

SEÑOR

JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA - CAQUETÁ

E. S. D.

REF. MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA.

DEMANDANTE: MILSON FABIÁN MUÑOZ MAJE Y OTROS.

DEMANDADO: CLÍNICA MEDILASER S.A. DE FLORENCIA Y OTROS.

LLAMADO EN GARANTÍA: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y OTROS.

RADICACIÓN: 18-001-33-33-003-2022-00167-00.

PAOLA CASTELLANOS SANTOS, mayor de edad, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52.493.712 de Bogotá D.C., y Tarjeta Profesional No. 121.323 del Consejo de Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada de La **PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** de acuerdo al poder otorgado y que ya fue aportado a su despacho, respetuosamente me permito **DAR CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y A LOS LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA** efectuados a la citada aseguradora, dentro del término establecido para ello, según lo ordenado en el auto de fecha 1 de diciembre de 2023, el cual fue notificado a la aseguradora por parte del Doctor NELSON CALDERÓN MOLINA, en su calidad de apoderado de la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA mediante correo electrónico del pasado 31 de julio de 2024, por lo que la notificación se entiende surtida al finalizar el segundo día hábil siguiente de recibido el correo, esto es, el 02 de agosto de 2024, por lo que el término indicado inició a correr el 05 de agosto de 2024 y finalizó vence el 27 del mismo mes y año, de conformidad con lo establecido en el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022.

I. DE LA DEMANDA PRESENTADA POR EL SEÑOR MILSON FABIÁN MUÑOZ MAJE Y OTROS.

1. Frente a las pretensiones propuestas.

La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros se opone a todas y cada una de las pretensiones formuladas en la demanda, por carecer de fundamento jurídico.

En todo lo que no se oponga a los intereses de la aseguradora, la misma coadyuva la defensa esgrimida por los demandados.

2. En relación con los hechos de la demanda.

La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros procede a contestar uno a uno los hechos formulados, en los siguientes términos:

Frente al hecho PRIMERO 1: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros.

Frente al hecho SEGUNDO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros.

Frente al hecho TERCERO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros.

Frente al hecho CUARTO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros.

Frente al hecho QUINTO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros.

Frente al hecho SEXTO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros.

Frente al hecho SÉPTIMO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, en el cual no tuvo participación alguna.

Frente al hecho OCTAVO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, en el cual no tuvo participación alguna.

Frente al hecho NOVENO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, en el cual no tuvo participación alguna.

Frente al hecho DÉCIMO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, en el cual no tuvo participación alguna.

Frente al hecho UNDÉCIMO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, en el cual no tuvo participación alguna.

Frente al hecho DUODÉCIMO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, en el cual no tuvo participación alguna.

Frente al hecho DÉCIMO TERCERO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, en el cual no tuvo participación alguna.

Frente al hecho DÉCIMO CUARTO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, en el cual no tuvo participación alguna.

Frente al hecho DÉCIMO CUARTO (se repite la numeración en la demanda): No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, en el cual no tuvo participación alguna.

Frente al hecho DÉCIMO QUINTO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, en el cual no tuvo participación alguna.

Frente al hecho DÉCIMO SEXTO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, en el cual no tuvo participación alguna.

Frente al hecho DÉCIMO SÉPTIMO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, en el cual no tuvo participación alguna.

Frente al hecho DÉCIMO OCTAVO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, en el cual no tuvo participación alguna.

Frente al hecho DÉCIMO NOVENO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, en el cual no tuvo participación alguna.

Frente al hecho VIGÉSIMO: No corresponde en estricto sentido a un hecho, si no a manifestaciones subjetivas de la parte demandante y otras de carácter médico científico respecto de las cuales la parte no es experta.

Frente al hecho VIGÉSIMO PRIMERO: No corresponde en estricto sentido a un hecho, si no a manifestaciones subjetivas de la parte demandante y otras de carácter médico científico respecto de las cuales la parte no es experta.

Frente al hecho VIGÉSIMO SEGUNDO: No corresponde en estricto sentido a un hecho, si no a manifestación de contenido jurídico que debe ser objeto de debate.

Frente al hecho VIGÉSIMO TERCERO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, en el cual no tuvo participación alguna.

Frente al hecho VIGÉSIMO CUARTO: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, en el cual no tuvo participación alguna.

Frente al hecho VIGÉSIMO QUINTO: No corresponde en estricto sentido a un hecho, si no a referencias normativas a las cuales nos debemos remitir en su integridad.

3. De las excepciones frente a la demanda presentada.

Se proponen como tales las siguientes:

3.1. INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS QUE CONFIGURAN LA RESPONSABILIDAD CIVIL RESPECTO DEL HOSPITAL MARÍA INMACULADA ESE. Y DE LA SOCIEDAD SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.

Los elementos de la responsabilidad hacen referencia a la existencia de un hecho dañoso, un perjuicio y el nexo de causalidad.

Deben existir estos tres elementos para predicarse la responsabilidad del demandado, de tal suerte que ante la ausencia de alguno de ellos, no puede responder por la indemnización de los supuestos perjuicios que se le imputan.

Dentro del presente asunto, frente al HOSPITAL MARÍA INMACULADA ESE y a la sociedad SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. no se presentan los elementos configurativos de la responsabilidad.

- *Del hecho dañoso*

El hecho es el factum, la situación presentada desarrollada por el demandado que conllevó a la producción del perjuicio.

En la demanda presentada simplemente se indican atenciones médicas por parte de la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA y de la sociedad SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. al señor RAMÓN VALBUENA CALDERÓN de las cuales los demandantes parecen concluir que las mismas derivaron en la muerte de la citada persona varios años después sin que se evidencie con claridad una imputación de responsabilidad, máxime cuando es conocido la obligación médica es de medio y no de resultado.

Contrario al supuesto anterior, al revisar la documentación que obra en el proceso, no se evidencia situación alguna que permita concluir en forma clara una contravención o falla en la prestación del servicio médico, en tanto y en cuanto al señor Valbuena Calderón se le prestó la atención medica de acuerdo con los protocolos médicos acordes con su estado, reiterando que la práctica médica contiene obligaciones de medio y no de resultado.

Todo lo anterior, desvirtúa un actuar tendiente a causar un daño, pues lo que se dio fue la prestación de un servicio médico adecuado y oportuno, con lo que se evidencia la imposibilidad de realizar una imputación de responsabilidad al HOSPITAL MARÍA INMACULADA ESE y a la sociedad SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. y por ende de su llamada en garantía La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

- *Nexo de causalidad.*

Respecto del nexo causalidad, éste corresponde a la relación existente y que debe además demostrarse entre el hecho dañoso y los daños efectivamente presentados.

Como se ha dicho con antelación, el nexo de causalidad en el presente asunto se rompe, como quiera que se prestaron correctamente al paciente los servicios y/o la atención medica requerida, razón por la cual no se da un nexo causal entre la conducta desplegada por el HOSPITAL MARÍA INMACULADA ESE y a la sociedad SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. y el fallecimiento -años después- del señor Valbuena Calderón.

De acuerdo con lo expuesto, se tiene entonces que al no darse los elementos de la responsabilidad frente a la actuación de las citadas entidades demandadas, mal puede condenarse a las mismas por los perjuicios que pretenden los demandantes, por lo que solicito muy respetuosamente, se declare probada la presente excepción propuesta, se nieguen las pretensiones de la demanda y se absuelva de toda responsabilidad a las demandadas y por ende a su llamada en garantía La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

3.2. COBRO EXCESIVO EN RELACIÓN CON LOS PERJUICIOS PRETENDIDOS.

Debe ponerse de presente al señor Juez el excesivo cobro de perjuicios morales que manifiestan haber sufrido los demandantes.

En efecto, si bien es cierto los hechos de la demanda hacen referencia a la muerte de una persona, los perjuicios de orden moral que se pretenden han sido solicitados de forma excesiva tanto en lo referente a su cuantía como a las personas que lo pretenden, no atendiendo en consecuencia la jurisprudencia unificada del Consejo de Estado.

Debe recordarse que la reparación del daño moral en caso de muerte tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a familiares y demás personas allegadas, reparación que tiene que valorarse con sujeción a los siguientes parámetros, así:¹

¹ Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, rad. 27709, M.P. Carlos Alberto Zambrano.

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
Regla general en el caso de muerte	Relación afectiva conyugal y paterno - filial	Relación afectiva del 2° de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 3er de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4° de consanguinidad o civil	Relación afectiva no familiar (terceros damnificados)
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

Teniendo en cuenta lo anterior y en un hipotético evento de condena, debe tenerse en cuenta los topes establecidos en relación con los perjuicios de daño moral.

3.3. GENÉRICA.

De manera respetuosa y de conformidad con el artículo 187 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en concordancia con lo establecido en el artículo 281 del Código General del Proceso, solicito se declaren probadas las demás excepciones que en el curso del proceso se llegaren a demostrar.

II. **DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA E.S.E. HOSPITAL MARIA IMACULADA.**

1. En cuanto a los hechos que fundamentan el llamamiento en garantía.

Los mismos se contestan uno a uno como sigue:

En relación con el hecho 1: Es cierto.

En relación con el hecho 2: Es cierto.

En relación con el hecho 3: En cierto.

En relación con el hecho 4: No es en estricto sentido un hecho, sino que corresponde a una manifestación de pretensión a la cual, tal como está formulada me opongo en tanto y en cuanto la cobertura de la póliza no opera en forma automática en el evento de una sentencia en contra de la entidad que realiza el llamamiento en garantía, por cuanto la obligación

de la aseguradora está sujeta exclusivamente al contenido de la póliza y a todos los términos y condiciones que rigen la misma.

En relación con el hecho 4: No es en estricto sentido un hecho, sino una referencia relacionada con la figura del llamamiento en garantía.

2. En relación con las pretensiones del llamamiento en garantía.

Primera: En cuanto a la pretensión relativa a que se admita el llamamiento en garantía realizado a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros la misma **NO SE OPONE**, por cuanto dicha vinculación al proceso ya fue ordenada por el señor Juez.

Segunda: En relación a que en el evento de sentencia condenatoria en contra del HOSPITAL MARÍA INMACULADA se declare que La PREVISORA S.A. debe responder "*como garante, del pago de las sumas de dinero que se llegaren a reconocer a la parte actora*" **ME OPONGO**, por cuanto de la pretensión formulada pareciera inferirse que la sociedad que efectuó el llamamiento en garantía solicita una afectación automática de la póliza en caso de ser condenada, lo cual es improcedente, por cuanto una vez se verifique la eventual responsabilidad de la entidad tomadora de la póliza se debe efectuar un análisis de cobertura de la póliza respecto de los hechos ocurridos y allí determinar si es o no procedente la afectación de la misma, con sujeción a las definiciones y a los términos y condiciones contenidos tanto en la carátula de la póliza como en sus condiciones generales.

3. En cuanto a las excepciones frente al llamamiento en garantía.

Respetuosamente formulo las siguientes excepciones:

3.1. DE LA INEFICACIA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

El artículo 66 del Código General del Proceso que regula el trámite del llamamiento en garantía, norma ésta totalmente aplicable en materia contenciosa administrativa por expresa remisión del artículo 306 del

Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo², establece:

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

La norma anteriormente transcrita establece un término preclusivo para que se realice la notificación personal al llamado en garantía, notificación que en caso de no llevarse a cabo en el término al que hace referencia el artículo 66 del Código General del Proceso conlleva, como esta norma en forma expresa lo consagra, la ineficacia del llamamiento en garantía.

Para el caso que nos ocupa, se tiene que mediante providencia calendada el 1 de diciembre de 2023 el JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA - CAQUETÁ resolvió admitir el llamamiento en garantía, entre otros, respecto de LA PREVISORA S.A. efectuado por la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia y por la sociedad Sinergia Global en Salud S.A.S.

En el auto al que se está haciendo referencia se ordenó se efectuara la notificación personal a las llamadas en garantía, trámite éste que se debe realizar en el término de 6 meses, de acuerdo con lo regulado por el artículo 66 del Código General del Proceso.

Ahora bien, como ya se anotó el Doctor NELSON CALDERÓN MOLINA, en su calidad de apoderado de la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA **mediante correo electrónico del pasado 31 de julio de 2024 efectuó la notificación a LA PREVISORA S.A.** así:

² “ARTÍCULO 306. ASPECTOS NO REGULADOS. En los aspectos no contemplados en este Código se seguirá el Código de Procedimiento Civil en lo que sea compatible con la naturaleza de los procesos y actuaciones que correspondan a la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.” - entiéndase que Código de Procedimiento Civil corresponde hoy al Código General del Proceso.

De: NELSON CALDERON MOLINA <notificacionescec@domina.com.co>

Enviado: miércoles, 31 de julio de 2024 11:30

Para: NOTIFICACIONES JUDICIALES <notificacionesjudiciales@previsora.gov.co>

Asunto: NOTIFICACION JUDICIAL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

IMPORTANTE: Por favor no responder este mensaje, este servicio es únicamente para notificación electrónica.

Señor(a)

PREVISORA SA COMPAÑIA DE SEGUROS

Reciba un cordial saludo:

Usted ha recibido un correo electrónico seguro y certificado de parte de **NELSON CALDERON MOLINA**, quien ha depositado su confianza en el servicio de correo electrónico certificado de Domina Digital para hacer efectiva y oportuna la entrega de la presente notificación electrónica.

Con la recepción del presente mensaje de datos se entiende que el destinatario ha sido notificado para todos los efectos según las normas aplicables vigentes, especialmente los artículos 12 y 20 la Ley 527 de 1999 y sus normas reglamentarias.

Nota: Para leer el **contenido del mensaje** recibido, usted debe **hacer click** en el enlace que se muestra a continuación:



[Ver contenido del correo electrónico](#)
[Enviado por NELSON CALDERON MOLINA](#)

En consideración a lo anterior, es claro que la notificación a LA PREVISORA S.A. no se realizó en el plazo legal pues la misma tan solo se dio el día **31 de julio de 2024**, esto es, cuando ya había transcurrido el término de los 6 meses legalmente dispuestos para el efecto.

Sobre el particular y sin mayor discusión la doctrina ha sostenido sobre el vencimiento del término para notificar el llamamiento en garantía que:

“Pone de presente lo anterior que, salvo la excepción advertida, cuando se profiere el auto que admitió el llamamiento en garantía, sin que importe para nada qué parte hizo uso del derecho, se

notificará de manera personal, directa o indirecta, al llamado, labor que debe cumplirse **“dentro de los seis meses siguientes” a la notificación por estado al llamante y a quienes ya están interviniendo dentro del proceso, so pena de que si vence dicho término se torne ineficaz el llamamiento**, es decir, deja de generar todo efecto ...”³ (Negrillas fuera de texto).

Sobre la notificación del auto del llamamiento en garantía y el efecto del transcurso del término legalmente previsto sin que ocurra la notificación, nuestra jurisprudencia ha indicado:

“12. Así, la sala advierte que en este evento, la notificación de la llamada en garantía no se efectuó como lo dispone la norma por: i) la demora del juzgado en la notificación personal de la llamada y ii) la desatención del IDU respecto del pago de los gastos del proceso, lo cual llevó a que venciera el término dispuesto en el Código General del Proceso. (6. En este sentido ver: Auto del 30 de agosto de 2016, Radicación número: 08001-23-33-000-2013-00217-01 (57151), Sala unitaria de la Subsección C de la Sección Tercera, CP: Jaime Orlando Santofimio Gamboa).

13. Ahora bien, el artículo 78 del Código General del Proceso dispuso lo correspondiente a los deberes de las partes en el trámite del proceso, a saber:

ARTICULO 78. DEBERES DE LAS PARTES Y SUS APODERADOS. Son deberes de las partes y sus apoderados:

(...)

6. Realizar las gestiones y diligencias necesarias para lograr oportunamente la integración del contradictorio.

(...) 8. Prestar al juez su colaboración de práctica de pruebas y diligencias.14. En efecto, el fin de la norma en cita, se encamina a que las partes en ejercicio de sus facultades como sujetos de la litis, contribuyan al desarrollo ágil y con celeridad del proceso, pues no

³ LÓPEZ BLANCO, Hernán Fabio, Código General del Proceso. Parte General. Ed. Dupre Editores. Bogotá D.C., 2017. Página 383.

es únicamente el Juez como director del mismo quien debe impulsarlo, ya que el interés inicial recae sobre las partes.

15. Al respecto, el Consejo de Estado (7 En este sentido ver: Consejo de Estado. Sala de los Contenciosos Administrativo. Sección Tercera, Subsección A. Auto del 26 de febrero de 2015. Exp. 08001-23-31-006-2009-00124-01 (50903). M.P. Germán Andrade Rincón). ha indicado que las partes tienen los deberes de supervisión, vigilancia, control e impulso del proceso y su incumplimiento acarrea resultados adversos a los intereses de quien no atiende esos deberes.

16. Lo anterior toma especial relevancia en el caso ante la actitud pasiva del IDU como llamante de la Compañía Mundial de Seguros S.A. quien debió cumplir las cargas, de pagar en el plazo judicial los gastos de notificación e incluso advertir sobre el vencimiento del término para la notificación desde el 07 de marzo de 2018, máxime cuando el auto que aceptó el llamamiento le fue notificado por estado tal como se indicó en el párrafo 11.

17. En consecuencia, la sala considera que le asiste razón al apelante, debido a que la notificación del auto que ordenó llamarla en garantía no fue hecha dentro de los seis meses siguientes a su admisión, como lo dispone el artículo 66 del Código General del Proceso para la eficacia del llamamiento, sin que esa omisión se hubiese producido por su propia culpa.

(...)

En mérito de lo expuesto. el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Tercera, Subsección A,

RESUELVE:

PRIMERO: REVOCAR el auto del 6 de marzo de 2018 del Juzgado Treinta y Uno Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá D.C., que ordenó la notificación personal de la Compañía Mundial de Seguros S.A. como llamada en garantía.

En su lugar, **DECLARAR** la ineficacia de ese llamamiento en garantía.”⁴ (Subrayas fuera de texto).

Nuestra Corte Constitucional también se ha pronunciado respecto a la ineficacia del llamamiento en garantía en consideración a no efectuarse la notificación dentro de los 6 meses previstos en el artículo 66 del Código General del Proceso, indistintamente de quien tenga la carga de realizar la notificación, así:

“La figura procesal del llamamiento en garantía: definición, elementos y reglas que la rigen.

(...)

55. El artículo 66 del Código General del Proceso prevé que “si el juez halla procedente el llamamiento, ordenará notificar personalmente al convocado y correrle traslado del escrito por el término de la demanda inicial. Si la notificación no se logra dentro de los seis (6) meses siguientes, el llamamiento será ineficaz (...)”⁵.

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

⁴ Tribunal Contencioso Administrativo de Cundinamarca, Sección Tercera, Subsección A. Providencia del 13 de Junio de 2019. Dte: Jaime Barreto Cuesta. Ddo: Bogotá DC – Secretaria de Movilidad – Instituto de Desarrollo Urbano. Rad. 110013336031-2018-00189-02. Mag. Ponente: Dra. Bertha Lucy Ceballos Posada.

⁵ Código General del Proceso (artículo 66).

inoportuna.⁶ (Subrayas fuera de texto). (Subrayas y negrillas fuera de texto).

En consideración a todo lo expuesto anteriormente, con sustento en lo consagrado en el artículo 66 del Código General de Proceso, respetuosamente solicito se declare la ineficacia del llamamiento en garantía efectuado por parte de la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA y en consecuencia se disponga la desvinculación de LA PREVISORA S.A. del proceso de la referencia, en aras de dar cumplimiento a la consecuencia procesal contenida en la citada norma, evitando así el desconocimiento de un término preclusivo que conllevaría el desconocimiento directo de derechos constitucionales de la aseguradora.

3.2. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO.

De conformidad con lo establecido 1081 del Código de Comercio, las acciones derivadas del Contrato de Seguro prescriben a los dos años de la fecha en que se tuvo conocimiento de los hechos que dan lugar al siniestro.

Señala la citada norma:

“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.

⁶ Corte Constitucional. Sentencia T-309/22 del 5 de septiembre de 2022. Referencia: Expediente T-8.680.668. Magistrado Ponente Dr. José Fernando Reyes Cuartas.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”

Ahora bien, a su turno el artículo 1131 del mismo Código dispone:

“En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.” (Subrayado fuera de texto).

En el presente asunto ha operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro ordinaria, tal y como pasa a demostrarse.

La prescripción en este asunto debe verse desde el punto de vista del asegurado, esto es, de la ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA, respecto de quien el término se contará desde la fecha en que la víctima le formula reclamación judicial o extrajudicial (art. 1131 C.Co.).

Como se ha dicho, dentro del presente asunto el asegurado es la ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA y frente a la misma, la reclamación extrajudicial se realizó mediante la solicitud de conciliación prejudicial, radicada el 3 de febrero de 2022, fecha ésta desde la cual inició a correr el término de prescripción, por lo que la ordinaria, de dos (2) años, venció el 3 de febrero de 2024, sin que para esta fecha se hubiera notificado a la Compañía Aseguradora sobre el siniestro tendiente a afectar la póliza.

La Previsora S.A. Compañía de Seguros, sólo vino a tener conocimiento de los hechos con la notificación del llamamiento en garantía, esto es, el día 31 de julio de 2024, fecha para la cual ya habían transcurrido mucho más de dos (2) años, configurándose así la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

Sobre este tema la doctrina se ha pronunciado y es preciso traer a colación la misma para dar claridad a este tema:

“Se observa de la disposición transcrita que emergen dos diferentes posibilidades de acción en contra de la aseguradora, una por la víctima o sus causahabientes debido a que en ejercicio de la acción directa que confiere el art. 1133 del C. de Co., la víctima puede demandar; también cuenta con la opción de demandar el

asegurado, de manera que deben ser analizadas las hipótesis que estas circunstancias determinan, cuya adecuada comprensión permite superar en parte las polémicas que el art. 1131 sigue generando.

Si se tiene en cuenta que la víctima (...) es el beneficiario indeterminado pero determinable, que por expresa indicación del artículo 1133 del C. de Co. es interesado en el contrato de seguro pues se le otorgó acción directa, bien claro está que desde cuando se presenta el hecho externo que origina el eventual perjuicio y se conoció o debió conocer el mismo, empieza a contarse el término de prescripción ordinario de dos años, así como el extraordinario de cinco años desde cuando ocurrió el hecho, pues respecto de la víctima lo que la habilita para ejercitar la acción es que "acaezca el hecho externo imputable al asegurado.

(...)

En todas estas hipótesis el damnificado podrá demandar si no han transcurrido los plazos advertidos, según corra la prescripción ordinaria o la extraordinaria, porque estimo innegable que si la víctima el mismo día de la ocurrencia del hecho lo conoce y además sabe la existencia de la póliza, al estar cobijada por la prescripción ordinaria por reunirse los elementos que permiten atender el cómputo bienal cuenta con ese plazo para ejercer la acción directa. Ahora bien, si no conoció y no debió conocer la existencia de la póliza, el término correrá desde cuando tenga razón de ella, sometido eso si al plazo máximo de cinco años propio de la prescripción extraordinaria y que corre respecto de la víctima desde cuando ocurrió el hecho externo imputable al asegurado, lo que evidencia que si esto acaece después del quinquenio ha prescrito la acción directa de la víctima en contra de la aseguradora.

Prescrita la acción directa de la víctima, ordinaria o extraordinaria, la circunstancia parece sugerir que pueda quedar la aseguradora exonerada de responder al alegar con éxito la excepción de prescripción de la acción, lo que sería cierto de ejercer el damnificado la acción directa en contra de aquella.

Empero, la víctima, si lo quiere, puede demandar exclusivamente al causante del daño que en la póliza de responsabilidad civil es el

asegurado, acción que puede ejercitar en un plazo más amplio debido a que en la ley 791 de 2002 el término de prescripción para este tipo de acciones es de 10 años, que es el plazo previsto para todas las acciones derivadas de la responsabilidad civil, salvo cuando exista uno más corto expresamente señalado y que en este caso no se previó.

En esta hipótesis **es el asegurado quien está habilitado para ejercer la acción pertinente respecto de la aseguradora y en ella los plazos de prescripción para el mismo se computarán desde cuando la víctima lo requiere judicial o extrajudicialmente para que pague unos perjuicios, o sea que para el asegurado no empieza a correr el plazo de los dos años en** el mismo momento en que se inicia para la víctima, que es desde cuando sucede el hecho externo imputable al asegurado, **sino a partir de la presentación de una reclamación judicial o extrajudicial por parte de esta, (...).**

Un ejemplo ilustra lo anterior. Respecto de una póliza de responsabilidad civil extracontractual, el asegurado recibe comunicación de un supuesto damnificado en la que se le solicita el pago de los perjuicios que dice le ocasionó uno de los empleados del asegurado, la que se recibe el 3 de marzo del año 2010, por hechos ocurridos el 15 de enero de ese año. Como ese requerimiento extrajudicial, para los fines del art. 1131 del C. de Co., entiende ocurrido el siniestro para el asegurado, cuenta con dos años contados a partir del 3 de marzo, es decir hasta el 2 de marzo de 2012, para reclamarle a la aseguradora la indemnización, pues corre la prescripción ordinaria. Está próximo el vencimiento de esos dos años y la supuesta víctima no adelantó ninguna otra actividad, todo se limitó a esa solicitud, de ahí que no existan bases para concretar una reclamación a la aseguradora y menos para que esta indemnice.

No obstante, la víctima dispone de diez años a partir del 15 de enero de 2010 para demandar al causante del siniestro y, vamos a suponer, lo hace a los seis años, es decir en el año 2017. Si la aseguradora es llamada en garantía o demandada por el asegurado, posiblemente la aseguradora va a proponer la prescripción como medio de defensa pues desde cuando se presentó la reclamación extrajudicial que es la base para accionar según el art. 1131, ya han

transcurrido más de cinco años, plazo máximo, asumiendo la hipótesis más favorable, de la prescripción extraordinaria.”⁷

La anterior posición ha sido aceptada por la jurisprudencia del Consejo de Estado, que al respecto ha precisado:

“Está probado que la aseguradora La Previsora S.A. celebró un contrato de seguros en el que el tomador y el asegurado era el IDU, contrato que se perfeccionó con la expedición de la póliza número 1004147, cuya vigencia se extendió desde el 1° de diciembre de 2006 hasta el 1° de julio de 2008 y, con posterioridad, fue prorrogada hasta el 1° de febrero de 2009. **La aseguradora alegó la prescripción de la acción derivada del contrato de seguros, porque fue notificada del llamamiento en garantía el 5 de julio de 2013, cuando, en su criterio, ya había vencido el término de 2 años establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio para la prescripción de dicha acción, pues el siniestro ocurrió el 4 de enero de 2009 y el IDU tuvo conocimiento de las pretensiones de la demanda, al menos, desde la audiencia de conciliación que tuvo lugar el 3 de febrero de 2011.** De acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, para el cómputo del término de prescripción precitado se debe tener en cuenta lo previsto en el artículo 1131 del Código de Comercio, puesto que “la demanda judicial o extrajudicial de la indemnización de la víctima al asegurado, la toma el citado precepto como hecho mínimo para la exigibilidad de la responsabilidad que pueda reclamar el asegurado frente al asegurador”, porque solo desde ese instante puede reclamarse la responsabilidad al asegurador por parte del asegurado. En este evento, el IDU requirió a La Previsora en virtud de la póliza número 1004147, luego, el término de prescripción en relación con esa aseguradora comenzó a correr con la demanda judicial o extrajudicial del damnificado o sus causahabientes, “desde el momento en que una u otra sea formulada”. **De manera que, el cómputo de la prescripción, en este caso, inició su conteo a partir del 30 de noviembre de 2010, momento en el que es incuestionable que el IDU ya tenía conocimiento de las pretensiones de los demandantes por vía extrajudicial, pues ese día la víctima presentó solicitud de conciliación**

⁷ LÓPEZ BLANCO, Hernán Fabio. Comentarios al Contrato de Seguro. Sexta Edición. Dupré Editores. Bogotá – Colombia. 2014. Pág. 517 a 526.

extrajudicial y uno de sus requisitos, de conformidad con el artículo 6 del Decreto 1716 de 2009, era remitir previamente una copia de la petición a la entidad convocada, aspecto sobre el cual no se tiene prueba en el expediente, pero que no impide evaluar el conocimiento de la entidad frente a la responsabilidad endilgada y la eventual cobertura de la póliza de seguro. **Bajo esa lógica, cuando La Previsora fue notificada del llamamiento en garantía el 5 de julio de 2013, la acción derivada de la póliza había prescrito, pues ya había vencido el término de 2 años establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.** Así las cosas, se configuró la excepción de prescripción en lo que respecta a las pretensiones relacionadas con la póliza número 1004147 que amparaba los perjuicios patrimoniales que sufriera el IDU y, en esa medida, le asiste razón a La Previsora en su recurso de apelación. En línea con lo anterior, la Sala revocará el ordinal tercero de la parte resolutive de la providencia apelada, que ordenó a La Previsora S.A. reembolsar al IDU lo pagado a los demandantes con ocasión del presente proceso.”⁸ (Negrillas fuera de texto).

Así las cosas, se tiene entonces que ha operado la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro para el asegurado (ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA), conforme a lo establecido en los artículos 1080 y 1131 del Código de Comercio, por lo que solicito muy respetuosamente, se sirva declarar probada la excepción propuesta y exonerar de toda responsabilidad a la Compañía aseguradora.

3.3. INEXISTENCIA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR CUANTO EL SINIESTRO NO FUE RECLAMADO EN VIGENCIA DE LA MISMA.

La cobertura de la póliza está dada en función a que los hechos ocurran y sean reclamados en vigencia de la póliza, situación que no se da en el asunto que nos ocupa.

En efecto, en la póliza se indicó como objeto de la póliza:

“Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general,

⁸ Consejo de Estado Sección Tercera. Sentencia del 16 de diciembre de 2020. Expediente No. 250002326000-2011-00245-01. Consejero Ponente: Dr. Martha Nubia Velásquez Rico

incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza." (Subrayas fuera de texto).

A su turno, las condiciones generales de la póliza indican:

"1 CLÁUSULA PRIMERA: AMPAROS

ESTA PÓLIZA OTORGA COBERTURA POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES Y/U OTRO TIPO DE ESTABLECIMIENTOS O INSTITUCIONES MEDICAS. BAJO CONDICIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

a) PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, RECONOCERÁ AL ASEGURADO HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EL LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE ESTE INCURRA, CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES DEL ASEGURADO, REALIZADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, **SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA** O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO." (Resaltado fuera de texto).

La condición anteriormente mencionada no se da en el asunto que nos ocupa, por cuanto la reclamación en virtud del lamentable fallecimiento del señor RAMÓN VALBUENA CALDERÓN se realizó a la E.S.E. demandada- entidad asegurada en la póliza- tan sólo el día **3 de febrero de 2022** mediante la solicitud de conciliación extrajudicial en la

Procuraduría General de la Nación, fecha ésta última que se encuentra por fuera de la vigencia de la póliza que se estableció del **01/02/2019** al **01/01/2020**.

Así las cosas, no está llamada a operar la póliza al no cumplirse la condición referida a que la reclamación se diera en vigencia de la póliza.

Obsérvese así mismo que dicha situación, esto es, la de reclamos por fuera de la vigencia de la póliza, es un hecho expresamente excluido de la póliza, tal como se indica en las condiciones generales de la póliza, exclusión 39 que indica:

"2 CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

PREVISORA NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA RECLAMACIONES Y/O INDEMNIZACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

(...)

39. RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O CONDICIONES PARTICULARES, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA." (Negrillas fuera de texto).

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente mencionado, la póliza expedida por LA PREVISORA S.A. no está llamada a operar, en tanto y en cuanto no se da el supuesto al que se ha hecho referencia para que opere su cobertura, razón por la cual solicito muy respetuosamente se sirva declarar probada la excepción propuesta y exonerar de toda responsabilidad a la Compañía aseguradora.

3.4. IMPROCEDENCIA DE LA AFECTACIÓN DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1004862 POR CUANTO EL TOMADOR DE LA MISMA NO INCURRIÓ, CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO, EN RESPONSABILIDAD CIVIL.

En adición a la anterior excepción que hace evidente la improcedencia de la afectación de la póliza, debe precisarse que la sociedad que realiza el llamamiento en garantía, como está indicado en el proceso, prestó un servicio y una debida atención médica al señor RAMÓN VALBUENA CALDERÓN el día 28 de abril de 2019.

La consecuencia de lo anterior, esto es, el correcto actuar de la entidad médica tomadora de la póliza en lo referente a la prestación de los servicios médicos brindados al paciente y la inexistencia de daño alguno que se le pueda endilgar como de responsabilidad de la E.S.E. HOSPITAL MARÍA INMACULADA hace que sea improcedente de la afectación de la póliza de Responsabilidad Civil No. 1004862 expedida por la Previsora S.A. Compañía de Seguros, por cuanto dicha póliza ampara exclusivamente la responsabilidad civil profesional en que incurra el tomador, situación que no ocurrió en relación con los servicios prestados.

La cobertura otorgada por la póliza de Responsabilidad Civil está definida y precisada en la carátula de la póliza, donde se indica:

“OBJETO DEL SEGURO. Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada **exclusivamente como consecuencia de cualquier “acto médico” derivado de la prestación de servicios profesionales** de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.” (Negrillas fuera de texto).

A su turno, las condiciones generales de la póliza establecen:

“1 CLÁUSULA PRIMERA: AMPAROS

ESTA PÓLIZA OTORGA COBERTURA POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES Y/U OTRO TIPO DE ESTABLECIMIENTOS O INSTITUCIONES MEDICAS. BAJO LAS CONDICIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN:

1.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

a) PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, RECONOCERÁ AL ASEGURADO HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE ESTE INCURRA, CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES DEL ASEGURADO, REALIZADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.” (Resaltado y negrillas fuera de texto).

Se tiene en consecuencia que ante la no existencia de responsabilidad civil que le sea imputable al tomador de la póliza con relación al lamentable fallecimiento del señor RAMÓN VALBUENA CALDERÓN ocurrido el día 6 de febrero de 2020 por la atención médica que se le prestó el día 28 de abril de 2019, es totalmente improcedente la afectación de la póliza, pues, se reitera, la póliza cubre la:

“... RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA, EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER “ACTO MÉDICO” DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS ...”

De acuerdo con todo lo antes precisado, solicito respetuosamente al señor Juez declarar probada la excepción propuesta y no proferir condena alguna contra La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

3.5. INDEPENDENCIA DE LA RELACIÓN ENTRE LA ASEGURADORA Y EL ASEGURADO FRENTE A LA RELACIÓN ENTRE LOS DEMANDANTES Y LOS DEMANDADOS.

La Previsora S.A. Compañía de Seguros en su calidad de asegurador del contrato de seguro instrumentado en la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004862 se encuentra contractualmente obligada en los términos

consagrados en el mencionado contrato de seguro, contrato que es ley para las partes según lo consagra el artículo 1602 del Código Civil.

Es claro que la eventual responsabilidad de la aseguradora no se deriva de los hechos ocurridos descritos en la demanda ni de la eventual participación o responsabilidad del tomador y/o asegurado en los mismos, sino que su fuente de responsabilidad se encuentra, como ya se mencionó, única y exclusivamente en el contrato de seguro que se instrumentó en la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004862.

Teniendo en cuenta lo anterior es claro que nos encontramos frente a dos relaciones jurídicas claramente diferenciadas, una la que tienen los demandantes con los demandados, entre ellos la E.S.E. HOSPITAL MARÍA INMACULADA, en virtud de los hechos sucedidos y narrados en la demanda y otra la que tiene la E.S.E. HOSPITAL MARÍA INMACULADA con La Previsora S.A. Compañía de Seguros que se enmarca en el pluricitado contrato de seguro, relación esta última que debe examinarse exclusivamente con sujeción a la póliza expedida y a las condiciones generales de la misma.

Así las cosas, es necesario precisar que no opera la póliza expedida en forma automática ante el evento de una hipotética condena a la E.S.E. HOSPITAL MARÍA INMACULADA en el presente asunto, por cuanto la responsabilidad de la aseguradora se debe revisar con sujeción a todos los términos y condiciones contenidos en la póliza de Responsabilidad Civil No. 1004862 y en sus condiciones generales, entre otras, las referidas a coberturas, exclusiones, vigencia, deducibles, valores asegurados, etc., que corresponde a las que regulan el contrato de seguro.

En tal sentido solicito respetuosamente al señor Juez declarar probada la excepción propuesta.

3.6. COBRO DE LO NO DEBIDO.

La Previsora S.A. Compañía de Seguros no debe valor alguno con cargo a la póliza expedida, como consecuencia de las excepciones planteadas en antecedencia, entre ellas la de inexistencia de los elementos configurativos de la responsabilidad civil extracontractual en cabeza de la entidad tomadora de la póliza.

Por lo expuesto, solicito muy respetuosamente, se declare probada la excepción propuesta y se proceda conforme a derecho.

3.7. **GENÉRICA.**

De la manera más respetuosa posible, y de conformidad con el artículo 187 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en concordancia con lo establecido en el artículo 281 del Código General del Proceso, solicito se declaren probadas las demás excepciones que en el curso del proceso se llegaren a demostrar.

4. **DE LAS EXCEPCIONES SUBSIDIARIAS**

En el hipotético evento que no se encuentren procedentes las excepciones principales propuestas, ruego tener en cuenta en forma subsidiarias las siguientes:

4.1. **LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO Y SU DISMINUCIÓN Y/O AGOTAMIENTO.**

Igualmente, y en el hipotético caso que se llegare a ordenar la afectación de la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004862, es necesario tener en cuenta lo normado en el artículo 1079 del Código de Comercio, el cual dispone:

“Art. 1079.- El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada...”

Determina la norma anteriormente transcrita, que el asegurador nunca puede ser obligado a cancelar valor alguno superior a la suma asegurada establecida en la respectiva póliza.

En el presente asunto, el amparo de Cobertura RC Clínicas y Hospitales contenido en la póliza cuenta con un límite de \$1.000.000.000, que es el primer monto que delimita la responsabilidad de la aseguradora.

No obstante lo anterior, el valor de la cobertura total se encuentra **sublimitada en lo referente a Daños extrapatrimoniales**, según se pactó en la carátula de la póliza donde se estableció:

“SUBLÍMITES

(...)

3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado al \$50.000.000 por evento / \$200.000.000 vigencia y en el agregado anual. Incluye perjuicio moral, perjuicios fisiológicos y daños a la vida, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.” (Negrillas fuera de texto).

Significa lo anterior, que en relación con los **perjuicios extrapatrimoniales** solicitados por parte de los demandantes, se tiene un límite máximo de responsabilidad de LA PREVISORA S.A. en cuantía de \$50.000.000, que en tal sentido se constituye en el límite máximo de responsabilidad de la compañía aseguradora en lo que respecta a los perjuicios extrapatrimoniales.

Es necesario anotar adicionalmente, que el valor asegurado en la póliza y el sublímite de la misma se pueden disminuir y/o agotar en consideración a la afectación de la póliza en otros eventos que pudieren llegar a tener cobertura por parte de la misma.

4.2. DEDUCIBLE.

En la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004862 se pactó un deducible, el cual según las definiciones de las condiciones generales de la póliza corresponde a:

“6 CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto por deducible indicado en la carátula de la póliza y/o en las Condiciones Particulares por cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza”

Significa lo anterior, que del monto total de una eventual indemnización con cargo a la póliza, atendiendo el sublímite pactado, se descuenta un valor a cargo del asegurado, monto este que se fijó de la siguiente forma en la póliza:

“DEDUCIBLES:

(...)

Demás amparos: 10.00% del valor de la pérdida, Mínimo 25.00 SMMLV”

De lo anterior se tiene, en el hipotético evento de que se ordene la afectación de la póliza, que del total de la pérdida se debe descontar del pago que pueda realizar el asegurador el 10% del valor de la pérdida, mínimo 25 SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES, siendo éste el deducible que siempre queda a cargo del asegurado.

Sobre el deducible, la Superintendencia Financiera de Colombia ha expresado:

“En efecto, la Sección I del Capítulo II, Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio, en su artículo 1103, consagra dentro de los principios comunes a los seguros de daños la posibilidad de pactar, mediante cláusulas especiales, que el asegurado “...deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño”. Una de tales modalidades, **la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado.** El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.”⁹ (Negritas fuera de texto).

Conforme a lo expuesto y en el remoto evento de una sentencia desfavorable, me permito solicitar se sirva tener en cuenta el deducible pactado y descontar de la condena el monto por concepto de deducible.

⁹ Concepto 2008030254-001 del 14 de julio de 2008.

III. DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.

1. En cuanto a los hechos que fundamentan el llamamiento en garantía.

Los mismos se contestan uno a uno como sigue:

En relación con el hecho 1: Es cierto y al texto íntegro de las pólizas en los certificados 3 y 7 nos remitimos.

En relación con el hecho 2: No me es dable pronunciarme sobre el mismo en consideración a que éste hace referencia a una aseguradora diferente a LA PREVISORA S.A.

En relación con el hecho 3: No me es dable pronunciarme sobre el mismo en consideración a que éste hace referencia a una aseguradora diferente a LA PREVISORA S.A.

En relación con el hecho 4: No me consta en su totalidad, por cuanto se está haciendo referencia en general a varias aseguradoras diferentes a LA PREVISORA S.A. En lo que se refiere a LA PREVISORA S.A. se debe estar al texto completo e íntegro de la póliza y sus condiciones generales.

En relación con el hecho 5: Es cierto, pero se precisa que, al hacerse referencia a la demanda, al texto de la demanda nos remitimos.

En relación con el hecho 6: No corresponde como tal a un hecho sino a manifestaciones con contenido jurídico, que adicionalmente se realizan en referencia a varias aseguradoras diferentes a LA PREVISORA S.A. En lo que se refiere a LA PREVISORA S.A. se debe estar al texto completo e íntegro de la póliza y sus condiciones generales.

En relación con el hecho 7: No me consta por ser un hecho ajeno a La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros.

En relación con el hecho 8: No corresponde como tal a un hecho sino a manifestaciones con contenido jurídico, que adicionalmente se realizan en referencia a varias aseguradoras diferentes a LA PREVISORA S.A. En lo

que se refiere a LA PREVISORA S.A. se debe estar al texto completo e integro de la póliza y sus condiciones generales.

2. En relación con las pretensiones del llamamiento en garantía.

Primera: Con relación a la petición correspondiente a "*Con fundamento en lo anteriormente expuesto, solicito a su despacho se sirva dar por presentado conforme a la ley el llamamiento en garantía formulado mediante este escrito y, en consecuencia, admitirlo de tal forma que se responsabilice en dicha calidad a las siguientes personas jurídicas, con relación a los objetos y pólizas que se describen a continuación:*" en lo referente con LA PREVISORA S.A. la misma **NO SE OPONE**, por cuanto la vinculación al proceso como llamada en garantía con sujeción a la póliza No. 1007640 ya fue ordenada por el señor Juez.

Segunda: Con relación a la petición correspondiente a "*De conformidad con lo anterior, solicito al Despacho que respecto de las anteriores llamadas se ordene a las mismas responder por todas y cada una de las obligaciones que se erijan como resultado de este proceso y que sean endilgadas a Sinergia Global en Salud SAS, asumiendo cualquier condena que pueda declararse en contra de mi representada de ser el caso.*" en lo referente con LA PREVISORA S.A. la misma **SE OPONE**, por cuanto de la pretensión formulada se infiere que la sociedad que efectuó el llamamiento en garantía solicita una afectación automática de la póliza en caso de ser condenada, lo cual es improcedente, por cuanto una vez se verifique la eventual responsabilidad de la entidad tomadora de la póliza se debe efectuar un análisis de cobertura de la póliza respecto de los hechos ocurridos y allí determinar si es o no procedente la afectación de la misma, con sujeción a las definiciones y a los términos y condiciones contenidos tanto en la carátula de la póliza como en sus condiciones generales.

3. En cuanto a las excepciones frente al llamamiento en garantía.

Respetuosamente formulo las siguientes excepciones:

3.1. DE LA INEFICACIA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

Respecto del llamamiento en garantía efectuado a LA PREVISORA S.A. por parte de SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. encontramos que se

configuró la ineficacia del mismo, al no cumplirse con el término establecido en el artículo 66 del Código General del Proceso, norma aplicable en materia contenciosa administrativa por expresa remisión del artículo 306 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

En efecto, consagra el mencionado artículo 66 del Código General del Proceso que:

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

La norma anteriormente transcrita establece un término preclusivo para que se realice la notificación personal al llamado en garantía, notificación que en caso de no llevarse a cabo en el término al que hace referencia el artículo 66 del Código General del Proceso conlleva, como esta norma en forma expresa lo consagra, la ineficacia del llamamiento en garantía.

Para el caso que nos ocupa, LA PREVISORA S.A. no recibió por parte de la sociedad SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. notificación alguna relacionada con el auto del 1 de diciembre de 2023 que admitió el llamamiento en garantía.

No obstante lo anterior, esto es, la no realización de la actividad procesal de notificación por parte de la sociedad SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. quien llamó en garantía a LA PREVISORA S.A., si tomamos la fecha en que la aseguradora fue notificada por parte de la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA del auto que admitió el llamamiento en garantía, encontramos que para dicho momento **31 de julio de 2024, ya había transcurrido un término superior a los 6 meses** que de acuerdo al ya citado artículo 66 del Código General del Proceso, es el término dentro del cual se debe efectuar la notificación al llamado en garantía, configurándose de esta forma el fenómeno de la ineficacia del llamamiento de acuerdo a la norma procesal en comento.

Sobre el efecto de ineficacia del llamamiento en consideración a no haberse efectuado la notificación dentro del término procesal correspondiente, nos remitimos en forma íntegra a la doctrina y jurisprudencia aplicable que ya ha sido citada en este escrito con relación al llamamiento en garantía que se efectuó por parte de la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA.

En consideración a todo lo antes expuesto, con sustento en lo consagrado en el artículo 66 del Código General de Proceso, respetuosamente solicito se declare la ineficacia del llamamiento en garantía efectuado por parte de la sociedad SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. y en consecuencia se disponga la desvinculación de LA PREVISORA S.A. del proceso de la referencia, en aras de dar cumplimiento a la consecuencia procesal contenida en la citada norma, evitando así el desconocimiento de un término preclusivo que conllevaría el desconocimiento directo de derechos constitucionales de la aseguradora.

3.2. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO.

Con relación al llamamiento en garantía efectuado por parte de la sociedad SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. encontramos igualmente que se configura la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en los términos establecidos por el artículo 1081 del Código de Comercio, en concordancia con el artículo 1131 del mismo Código que dispone:

“En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.” (Subrayado fuera de texto).

La prescripción en este asunto, debe verse desde el punto de vista del asegurado, esto es, de la sociedad SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S., respecto de quien el término se cuenta desde la fecha en que la víctima le formula reclamación judicial o extrajudicial (art. 1131 C.Co.), fecha esta que corresponde a la reclamación extrajudicial que se le realizó mediante la solicitud de conciliación prejudicial, radicada el 3 de febrero de 2022, fecha ésta desde que inicia a correr el término de prescripción,

por lo que la ordinaria, de dos (2) años, venció el 3 de febrero de 2024, sin que para esta fecha se hubiera notificado a la Compañía Aseguradora sobre el siniestro tendiente a afectar la póliza.

La Previsora S.A. Compañía de Seguros, sólo vino a tener conocimiento de los hechos con la notificación del llamamiento en garantía que fue efectuada, no por la sociedad SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S., sino, como ya se dijo, por la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA el día 31 de julio de 2024, fecha para la cual ya habían transcurrido mucho más de dos (2) años, configurándose así la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

Sobre el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, nos remitimos en forma íntegra a la doctrina y jurisprudencia aplicable que ya ha sido citada en este escrito con relación al llamamiento en garantía que se efectuó por parte de la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA.

Así las cosas, se tiene entonces que ha operado la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro para el asegurado (SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.), conforme a lo establecido en los artículos 1080 y 1131 del Código de Comercio, por lo que solicito muy respetuosamente, se sirva declarar probada la excepción propuesta y exonerar de toda responsabilidad a la Compañía aseguradora.

3.3. INEXISTENCIA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR CUANTO EL SINIESTRO NO FUE RECLAMADO EN VIGENCIA DE LA MISMA.

La cobertura de la póliza está dada en función a que los hechos ocurran y sean reclamados en vigencia de la póliza, situación que no se da en el asunto que nos ocupa.

En efecto, en la póliza se indicó como objeto de la misma:

“Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada

exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, **de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.**" (Negritas fuera de texto).

La condición anteriormente mencionada no se da en el asunto que nos ocupa, como se explica a continuación respecto de los dos certificados de la póliza objeto del llamamiento realizado, así:

a. Póliza No. 1007640, certificado 3.

La sociedad que efectuó el llamamiento en garantía lo realizó con sujeción al certificado 3 de la póliza citada, certificado que tiene una vigencia comprendida entre el 01-09-2012 al 01-09-2013.

Ahora bien, como se evidencia en la demanda y en la contestación a la misma por parte de la sociedad SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S., el señor RAMÓN VALBUENA CALDERÓN fue atendido en la misma en las siguientes fechas:

22 de abril de **2014**

8 de junio de **2016**

4 de julio de **2017**

6 de noviembre de **2018** y

2 de febrero de **2019**

De lo anterior se extrae con facilidad, que al comparar las fechas de atención al Sr. Valbuena Calderón todas las mismas se dieron por fuera de la vigencia de la póliza No. 1007640 en su certificado 3, pues la misma se estableció entre el 01-09-**2012** al 01-09-**2013**.

Así las cosas, es fácil entender que la póliza No. 1007640 en su certificado 3 no está llamada a cubrir hecho alguno pues el mismo, entendido como el hecho la atención médica, no ocurrió en vigencia de la póliza, ocurrencia que es el primer elemento para que exista cobertura en consideración al objeto de la póliza que en su parte pertinente indica "... además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, **de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.**" (Negritas y subrayas fuera de texto).

En adición a lo anterior, es necesario precisar que el evento ocurrido, que como ya se precisó no acaeció en vigencia de la póliza, tampoco fue reclamado en vigencia de esta, pues la reclamación -extrajudicial en este caso- se realizó a SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. el día **3 de febrero de 2022** mediante la solicitud de conciliación extrajudicial en la Procuraduría General de la Nación.

Así las cosas, es claro que la Póliza No. 1007640 en su certificado 3 no está llamada en forma alguna a ser afectada.

b. Póliza No. 1007640, certificado 7.

La sociedad que efectuó el llamamiento en garantía lo realizó igualmente con sujeción al certificado 7 de la póliza citada, certificado que tiene una vigencia comprendida entre el 01-10-2013 al 01-10-2014, periodo este en el cual sí se dio atención al señor Valbuena Calderón (22-04-2014).

No obstante lo anterior, la reclamación, segundo elemento para que exista la cobertura de acuerdo al objeto de la póliza, no se le realizó a la sociedad SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. en la vigencia del certificado 7 de la póliza No. 1007640, en tanto y en cuanto, como ya se ha dicho, la reclamación en virtud del lamentable fallecimiento del señor RAMÓN VALBUENA CALDERÓN se realizó a la citada sociedad tan sólo el día **3 de febrero de 2022** mediante la solicitud de conciliación extrajudicial en la Procuraduría General de la Nación, fecha ésta última que se encuentra por fuera de la vigencia de la póliza en su certificado 7 que se estableció del **01/10/2013 al 01/10/2014**.

Así las cosas, no está llamada a operar la póliza al no cumplirse la condición de que la reclamación se diera en vigencia de la póliza.

Obsérvese así mismo que dicha situación, esto es, la de reclamos por fuera de la vigencia de la póliza, es un hecho expresamente excluido de la póliza, tal como se indica en las condiciones generales de la póliza, exclusión 2.39 que indica:

"EXCLUSIONES

PREVISORA NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA "RECLAMACIONES" Y/O "INDEMNIZACIONES" QUE EL ASEGURADO TENGA QUE PAGAR POR "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES

CORPORALES" QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

2. EXCLUSIONES ABSOLUTAS

(...)

2.39 ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA. (Negrillas fuera de texto).

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente mencionado, la póliza expedida por LA PREVISORA S.A., en los dos certificados vinculados por la sociedad que efectuó el llamamiento en garantía, esto es, certificados 3 y 7, no está llamada a operar, en tanto y en cuanto no se dan los supuestos a los que se ha hecho referencia para que opere su cobertura, razón por la cual solicito muy respetuosamente se sirva declarar probada la excepción propuesta y exonerar de toda responsabilidad a la Compañía aseguradora.

3.4. IMPROCEDENCIA DE LA AFECTACIÓN DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1007640 POR CUANTO EL TOMADOR DE LA MISMA NO INCURRIÓ, CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO, EN RESPONSABILIDAD CIVIL.

En adición a la anterior excepción que hace evidente la improcedencia de la afectación de la póliza, al precisarse que la sociedad que realiza el llamamiento en garantía, como está indicado en el proceso, prestó un servicio y una debida atención médica al señor RAMÓN VALBUENA CALDERÓN en varias ocasiones, siendo la relevante de cara a la póliza la ocurrida el día 22 de abril de 2014, pues esta sería la única atención ocurrida en vigencia del certificado 7, póliza y certificado que no están llamados a ser afectados por las precisas consideraciones que se dieron en el numeral anterior.

El correcto actuar de la entidad tomadora de la póliza en lo referente a la prestación de los servicios médicos brindados al paciente y la inexistencia de daño alguno que se le pueda endilgar como de responsabilidad de la sociedad SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. hace que sea improcedente la afectación de la póliza de Responsabilidad Civil No. 1007640 expedida por la Previsora S.A. Compañía de Seguros, por cuanto dicha póliza

ampara exclusivamente la responsabilidad civil profesional en que incurra el tomador, situación que no ocurrió en relación con los servicios prestados.

La cobertura otorgada por la póliza de Responsabilidad Civil está definida y precisada en la carátula de la póliza, donde se indica:

"OBJETO DEL SEGURO. Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada **exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza."** (Negrillas fuera de texto).

Se tiene en consecuencia que ante la no existencia de responsabilidad civil que le sea imputable al tomador de la póliza con relación al lamentable fallecimiento del señor RAMÓN VALBUENA CALDERÓN ocurrida el día 6 de febrero de 2020 por la atención médica que se le prestó, es totalmente improcedente la afectación de la póliza, pues, se reitera, la póliza cubre la "RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA".

De acuerdo con todo lo antes precisado, solicito respetuosamente al señor Juez declarar probada la excepción propuesta y no proferir condena alguna contra La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

3.5. INDEPENDENCIA DE LA RELACIÓN ENTRE LA ASEGURADORA Y EL ASEGURADO FRENTE A LA RELACIÓN ENTRE LOS DEMANDANTES Y LOS DEMANDADOS.

La Previsora S.A. Compañía de Seguros en su calidad de asegurador del contrato de seguro instrumentado en la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1007640 se encuentra contractualmente obligada en los términos consagrados en el mencionado contrato de seguro, contrato que es ley para las partes según lo consagra el artículo 1602 del Código Civil.

Es claro que la eventual responsabilidad de la aseguradora no se deriva de los hechos ocurridos descritos en la demanda ni de la eventual participación o responsabilidad del tomador y/o asegurado en los mismos, sino que su fuente de responsabilidad se encuentra, como ya se mencionó, única y exclusivamente en el contrato de seguro que se instrumentó en la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1007640.

Teniendo en cuenta lo anterior es claro que nos encontramos frente a dos relaciones jurídicas claramente diferenciadas, una la que tienen los demandantes con los demandados, entre ellos la sociedad SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S., en virtud de los hechos sucedidos y narrados en la demanda y otra la que tiene la sociedad SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. con La Previsora S.A. Compañía de Seguros que se enmarca en el pluricitado contrato de seguro, relación esta última que debe examinarse exclusivamente con sujeción a la póliza expedida y a las condiciones generales de la misma.

Así las cosas, es necesario precisar que no opera la póliza expedida en forma automática ante el evento de una hipotética condena a la sociedad SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. en el presente asunto, por cuanto la responsabilidad de la aseguradora se debe revisar con sujeción a todos los términos y condiciones contenidos en la póliza de Responsabilidad Civil No. 1007640 y en sus condiciones generales, entre otras, las referidas a coberturas, exclusiones, vigencia, deducibles, valores asegurados, etc., que corresponde a las que regulan el contrato de seguro.

En tal sentido solicito respetuosamente al señor Juez declarar probada la excepción propuesta.

3.6. COBRO DE LO NO DEBIDO.

La Previsora S.A. Compañía de Seguros no debe valor alguno con cargo a la póliza expedida, como consecuencia de las excepciones planteadas en antecedencia, entre ellas la de inexistencia de los elementos configurativos de la responsabilidad civil extracontractual en cabeza de la entidad tomadora de la póliza.

Por lo expuesto, solicito muy respetuosamente, se declare probada la excepción propuesta y se proceda conforme a derecho.

3.7. GENÉRICA.

De la manera más respetuosa posible, y de conformidad con el artículo 187 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en concordancia con lo establecido en el artículo 281 del Código General del Proceso, solicito se declaren probadas las demás excepciones que en el curso del proceso se llegaren a demostrar.

4. DE LAS EXCEPCIONES SUBSIDIARIAS

En el hipotético evento que no se encuentren procedentes las excepciones principales propuestas, ruego tener en cuenta en forma subsidiarias las siguientes:

4.1. LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO Y SU DISMINUCIÓN Y/O AGOTAMIENTO.

Igualmente, y en el hipotético caso que se llegare a ordenar la afectación de la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1007640, es necesario tener en cuenta lo normado en el artículo 1079 del Código de Comercio, el cual dispone:

“Art. 1079.- El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada...”

Determina la norma anteriormente transcrita, que el asegurador nunca puede ser obligado a cancelar valor alguno superior a la suma asegurada establecida en la póliza y en el respectivo certificado.

Así mismo, se debe indicar que la póliza No. 10007640, en los dos certificados soporte del llamamiento en garantía, establecen un **sublímite en lo referente a Daños extrapatrimoniales**, que se constituye en el límite máximo de responsabilidad en lo atinente a dicho perjuicio.

4.2. DEDUCIBLE.

Igualmente, es necesario indicar que la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1007640 se pactó un deducible, tal como se observa en su carátula,

según las definiciones de las condiciones generales de la póliza, deducible que es el monto que siempre asume el tomador asegurado de la póliza y que debe ser aplicado en la hipótesis de afectación de la póliza.

IV. PRUEBAS.

Solicito muy respetuosamente al señor Juez tener como tales, las siguientes documentales que aporto:

1. Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004862.
2. Condiciones Generales aplicables a la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004862.
3. Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1007640, certificados 3 y 7 que obran en el proceso.
4. Condiciones Generales aplicables a la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1007640.

V. ANEXOS

1. Los indicados en el acápite de pruebas.

VI. NOTIFICACIONES

La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, las recibe en la Calle 57 No. 9 - 07 de la ciudad de Bogotá D.C., teléfono 3485757, o en el correo electrónico: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co

La suscrita apoderada las recibirá en la Calle 104 A No. 47 A - 06 Ofc. 301 de la ciudad de Bogotá D.C. Teléfono: 8127838, celular: 3103413747 y en los correos electrónicos infoasesoresyconsultores@gmail.com y napao13@hotmail.com

Del señor Juez, con toda atención.

A handwritten signature in grey ink, appearing to read 'Paola Castellanos Santos'.

PAOLA CASTELLANOS SANTOS

C.C. No. 52.493.712 de Bogotá D.C.

T.P. No. 121.323 del C.S.J.