b>	022087367
<b>Tomador:</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.
<b>Asegurado:</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.

<b>Beneficiario:</b>	CUALQUIER TERCERO AFECTADO.
<b>Vigencia:</b>	30-04-2017 al 31-12-2017
<b>Retroactividad:</b>	28-04-2016
<b>Modalidad de cobertura:</b>	Claims Made

Pese a que la anterior póliza, no estaría vigente para la fecha de los hechos y el reclamo al asegurado, se encuentra la siguiente póliza, la cual sí estaría vigente para la fecha de la atención médica y la reclamación que se le realizó al asegurado:

<b>Numero de póliza:</b>	022425835/0
<b>Tomador:</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.
<b>Asegurado:</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.
<b>Beneficiario:</b>	CUALQUIER TERCERO AFECTADO.
<b>Vigencia:</b>	22-03-2019 AL 31-12-2019
<b>Retroactividad:</b>	28-04-2016
<b>Modalidad de cobertura:</b>	Claims Made

En este caso, considerando la fecha de la atención médica y del reclamo presentado al asegurado, se encuentra la única póliza a afectarse correspondería a la No. 022425835/0, ello partiendo del siguiente análisis:

Número Póliza:	Vigencia para hechos:	¿Estaba vigente para fecha de los hechos el día 29/08/2017? (SI/NO)	Vigencia para reclamos:	¿Estaba vigente para la fecha del reclamo al asegurado el día 28/11/2019? (SI/NO)
022087367/0	30-04-2017 al 31-12-2017  Retroactividad al 28-04-2016	No.	30-04-2017 al 31-10-2017	No.
022425835/0	22-03-2019 al 31-12-2019  Retroactividad al 28-04-2016	Sí.	22-03-2019 al 31-12-2019	Sí.

Se concluye entonces que la única póliza vigente para el momento de los hechos por la retroactividad y vigente para el momento del reclamo correspondería a la No. 022425835/0/0.

Sobre el particular reciente jurisprudencia<sup>5</sup> resaltó que en las pólizas expedidas bajo la modalidad *claims made*, para que surja una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora se hace necesario que se dé la realización del riesgo asegurado dentro de la vigencia de la póliza o su periodo de retroactividad y que el reclamo al asegurado se dé dentro de la vigencia de la misma.

## **SOLICITUD DE PRUEBAS:**

### **1. PRUEBAS DOCUMENTALES:**

1.1. Sírvase citar y hacer comparecer a los siguientes doctores:

- LAWRENCE MUÑOZ, MEDICINA GENERAL
- MAIRA ALEJANDRA BENAVIDEZ, MEDICINA GENERAL
- JOSE FERNANDO BURBANO YEPES, MEDICO CIRUJANO INTENSIVISTA.
- HEMERSON BOTERO RIOS, MEDICINA GENERAL.

---

<sup>5</sup> “Sin embargo, a partir de la citada ley, se consagró la posibilidad de que, por un pacto expreso entre los contratantes, se limite temporalmente la cobertura, o incluso, se extienda a hechos anteriores a su vigencia, siempre que ambos casos se cumpla con la exigencia de que la reclamación se haga dentro del lapso de vigencia de la convención.

*Se permitió, entonces, no sólo los seguros basados en la ocurrencia del daño (losses occurrence), que constituyen la regla general en el derecho continental, sino también los que se fundamentan en la reclamación (claims made), caracterizados porque el amparo únicamente se activa si, durante la vigencia del seguro, se hace el reclamo, de suerte que cesa el deber indemnizatorio después de extinguido..*

*Esto no significa que el requerimiento sea requisito para que se configure el siniestro, como lo aduce la recurrente, sino que, por el acuerdo de las partes -prevalido de la legislación sobre la materia-, la aseguradora únicamente pagará aquellos cuya reclamación sea realizada en el decurso de la póliza, siempre y cuando se haya configurado la situación originadora de la responsabilidad cubierta....*

*Por su parte, las cláusulas «claims made» o «reclamo hecho» constituyen una limitación temporal al cubrimiento, porque no basta que los sucesos generadores de responsabilidad civil ocurran, sino que también es menester que la reclamación por parte del damnificado se materialice durante la vigencia de la póliza o en el periodo adicional y específico estipulado, de tal suerte que si esta no se presenta oportunamente, se excluye el referido débito a cargo del asegurador, a pesar de presentarse el hecho dañoso.” Corte Suprema de Justicia – Sala Civil – M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo – SC 10300-2017 – Rad. 76001-31-03-001-2001-00192-01 del 18 de julio de 2017.*

*“Al examinar la citada disposición, en la sentencia CSJ SC, 18 dic. 2013, rad. 2000-01098-01, se comentó: De conformidad con dicho precepto, pueden presentarse las siguientes situaciones:*

*a.-) Que coincidan dentro de la vigencia tanto el hecho dañoso, como la reclamación de la víctima al asegurado o la aseguradora.*

*b.-) Que el hecho dañoso sea anterior a la vigencia, pero el reclamo se presente dentro de ésta.*

*c.-) Que se cubran sucesos acaecidos durante la vigencia, pero el reclamo se haga por fuera de la misma, en un plazo preestablecido para notificaciones.*

*El primer caso es connatural al convenio, pero los otros dos requieren de pactos expresos, claramente delimitados, cuya interpretación exige del fallador un examen estricto y restringido, que impida extender los amparos a riesgos no cubiertos o dejar por fuera aquellos que sí lo están.” CORTE SUPREMA DE JUSTICIA - SALA DE CASACIÓN CIVIL M.P RUTH MARINA DÍAZ RUEDA SC10048-2014 Radicación n° 11001-3103-015-2008-00102-01 Bogotá D.C., treinta y uno (31) de julio de dos mil catorce (2014).*

- ELIAS VIEDA SILVA, MEDICINA INTERNA INTENSIVISTA
- RENE ALBERTO ESPINOSA MARSIGLIA, MEDICO INTENSIVISTA
- ANDRES FABRICIO CABALLERO LOZADA, MEDICO INTENSIVISTA.
- LEIDY CARINA REYES, FISIOTERAPEUTA.
- ERNESTO MARTINEZ BUITRAGO, MED.INTERNA INFECTOLOGIA.
- ADOLFO GONZALEZ HADAD, CIRUGIA GENERAL.
- HERNAN BONILLA MEDINA, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
- JULIETH MARITZA HERNANDEZ RAMOS, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
- MARIA REINA DE LA CRUZ ORTEGA, MEDICINA GENERAL.
- ADRIANA MARCELA ZUNIGA ROJAS, CIRUGIA GENERAL.
- MARYI JULIETH SORZA GONZALEZ, NUTRICIONISTA CLINICA.
- IVONHE VILLA SOTO, FISIOTERAPEUTA

Para que bajo juramento rinda testimonio sobre la atención que brindó a la paciente BLANCA NORA NARVAEZ DE ANDRADE explicando los pormenores de la atención que le consten o tenga conocimiento con relación al paciente.

## **2. DOCUMENTALES (que se aportan):**

Me permito aportar las siguientes pruebas documentales:

- Condiciones de la póliza.

### **SOLICITUD DE CONDENA EN COSTAS:**

Considerando que la parte demandante dio lugar a la presente demanda y por ser sus pretensiones manifiestamente infundadas por cuanto no se configuró la culpa del asegurado o perjuicio alguno que indicara la necesidad de esta acción judicial, comedidamente le pido al señor Juez le condene en costas y agencias en derecho a favor de la parte pasiva.

### **NOTIFICACIONES:**

- Mí representada ALLIANZ SEGUROS S.A. lo hará en la Av. 6 A No. 23 – 13 de la ciudad de Cali
- Recibiré en mi oficina de abogado ubicada en la Calle 16A No. 121A – 214, Oficina 307, Edificio: Paloalto, Santiago de Cali, Valle del Cauca, con correo electrónico [notificaciones@londonouribeabogados.co](mailto:notificaciones@londonouribeabogados.co)

  
Atentamente,

JESSICA PAMELA PEREA PEREZ.  
C.C. 1.113.527.985 de Candelaria (v)  
T. P. 282.002 del CSJ