

Señores:

JUZGADO SEGUNDO (2) ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA - CAQUETÁ

E. S. D.

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTES: LILIA YATE MANCERA Y OTROS
DEMANDADOS: HOSPITAL MARIA INMACULADA
LLAMADOS EN GTIA: ASEGURADORA SOLICARIA DE COLOMBIA E.C.
RADICACIÓN: 18001333300220230004300

ASUNTO: ALEGATOS DE CONCLUSIÓN 1º INSTANCIA

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 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado principal de la compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**, 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 existiendo más pruebas por practicar, el dieciocho (18) de diciembre de 2024, mediante auto del dieciséis (16) de diciembre de 2024, notificado por estados, se corrió traslado a las partes intervinientes para la presentación de los alegatos de conclusión en primera instancia, dentro del término de diez (10) días siguientes a dicha notificación. En consecuencia, el término comenzó a correr el diecinueve (19) de diciembre de 2024, con fecha de finalización el veintitrés (23) de enero de 2025. Por lo anterior, se concluye que el presente escrito de alegatos se radica dentro del plazo legalmente establecido para tal efecto.

II. DE LA FIJACIÓN DEL LITIGIO PLANTEADA POR EL DESPACHO

Del análisis detallado de los hechos y las pruebas allegadas al plenario, corresponde al despacho determinar si la parte demandada es responsable de los perjuicios materiales e inmateriales alegados por los demandantes. Dichos perjuicios se originarían en la presunta falla en la prestación del servicio médico proporcionado a la señora Lilia Yate Mancera, quien fue sometida a un procedimiento quirúrgico el 2 de mayo de 2021 para la extirpación de un tumor. Este procedimiento resultó, además, en la extracción de su matriz y ovarios, así como en la ruptura de su vejiga. En caso de que se acceda a las pretensiones de la demanda, será preciso evaluar lo relacionado con

la eventual indemnización a cargo de la llamada en garantía.

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

a. INEXISTENCIA DE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DESPLEGADA POR EL HOSPITAL MARIA INMACULADA.

La parte demandante alega una presunta falla en el servicio médico durante la cirugía realizada a la señora LILIA YATE MANCERA, señalando que, además de extirpar un tumor, se removieron de forma no prevista la matriz y los ovarios, y se ocasionó la ruptura de la vejiga. Según lo alegado por la demandante, dichas acciones habrían generado daños adicionales no informados previamente, atribuibles a una supuesta negligencia o incumplimiento de los protocolos médicos por parte de la entidad demandada. Se tiene que la atención que recibió la paciente fue adecuada, ya que fue evaluada previamente por cirugía general para descartar patologías ginecológicas. En este caso, el cirujano general descartó patologías diferentes a las diagnosticadas en ginecología, lo que permitió enfocar el tratamiento en las condiciones específicas identificadas en el área ginecológica, sin la necesidad de intervenciones adicionales relacionadas con otras patologías.

En este caso, el testimonio técnico de los médicos SALOMÓN SUÁREZ y JULIO CAMILO ARRATA permitió acreditar que la atención brindada a la paciente fue oportuna y eficaz. Durante el procedimiento médico realizado en el HOSPITAL MARÍA INMACULADA, se le dio un seguimiento adecuado conforme al diagnóstico que presentaba, el cual incluía tumoración ovárica y fibromatosis uterina. Como parte de su tratamiento, la paciente fue valorada inicialmente por un cirujano general, quien determinó la necesidad de una nueva evaluación por ginecología. Posteriormente, fue remitida a cirugía debido a la presencia de un quiste ovárico complejo torcido, que representaba un alto riesgo para su vida. Este manejo refleja un actuar diligente y acorde con los protocolos médicos establecido

El médico SALOMÓN SUÁREZ indicó que los riesgos inherentes a la cirugía fueron informados previamente a la paciente, tal como consta en la historia clínica, y se obtuvo su consentimiento informado para proceder con la intervención. En este sentido, se le advirtió que las intervenciones de urgencia pueden triplicar el riesgo habitual de lesiones, según el diagnóstico de la paciente. Se le informó sobre posibles complicaciones como lesiones de colon, vejiga o uréter, el riesgo de embolias, reacciones alérgicas e incluso hemorragias. En consecuencia, no hay evidencia que demuestre que el HOSPITAL MARÍA INMACULADA incurrió en una falla en la prestación del servicio médico. Esto refuerza que los daños reportados son complicaciones inherentes al acto médico y no pueden atribuirse a negligencia o incumplimiento del deber de cuidado por parte del equipo tratante.

Con el testimonio detallado del médico Julio Camilo Arrata, se dejó constancia en el expediente que, antes de la intervención quirúrgica, se realizaron todos los exámenes pertinentes para confirmar el diagnóstico de la paciente, quien presentaba un dolor agudo relacionado con la tumoración ovárica. Estos estudios permitieron verificar la existencia de un quiste en el ovario que se estaba necrosando, lo cual generaba un riesgo inminente para su salud. El diagnóstico médico concluyó que la paciente debía ser sometida a una cirugía de urgencia, ya que, debido a la condición del quiste, la pérdida del ovario afectado y de la matriz era una posibilidad altamente probable.

En este contexto, el médico señaló que la paciente fue debidamente informada sobre los riesgos de la intervención y sobre las posibles complicaciones asociadas al procedimiento, las cuales fueron explicadas claramente antes de proceder. Así, se confirmaron tanto la necesidad urgente de la cirugía como los riesgos inherentes a la misma, lo que refuerza que las complicaciones surgidas no fueron el resultado de una falla en el servicio médico, sino de los riesgos propios de la situación clínica que presentaba la paciente.

Para establecer la responsabilidad médica en este caso, es crucial que el accionante logre probar de manera adecuada la existencia de una falla en el servicio por parte de la entidad medica ya sea por deficiencias en la atención recibida o por una atención tardía, tal como se alega. Debe acreditarse que tales fallas contribuyeron de manera significativa al fallecimiento del interno y que estas deficiencias sean imputables legalmente al HOSPITAL MARÍA INMACULADA.

Para establecer la existencia del nexo causal entre el hecho y el daño, es necesario observar la relación efectiva entre el hecho generador y el daño causado. El agente demandado debe tener una conexión directa entre su actuar y la generación del daño, es decir, su acción u omisión debe ser la causa directa del daño reclamado, sin la intervención de factores externos. 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

Aplicando el criterio jurisprudencial al caso concreto, resulta fundamental analizar el nexo causal y la imputación jurídica para determinar si el HOSPITAL MARÍA INMACULADA es responsable de los daños alegados por la paciente. En este contexto, es indispensable que el honorable juzgador realice un análisis exhaustivo de los elementos de la responsabilidad, así como una valoración

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.

adecuada de la prueba aportada por la parte accionante. Esta valoración debe establecer si la demandante logró demostrar que el hospital incurrió en una omisión o error al no aplicar la *lex artis* en la prestación del servicio médico.

Es crucial tener en cuenta que, conforme a las reglas de la carga de la prueba, corresponde a la parte demandante demostrar el nexo causal entre la presunta falla en la prestación del servicio médico y los daños alegados. En el caso bajo análisis, no se ha acreditado dicho nexo causal, lo que implica que las pretensiones formuladas en la demanda carecen de uno de los elementos esenciales para configurar la responsabilidad del HOSPITAL MARÍA INMACULADA. En consecuencia, al no haberse probado de manera suficiente que los daños reclamados sean imputables a una falla en el servicio por parte de la entidad demandada, se deben desestimar las pretensiones de la parte actora. En este sentido, el Consejo de Estado ha señalado 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 éste².

En el marco del problema jurídico planteado, resulta fundamental resaltar que la responsabilidad de las entidades accionadas en la prestación del servicio de salud, conforme a la jurisprudencia citada, es de naturaleza subjetiva. Esto implica que para declarar su responsabilidad es indispensable demostrar tres elementos esenciales: (i) una falla probada en la prestación del servicio médico, (ii) la existencia de un daño antijurídico sufrido por el paciente, y (iii) un nexo de causalidad directo entre la falla y el daño. Es decir, debe probarse que el servicio médico fue deficiente, que dicha deficiencia ocasionó un daño al paciente, y que este daño es consecuencia directa de la falla imputada. En ausencia de alguno de estos elementos, no es posible atribuir responsabilidad a las entidades estatales en el ámbito de la atención médica.

Para complementar lo anterior, es importante destacar el principio procesal *actori incumbit probatio*, manifiesta que quien alega una pretensión debe probarla³. En los procesos en lo que se pretende acreditar supuestos de hecho, le corresponde al demandante la carga de la prueba de los hechos que le dan fundamento a sus pretensiones, así lo ha señalado el Consejo de Estado en su jurisprudencia.

La referida norma legal desarrolla el tradicional aforismo de acuerdo con el cual quien afirma un hecho debe probarlo: “*incumbit probatio qui dicit non qui negat*”. Ello se traduce, en los procesos que cursan ante el Juez de lo Contencioso Administrativo, en que quien pretende determinado efecto jurídico debe acreditar los supuestos de hecho de las normas en que se ampara, luego, en general, corresponde la carga de la prueba de los hechos que sustentan sus pretensiones, en principio, al demandante, al paso que concierne al demandado demostrar

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

³ Ramiro Saavedra Becerra, Responsabilidad Extracontractual de la Administración Pública, Ed: Ibáñez; pág. 275.

los sucesos fácticos en los cuales basa sus excepciones o su estrategia de defensa. Si aquél no cumple con su onus probandi, la consecuencia que habrá de asumir será la desestimación, en la sentencia, de su causa petendi; si es éste, en cambio, quien no satisface la exigencia probatoria en punto de los supuestos fácticos de las normas cuya aplicación conduciría a la estimación de sus excepciones o de los argumentos de su defensa, deberá asumir, consiguientemente, una fallo adverso a sus intereses⁴.

Así las cosas, dentro del plenario no se acreditó que el procedimiento quirúrgico realizado a la señora Lilia Yate Mancera haya sido ejecutado de manera negligente o contraria a los protocolos médicos establecidos. Por el contrario, se evidencia que el hospital actuó con diligencia al realizar previamente los exámenes necesarios para determinar la viabilidad de la cirugía, como ecografías transvaginales y tomografías contrastadas. Adicionalmente, los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico fueron explicados con antelación a la paciente, según consta en la historia clínica y en el testimonio del médico tratante, lo cual demuestra que no existió un incumplimiento del deber de información.

Por otro lado, si bien se presentó una lesión uretral durante la intervención quirúrgica, esta fue un riesgo inherente al procedimiento y no constituye un daño antijurídico atribuible al hospital. En el ámbito médico, ciertos resultados adversos son previsibles y no implican necesariamente la existencia de una falla en el servicio. En este caso, **no se demostró que el daño sufrido por la paciente fuera producto de una actuación imprudente o culposa por parte del personal médico, por lo que no se configura un daño susceptible de ser indemnizado.**

Finalmente, no existe evidencia suficiente que demuestre de manera clara y directa que la lesión sufrida por la paciente fue consecuencia de una falla en el servicio médico prestado por el hospital. Es importante resaltar que la carga de probar este nexo recae sobre la parte demandante, quien no logró acreditar que el daño fue resultado de una acción negligente u omisión del hospital o de su equipo médico. Por ende, al no estar probado este elemento esencial, no es posible declarar la responsabilidad de la entidad demandada.

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

En este caso, no puede afirmarse de manera vaga que el Hospital María Inmaculada incurrió en una falla del servicio sustentada en una indebida aplicación de la *lex artis*. Por el contrario, con base en el testimonio rendido por el médico Salomón Suárez, se evidencia que la paciente recibió el tratamiento y la atención necesaria desde el momento en que ingresó al servicio de urgencias. Antes de ser remitida a cirugía, se realizaron las intervenciones pertinentes y se tomaron las decisiones médicas adecuadas conforme a los protocolos establecidos, lo que demuestra que el hospital actuó

⁴ Consejo De Estado, Sala De Lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, Consejero Ponente: Danilo Rojas Betancourth, Bogotá D.C., 8 de julio de 2016., Radicación Número: 52001-23-31-000-2002-01719-01(36409), Actor: Flavio Constantino Zambrano Mafla y otros, Demandado: Nación-Ministerio De Justicia Y Del Derecho Y Otros, Referencia: Acción De Reparación Directa (Sentencia)

dentro del marco de las buenas prácticas médicas.

Además, se debe resaltar que todas las actuaciones del personal de salud estuvieron orientadas a garantizar la integridad y bienestar de la paciente, observando en todo momento los principios de diligencia, cuidado y oportunidad exigidos por la *lex artis*. Esto incluye la evaluación integral de su condición, la implementación de medidas terapéuticas acordes a su diagnóstico y la pronta remisión a cirugía, decisiones que reflejan el compromiso del hospital con la calidad del servicio. Por lo tanto, no existen elementos probatorios que permitan inferir la existencia de una falla atribuible al hospital, evidenciándose que su actuación estuvo enmarcada dentro de los estándares establecidos por la ciencia médica.

En términos generales, la responsabilidad médica permite a los pacientes o sus familiares reclamar compensación por perjuicios causados por 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. Sin embargo, el presunto responsable puede contrarrestar esta reclamación demostrando que actuó con la debida diligencia y cuidado durante los procedimientos. Si la institución de salud puede demostrar que su actuación fue correcta, podrá evitar la responsabilidad que se le atribuye. Frente a lo anterior, la Corte Constitucional en Sentencia T-313/96 ha establecido que: “La comunicación de **que la obligación médica es de medio y no de resultado**, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacerse saber cuál es la responsabilidad médica”⁵

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.⁶

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. (Negrilla y subrayado nuestro)

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

⁵ Corte Constitucional. Sentencia de tutela. T 313 de 1996, M.P. Dr. Alejandro Martínez Caballero, 17 de julio de 1996, Expediente T-96723.

⁶ Corte Constitucional. Sentencia de tutela. T 398862 de 2001, MP. Dr. Rodrigo Escobar Gil, 05 de abril de 2021, expediente T-398862.

explicar cómo las Altas Cortes 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 júdice 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.⁷ (Negrilla y subrayado nuestro)

Así las cosas, la sentencia citada establece que, en casos de responsabilidad médica, los hospitales y profesionales de la salud no tienen una obligación de garantizar un resultado, sino de actuar con diligencia (obligación de medios). Esto significa que si la entidad demandada puede demostrar que prestó el servicio de manera adecuada, siguiendo los protocolos y estándares médicos, se le exonerará de responsabilidad, incluso si el paciente sufrió un daño.

No es necesario que el HOSPITAL MARÍA INMACULADA demuestre la causa exacta del daño alegado, sino que acredite que este no fue resultado de una negligencia o falla en el servicio. En otras palabras, mientras el hospital pueda probar que actuó conforme a la *lex artis*, se presume que el daño no es atribuible a una deficiencia en su actuación, lo que lo exime de responsabilidad. Este enfoque jurídico permite centrar el análisis en la diligencia y el cumplimiento de los estándares médicos aplicables, evitando la necesidad de establecer una causa externa específica, como ocurre en los regímenes de responsabilidad objetiva.

c. AUSENCIA DE PRUEBAS DECRETADAS Y PRACTICADAS EN FAVOR DE LA ACCIONANTE QUE DEMUESTREN EL ERROR MÉDICO QUE SE ALEGA.

En este caso, no se allegaron pruebas pertinentes ni suficientes que acreditaran la responsabilidad de la E.S.E. Hospital María Inmaculada, ya que no se demostró la existencia de un error médico o de una falla en el servicio prestado. La lesión sufrida por la paciente, como se ha indicado, corresponde a un riesgo inherente al procedimiento quirúrgico de histerectomía total, el cual fue informado previamente a la paciente y a su acompañante, según consta en la historia clínica.

De igual forma, la parte demandante, como responsable de alegar la existencia del daño, no promovió ni logró la práctica de peritajes médicos que respaldaran la existencia de un acto negligente, imprudente o contrario a los estándares médicos aceptados por el equipo de salud encargado del procedimiento. Las pruebas aportadas se limitaron a documentos que, lejos de evidenciar una falla en el servicio, corroboraron que el procedimiento se llevó a cabo conforme a las prácticas médicas adecuadas y con pleno conocimiento de los riesgos por parte de la paciente.

⁷ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera, C.P Dr. Carlos Betancur Jaramillo, Expediente 9467. Abril 3 de 1997.

En ausencia de elementos probatorios que demuestren una conducta irregular o una omisión por parte del personal médico, no es posible configurar la responsabilidad atribuida al hospital ni activar la obligación indemnizatoria derivada de la póliza de seguros correspondiente. Por el contrario, los documentos aportados y los antecedentes del caso evidencian que el procedimiento quirúrgico se realizó siguiendo los protocolos establecidos, sin que se haya identificado incumplimiento de los estándares médicos aplicables. Se reitera que, la lesión sufrida por la paciente, como se ha señalado, corresponde a un riesgo inherente al procedimiento, el cual fue informado previamente, excluyendo así cualquier imputación de responsabilidad médica o institucional. Sin pruebas claras y suficientes que acrediten el supuesto error médico, no se cumplen los requisitos para imputar responsabilidad ni activar la cobertura de la póliza.

d. EXCESIVA TASACIÓN DE PERJUICIOS

La parte demandante solicitó el reconocimiento y pago de una indemnización por perjuicios inmateriales bajo la modalidad de perjuicio moral a favor de los señores LILIA YATE MANCERA ELISEO BRIÑEZ YATE, JHONY SMITH BRIÑEZ YATE y ABIGAIL MANCERA LÓPEZ. Sin embargo, dentro del proceso no se acreditó que alguna acción u omisión atribuible al HOSPITAL MARÍA INMACULADA haya causado un daño a la señora LILIA YATE MANCERA.

En cuanto a los perjuicios morales reclamados en la demanda, es pertinente señalar que el Honorable Consejo de Estado, mediante la Sentencia de Unificación del 28 de agosto de 2014, consolidó la jurisprudencia respecto a los montos indemnizatorios en casos de perjuicios inmateriales. Este fallo estableció criterios específicos para el resarcimiento en tales situaciones, los cuales resultan aplicables únicamente cuando se ha comprobado de manera fehaciente la existencia del daño y la responsabilidad del agente demandado, lo que en este caso no ha sido demostrado. Por lo tanto, la pretensión de la parte demandante carece de fundamento jurídico bajo los parámetros actuales.

El Consejo de Estado en diversas ocasiones ha señalado que las solicitudes de indemnización deben basarse en una tasación razonable y proporcional de los perjuicios. La parte actora ha solicitado indemnizaciones que, a juicio del Consejo de Estado, podrían considerarse excesivas en relación con la naturaleza y extensión del daño efectivamente demostrado. En este caso, los perjuicios reclamados por la parte actora contrarían los principios de equidad y proporcionalidad que guían la reparación. En consecuencia, la falta de una adecuada fundamentación y justificación en la cuantificación de los perjuicios solicitados refuerza la necesidad de desestimar las pretensiones de la parte demandante en este contexto.

Del mismo modo, la Corte Constitucional en Sentencia T-147 del 2020 estableció:

El juez debe tasar estos perjuicios con base en la facultad discrecional que le es propia, su facultad debe estar regida por el principio de la sana crítica y seguir los siguientes parámetros: “a) la indemnización del perjuicio se hace a título de compensación (...) mas no de restitución ni de reparación; b) la tasación debe realizarse con aplicación del principio de equidad previsto en el artículo 16 de la Ley 446 de 1998; c) la determinación del monto se sustenta en los medios probatorios que obran en el proceso, y relacionados con las características del perjuicio; y d) debe estar fundamentada, cuando sea del caso, en otras providencias para efectos de garantizar el principio de igualdad.⁸

En este sentido, la solicitud de indemnización puede considerarse excesiva debido a la falta de adaptación a los cambios jurisprudenciales, la ausencia de proporcionalidad y justificación en la cuantificación de los perjuicios, y el incumplimiento de los parámetros legales establecidos. Para garantizar una compensación justa y adecuada, es esencial que la evaluación de los daños y la solicitud de indemnización se base en un análisis razonable y proporcional, apoyado en pruebas concretas y en los principios de equidad y justicia.

Es crucial que el juzgador considere que la carga de probar los perjuicios reclamos recae exclusivamente en la parte demandante. Si esta no puede demostrar de manera clara y suficiente los daños alegados, no es jurídicamente procedente reconocer ninguna suma por este concepto. En este sentido, la Corte Constitucional estableció:

aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel incumplimiento, y que los mismos sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración, como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada.

En este contexto, no es posible atribuir responsabilidad alguna al HOSPITAL MARÍA INMACULADA por una presunta falla en la prestación del servicio médico, dado que la lesión sufrida por la paciente constituye un riesgo inherente al procedimiento de histerectomía total, realizado con el propósito de salvaguardar su vida. La intervención estaba plenamente justificada, pues la paciente presentaba un tumor en el útero y varios quistes en los ovarios. Del mismo modo, se encuentra acreditado que la actuación de los médicos se ajustó a los estándares de la *lex artis*, cumpliendo con las prácticas médicas aceptadas y necesarias en este caso.

En consecuencia, la tasación de perjuicios solicitada por la parte demandante debe ser desestimada, dado que no se aportaron pruebas suficientes que acrediten la extensión y existencia del perjuicio alegado. La ausencia de evidencia concreta impide acoger las pretensiones de indemnización planteada

⁸ Referencia: Expediente T-7.372.401. Acción de tutela interpuesta por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) contra el Juzgado Primero Administrativo Oral del Circuito de Quibdó y el Tribunal Administrativo del Chocó. Magistrado Ponente: ALEJANDRO LINARES CANTILLO. Bogotá D.C., veintiuno (21) de mayo de 2020

Frente al lucro cesante, no es posible reconocer la solicitud de los demandantes, ya que no se encuentra acreditada ninguna actividad económica que permita demostrar la existencia del perjuicio patrimonial reclamado. El lucro cesante, entendido como un perjuicio material de naturaleza económica y cuantificable, consiste en las ganancias o ingresos que se dejaron de percibir como consecuencia de un daño, siendo necesario probar su existencia para reclamar una indemnización. En este caso, la suma de \$17.000.000 solicitada como lucro cesante carece de soporte documental que respalde un detrimento patrimonial o una privación de ingresos. Los cálculos realizados por los demandantes no se fundamentan en pruebas que demuestren que la señora LILIA YATE MANCERA percibía un ingreso mensual. Por lo tanto, dicha solicitud resulta improcedente.

En este sentido, es importante Al respecto, el Consejo de Estado ha sostenido lo siguiente:

En cuanto al lucro cesante esta Corporación ha sostenido reiteradamente, que se trata de la ganancia frustrada o el provecho económico que deja de reportarse y que, de no producirse el daño, habría ingresado ya o en el futuro al patrimonio de la víctima, Pero que como todo perjuicio, para que proceda su indemnización, debe ser cierto, como quiera que el perjuicio eventual no otorga derecho a reparación alguna. Así las cosas, este perjuicio, como cualquier otro, si se prueba, debe indemnizarse en lo causado.⁹

Así, resulta evidente que para reconocer la indemnización del lucro cesante es necesario, de un lado, estar en presencia de una alta probabilidad de que la ganancia esperada iba a obtenerse, y de otro, que sea susceptible de evaluarse concretamente. Sin que ninguna de esas deducciones pueda estar soportada en simples suposiciones o conjeturas, porque de ser así, se estaría frente a una utilidad meramente hipotética o eventual.

Finalmente, a solicitud de la parte actora respecto al reconocimiento del daño a la vida en relación resulta equivocada, dado que dicho criterio ha sido modificado por la jurisprudencia. En la sentencia del 20 de octubre de 2014, el Consejo de Estado precisó que el daño a la vida en relación ha sido reemplazado por el concepto de daño a la salud. Este cambio implica que ya no se puede alegar dicho perjuicio como una categoría autónoma, sino que debe ser valorado bajo la perspectiva del menoscabo a la integridad física o mental del individuo. Por lo tanto, la pretensión de la parte demandante carece de fundamento jurídico bajo los parámetros actuales.

El Consejo de Estado en diversas ocasiones ha señalado que las solicitudes de indemnización deben basarse en una tasación razonable y proporcional de los perjuicios. La parte actora ha solicitado indemnizaciones que, a juicio del Consejo de Estado, podrían considerarse excesivas en relación con la naturaleza y extensión del daño efectivamente demostrado. En este caso, los perjuicios reclamados por la parte actora contrarían los principios de equidad y proporcionalidad que guían la reparación. En consecuencia, la falta de una adecuada fundamentación y justificación en la cuantificación de los perjuicios solicitados refuerza la necesidad de desestimar las

⁹ consejo de estado sala de lo contencioso administrativo sección tercera subsección c consejero ponente: Nicolás Yepes Corrales Bogotá D.C., primero (1o) de junio de dos mil veinte (2020) referencia: acción de reparación directa radicación: 680012331000200700286 01 (45.437) demandante: Cecilia Castro Carrillo y otros. demandado: Nación – Ministerio de Defensa – Policía Nacional.

pretensiones de la parte demandante en este contexto.

Del mismo modo, la Corte Constitucional en Sentencia T-147 del 2020 estableció:

El juez debe tasar estos perjuicios con base en la facultad discrecional que le es propia, su facultad debe estar regida por el principio de la sana crítica y seguir los siguientes parámetros: “a) la indemnización del perjuicio se hace a título de compensación (...) mas no de restitución ni de reparación; b) la tasación debe realizarse con aplicación del principio de equidad previsto en el artículo 16 de la Ley 446 de 1998; c) la determinación del monto se sustenta en los medios probatorios que obran en el proceso, y relacionados con las características del perjuicio; y d) debe estar fundamentada, cuando sea del caso, en otras providencias para efectos de garantizar el principio de igualdad.¹⁰

En este sentido, la solicitud de indemnización puede considerarse excesiva debido a la falta de adaptación a los cambios jurisprudenciales, la ausencia de proporcionalidad y justificación en la cuantificación de los perjuicios, y el incumplimiento de los parámetros legales establecidos. Para garantizar una compensación justa y adecuada, es esencial que la evaluación de los daños y la solicitud de indemnización se base en un análisis razonable y proporcional, apoyado en pruebas concretas y en los principios de equidad y justicia.

IV. ALEGATOS RESPECTO DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO 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. FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL No. 560-80-994000000293 PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES.

La Póliza No. 560-80-994000000293 de responsabilidad civil extracontractual para predios, labores y operaciones no cubre el presente caso, ya que la demanda busca (i) declarar la responsabilidad civil extracontractual del E.S.E. Hospital María Inmaculada por una presunta falla en el servicio médico prestado a la señora Lilia Yate Mancera, y (ii) reconocer perjuicios por daño moral, lucro cesante y daño a la vida en relación con los demandantes, derivados de dicha falla médica. Por lo tanto, no es procedente aplicar la póliza mencionada, ya que no cubre el riesgo señalado.

Es relevante señalar que, dentro del marco de libertad contractual, la aseguradora tiene la facultad de asumir, a su discreción, todos o algunos de los riesgos relacionados con el interés asegurado, conforme al art. 1056 del Código de Comercio. Así, al suscribir el contrato, la aseguradora define los amparos específicos, sujetos a condiciones generales y particulares acordadas. La obligación

¹⁰ Referencia: Expediente T-7.372.401. Acción de tutela interpuesta por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) contra el Juzgado Primero Administrativo Oral del Circuito de Quibdó y el Tribunal Administrativo del Chocó. Magistrado Ponente: ALEJANDRO LINARES CANTILLO. Bogotá D.C., veintiuno (21) de mayo de 2020

de la aseguradora solo será exigible si se cumplen los requisitos pactados. La Corte Suprema de Justicia ha señalado que las aseguradoras pueden, según su criterio, asumir los riesgos que consideren pertinentes.

Es preciso señalar que mi mandante expidió la Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 560-80-994000000293, destinada a cubrir perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales derivados de las actividades del Hospital María Inmaculada, con vigencia desde el 28 de febrero de 2021 hasta el 28 de noviembre de 2021. No obstante, es importante aclarar que dicha póliza únicamente tiene como objeto:

Amparar los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que sufre el Hospital María Inmaculada, como consecuencia de la **responsabilidad civil extracontractual originada dentro o fuera de sus instalaciones**, en el desarrollo de sus actividades o en lo relacionado con ella, lo mismo que los actos de sus empleados y funcionarios dentro y fuera del territorio nacional.

Sin embargo, uno de los riesgos explícitamente excluidos de la cobertura por la póliza, según el condicionado del contrato, son la responsabilidad civil médica y, en general, toda clase de servicios médicos prestados por el asegurado. Este detalle es esencial, ya que implica que el seguro no cubre los daños derivados de la responsabilidad médica del hospital, excluyendo cualquier reclamo relacionado con la prestación de servicios médicos en sus instalaciones. En efecto, es preciso señalar que una de las exclusiones, es decir un riesgo que no se encuentra cubierto por la póliza de acuerdo con el condicionado es:

45. RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA Y EN GENERAL TODA CLASE DE SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS POR EL ASEGURADO.

Es fundamental destacar que, conforme al artículo 1056 del Código de Comercio, el asegurador tiene la facultad de delimitar los riesgos que asume en el contrato, lo que implica la exclusión de ciertos riesgos, como es el caso de la responsabilidad médica. Estas exclusiones están claramente detalladas en las condiciones contractuales, las cuales establecen los riesgos cubiertos, su alcance y las causales de exoneración. Por lo tanto, el juez debe basarse en dichos términos contractuales al resolver cualquier pretensión relacionada con la póliza. En concordancia con el desarrollo jurisprudencial, es válido que las partes definan tanto los riesgos como los efectos patrimoniales derivados de la materialización de dichos riesgos. En este caso, la Póliza No. 560-80-994000000293 no cubre los hechos en cuestión, dado que el daño alegado por los demandantes no se encuentra dentro de los riesgos amparados por el contrato, ya que no incluye la responsabilidad civil médica ni los servicios médicos prestados por el asegurado.

b. INEXISTENCIA DE COBERTURA Y CONSECUENTEMENTE DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA DADA LA MODALIDAD TEMPORAL (CLAIMS MADE) PACTADA EN

LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 560-88-99-4000000049

Se debe destacar que la responsabilidad de mi prohijada solo se compromete si se cumple con la condición pactada, es decir, la realización del riesgo asegurado. La modalidad de seguro *Claims Made*, introducida por la Ley 389 de 1997, establece que la cobertura está determinada por la fecha de la reclamación. Según esta modalidad, la cobertura de responsabilidad solo aplica si la reclamación del damnificado al asegurado o asegurador se realiza dentro de la vigencia del seguro o en el plazo adicional estipulado, que no será inferior a dos años. En diversos pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia, se ha precisado que, en este tipo de pólizas, si la reclamación no se presenta dentro del plazo establecido, se excluye la responsabilidad, aunque el hecho dañoso haya ocurrido previamente.

Para que opere la cobertura de un seguro bajo la modalidad *Claims Made*, se deben cumplir dos requisitos fundamentales: (i) que los eventos que originaron el proceso ocurran dentro de la vigencia o del período de retroactividad de la póliza, y (ii) que dichos eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. Esta doble exigencia, consagrada en la Ley 389 de 1997, debe cumplirse para que el asegurador asuma la responsabilidad resarcitoria.

En el presente caso, el contrato de seguro bajo la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 560-88-99-4000000049, suscrito entre el E.S.E. Hospital María Inmaculada de Florencia Caquetá y la Aseguradora Solidaria de Colombia (mi representada), fue pactado bajo la modalidad *Claims Made*. Por lo tanto, para que la póliza cubra el siniestro, es necesario que la primera reclamación derivada de los hechos que originaron el litigio se haya realizado dentro del periodo de vigencia de la póliza. En este contexto, se concluye que la Póliza No. 560-88-99-4000000049 no debe verse afectada, ya que la primera reclamación no se presentó dentro del período de vigencia estipulado. Además, la solicitud de conciliación, radicada el 8 de febrero de 2022, y la audiencia realizada el 9 de junio de 2022, ocurrieron fuera de dicho plazo, lo que impide que la póliza responda por los daños reclamados.

Así las cosas, la vigencia de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 560-88-99-4000000049 fue del 28 de febrero de 2021 al 28 de noviembre de 2021. Durante este período, no se presentó ninguna reclamación o requerimiento al asegurado o aseguradora dentro de la vigencia del contrato. Según lo estipulado legalmente y pactado contractualmente, solo se cubren las indemnizaciones por reclamaciones escritas realizadas durante la vigencia de la póliza. Dado que la reclamación en este caso ocurrió fuera de dicho plazo, se concluye que la póliza no cubre el siniestro en cuestión.

c. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. POR NO HABERSE REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO.

Como se indicó en la contestación al llamamiento en garantía, no existe obligación indemnizatoria por parte de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. en relación con la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 560-88-99-4000000049, ya que no se ha materializado el riesgo asegurado. Es decir, no se ha producido un hecho dañoso imputable al asegurado dentro de la vigencia de la póliza o del período de retroactividad, derivado del acto médico realizado.

En este caso, se ha demostrado que la lesión uretral sufrida por la señora LILIA YATE MANCERA fue un riesgo inherente a la histerectomía total, procedimiento al que fue sometida debido a la presencia de varios tumores en el útero y ovarios. Según la historia clínica, la paciente y su acompañante fueron debidamente informados sobre los riesgos del procedimiento. 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.

En consecuencia, no se configuró el riesgo asegurado, ya que no existió acción u omisión por parte de los médicos de la E.S.E. Hospital María Inmaculada. La lesión sufrida por la señora Lilia en su uretra fue un riesgo inherente a la histerectomía total, el cual no puede considerarse una falla en el servicio médico prestado. Por lo tanto, no ha surgido una obligación condicional para ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., puesto que el riesgo asegurado no se ha materializado.

El despacho debe tener en cuenta que la obligación indemnizatoria de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. 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. 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. 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 Clínicas y Centros Médicos No. 560-88-99-4000000049, 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, y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. 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, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.. 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.

Así las cosas, el asegurado no puede recibir una indemnización superior al límite de la suma asegurada, que es de MIL MILLONES DE PESOS (1.000.000.000) por evento y por vigencia, según la póliza. Esta cantidad representa el máximo de responsabilidad de la aseguradora, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., y no puede ser excedida, incluso si los daños reclamados son mayores. Además, se deben descontar los siniestros previamente pagados bajo esta póliza. El contrato de seguro también estipula un deducible que el asegurado debe cubrir, correspondiente al 10% sobre el valor de la pérdida o mínimo 10 SMLMV, tal como se indica a continuación:

ITEM: 1		DEPARTAMENTO: CAQUETÁ	CIUDAD: FLORENCIA
DIRECCION: DIAGONAL 20 No. 7-29			
ACTIVIDAD: HOSPITAL			
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 1,000,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		1,000,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		1,000,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		1,000,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		200,000,000.00	0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMLMV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS			

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.

f. AUSENCIA DE SOLIDARIDAD EN LAS OBLIGACIONES ENTRE TOMADOR Y ASEGURADORA, DADO QUE LA OBLIGACION DE LA COMPAÑÍA ES A TÍTULO 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.

g. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

De acuerdo con el artículo 1111 del Código de Comercio, que establece que *“La suma asegurada se entenderá reducida, desde el momento del siniestro, en el importe de la indemnización pagada por el asegurador”*, el valor asegurado se reducirá conforme a los siniestros ocurridos y los pagos efectuados por la aseguradora. Así, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismos hechos, dicho valor disminuirá en los montos correspondientes. Por lo tanto, si para la fecha de la sentencia el valor asegurado ha sido agotado, no procederá ninguna cobertura adicional.

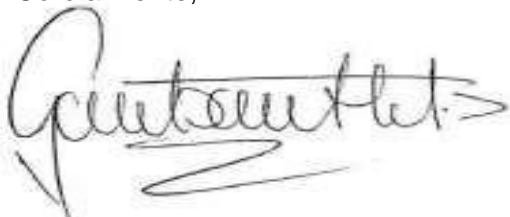
h. PAGO POR REEMBOLSO

Sin que el planteamiento de esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, se solicita al honorable juez que, en el remotísimo caso de encontrar responsable al asegurado y de llegar a establecer que ha surgido alguna obligación resarcitoria en cabeza de la aseguradora, respetuosamente se manifiesta que la obligación de mi representada deberá imponerse por reembolso y no por pago directo a los demandantes, ya que es el asegurado quien debe decidir si afecta o no el seguro, quedándole la opción de realizar el pago directo de la hipotética condena.

V. PETICIONES

Solicito comedidamente al Despacho se sirva denegar la totalidad de las pretensiones de la demanda en lo que compete a nuestro asegurado Hospital María Inmaculada y consecuentemente, negar las pretensiones formuladas en el escrito del llamamiento en garantía.

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No. 19.395.114 de Bogotá
T.P. No. 39.116 del C. S. de la J.