

**RADICACIÓN ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA - ALLIANZ
|| RAD. 63001-3333-002-2019-00109-00 || DTE: CRISTEL CELENE RODRÍGUEZ
CARDONA Y OTROS || KG.**

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Mié 06/09/2023 16:02

Para: Juzgado 02 Administrativo - Quindío - Armenia

<j02admctoarm@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Centro Servicios Judiciales Civil Familia - Quindío - Armenia <cserjudcfarm@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: info@chw.com.co <info@chw.com.co>; ajabogados.comevaenliquidacion@gmail.com

<ajabogados.comevaenliquidacion@gmail.com>; david valencia

<davidvalencia2007@hotmail.com>; Luz Adriana Rico Villarraga

<lrico@procuraduria.gov.co>; encaraabogados@gmail.com

<encaraabogados@gmail.com>; info@chw.com.co <info@chw.com.co>; notificaciones atenas

<notificacionesatenas@gmail.com>; dgrabogada@gmail.com

<dgrabogada@gmail.com>; Notificaciones Judiciales Direccion Seccional Armenia

<dsajarmnotif@cendoj.ramajudicial.gov.co>; aimerabg@hotmail.com <aimerabg@hotmail.com>

 1 archivos adjuntos (574 KB)

ALEGATOS DE CONCLUSION - ALLIANZ SEGUROS S.A..pdf;

Señores.

JUZGADO SEGUNDO (2º) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE ARMENIA (Q)

j02admctoarm@cendoj.ramajudicial.gov.co

REFERENCIA: ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA

PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA

RADICADO: 63001-3333-002-**2019-00109-00**

DEMANDANTES: CRISTEL CELENE RODRÍGUEZ CARDONA Y OTROS

DEMANDADOS: ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO Y OTROS

LLAMADO EN GTÍA.: ALLIANZ SEGUROS S.A. Y OTROS.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado de **ALLIANZ SEGUROS S.A.** mediante el presente escrito procedo a **REASUMIR** el poder a mi conferido en el proceso de la referencia, y a presentar dentro del término de ley, **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA.**

Nota: De acuerdo con lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2213 de 2022 se copia a todas las partes intervinientes en el proceso de las cuales se conoce el correo

electrónico.

Agradezco confirmar la recepción de los documentos.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D. C.

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

Señores.

JUZGADO SEGUNDO (2º) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE ARMENIA (Q)

j02admctoarm@cendoj.ramajudicial.gov.co

REFERENCIA: ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA
PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA
RADICADO: 63001-3333-002-2019-00109-00
DEMANDANTES: CRISTEL CELENE RODRÍGUEZ CARDONA Y OTROS
DEMANDADOS: ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO Y OTROS
LLAMADO EN GTÍA.: ALLIANZ SEGUROS S.A. Y OTROS.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado de **ALLIANZ SEGUROS S.A.** mediante el presente escrito procedo a **REASUMIR** el poder a mi conferido en el proceso de la referencia, y a presentar dentro del término de ley, **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA**, solicitando desde ya, se profiera sentencia favorable a los intereses de mi representada, negando las pretensiones de la demanda por no demostrarse la responsabilidad civil que el libelo inicial endilgó a la parte accionada **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** con fundamento en los argumentos que concretaré en los acápites siguientes:

CAPÍTULO I. OPORTUNIDAD

Teniendo en consideración que el día 23 de agosto de 2023 se celebró audiencia de pruebas y una vez culminada y al no existir más pruebas pendientes por practicar se declaró clausurada la etapa probatoria, se concedió el término de 10 días siguientes a la audiencia para presentar los alegatos de conclusión. Tal y como se refiere en el inciso final del artículo 181 del CPACA que reza lo siguiente:

“ARTÍCULO 181. AUDIENCIA DE PRUEBAS. <Ver Notas del Editor> En la fecha y hora señaladas para el efecto y con la dirección del Juez o Magistrado Ponente, se recaudarán todas las pruebas oportunamente solicitadas y decretadas. La audiencia se realizará sin interrupción durante los días consecutivos que sean necesarios, sin que la duración de esta pueda exceder de quince (15) días.

(...)

En esta misma audiencia el juez y al momento de finalizarla, señalará fecha y hora para la audiencia de alegaciones y juzgamiento, que deberá llevarse a cabo en un término no mayor a veinte (20) días, sin perjuicio de que por considerarla innecesaria ordene la presentación por escrito de los alegatos dentro de los diez (10) días siguientes, caso en el cual dictará sentencia en el término de veinte (20) días siguientes al vencimiento de aquel concedido para presentar alegatos. En las mismas oportunidades señaladas para alegar podrá el Ministerio Público presentar el concepto si a bien lo tiene.” (negrilla y subrayado por fuera del texto original)

Del texto anterior, se evidencia que la presentación de los alegatos por escrito tiene un término de 10 días los cuales se inician a contar desde el día siguiente a la notificación por medio del cual se surta, en este caso por estrados judiciales. Por lo tanto, se concluye que el escrito se presenta dentro del término establecido para tal efecto.

CAPÍTULO II. ANÁLISIS PROBATORIO FRENTE A LA DEMANDA

Es importante precisar que el objeto del litigio aquí ventilado no es responsabilidad del **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** toda vez que no se estructuraron los elementos *sine qua non* de la responsabilidad en cabeza del asegurado.

A. SE PROBÓ LA AUSENCIA DEL NEXO CAUSAL.

De acuerdo a los hechos objeto del presente litigio, la parte actora señala que existió una falla en el servicio porque no se le practicaron los exámenes y ecografías que requería la paciente **Cristel Celene Rodríguez** para detectar a tiempo tratar la patología que presentaba el naciurus y evitar su fallecimiento. Sin embargo, tal y como quedó demostrado en el debate probatorio, en primer lugar, los profesionales de la salud de **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** cuando atendieron a la señora Cristel Celene Rodríguez se sujetaron a la evidencia científica e inclusive en la “Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio” expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y vigente para el momento de los controles y alumbramiento. Y, en segundo lugar, el óbito fetal se presentó debido a las condiciones o patologías que presentaba el naciurus no por acciones u omisiones de los galenos. Por lo tanto, no existe una actuación antijurídica por parte de **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** que constituya una responsabilidad, máxime cuando con las pruebas recaudadas dentro del proceso se probó adicionalmente que, la asignación de citas no se encuentra en cabeza de las IPS sino por el contrario en las EPS, por lo que son éstas las encargadas de autorizar, tramitar y conseguir los tratamientos, citas, ecografías que los médicos formulen.

El dictamen pericial realizado por la medico ginecóloga obstetra Dra. Eliana Marcela Onofre se señaló lo siguiente:

CONCLUSIONES FINALES DEL PERITO:

Se trata de la paciente CRISTEL SELENE RODRIGUEZ 27 años de edad g1p0i1v0 quien ingresa a su control prenatal de manera oportuna a su ips SINERGIA GLOBAL SAS , quien solicita ayudas diagnósticas y paraclínicos en edad gestacional adecuada para cada trimestre, médico de la ips sinergia global evalúa estudios y procede según resultados de los mismos y acorde a los protocolos médicos establecidos.

Los motivos o razones de porque la ecografia de sonolucencia no fue realizada en el momento indicado por la médica de la ips sinergia global se

desconoce son situaciones netamente administrativas entre su eps y su prestador de salud.

Es muy importante tener en cuenta que dado al resultado de necropsia encontrando hidrotórax bilateral más hipoplasia pulmonar severa e hipoplasia de ventrículo izquierda restrictiva se debe recalcar que feto no pudo haber tenido una perfusión cerebral adecuada dado a que la irrigación de los órganos diana y principalmente del cerebro depende de ventrículo izquierdo. Se realizó estudio Fish negativo para los 5 cromosomas analizados. Siendo posiblemente la causa de la muerte fetal la dificultad para expandir los pulmones produciendo la hipoplasia severa.

Como ya se describió la ecografía para determinar la topografía fetal es la de detalle anatómico semana 18/ 24 quien según reporte de semana 24 se encontraba normal siendo la tomada posteriormente considerada por fuera del rango de toma de esta ecografía que fue realiza posteriormente se encuentra la patología pulmonar ya descrita con valoración de médico de ips que ordena la valoración por perinatología que es lo correcto en este caso siendo nuevamente no asignada la cita por parte de EPS Coomeva.

Por lo anterior, nótese como la supuesta falta de exámenes y/o toma de ecografías se dieron por temas netamente administrativos en los cuales **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** al ser una **IPS** no tiene injerencia alguna, pues estas autorizaciones, designación de citas están a cargo de las **EPS**, en este caso, la EPS a la cual la señora **Cristel Celene Rodríguez** se encontraba afiliada, por lo que no existen elementos de juicio para determinar que la parte aquí accionada tuvo injerencia en el fallecimiento del nasciturus.

Así las cosas, el lamentable fallecimiento del menor que estaba por nacer no obedece a actuaciones médicas, sino a circunstancias ajenas a la voluntad de las instituciones médicas, en especial de la IPS **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.**

Por otro lado, al respecto de la necesidad de la acreditación cierta de una relación de causalidad entre la conducta de los demandados, entre ellos la administración y el daño, no es suficiente con demostrar que el daño es antijurídico, en Sentencia del 3 de febrero de 2010, radicación No. 25000-23-26-000-1995-00956-01 (18100) Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera la Consejera Ponente Ruth S. Palacio así lo estableció:

“...Valga señalar que, en materia de responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial, la decisión favorable a los intereses de la parte demandante no puede ser adoptada con la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse quien dicha actuación no se observó la lex artis y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la anti juridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que se surja el derecho a la indemnización, sino que se requiere que dicho daño sea imputable a la

administración y solo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo...” (negrilla y subrayada por fuera del texto original)

Ninguna prueba hay en ese sentido, de la supuesta atención defectuosa, tardía y negligente a la **Cristel Celene Rodríguez**, ya que a lo largo de la historia clínica, documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico, registro de los hechos relevantes de la condición de salud y de las actuaciones de los médicos, se acreditó que los galenos realizaron todas as actuaciones médicas que les corresponde, ordenando la toma de exámenes y ecografías necesarias para conocer el estado y/o condición de su embarazo. Ahora, que por causas ajenas a estos la EPS no le haya autorizado o tramitado la toma de ecografías a su usuaria no constituye bajo ningún escenario una falla en el servicio de la IPS **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** Ahora, que el menor que estaba por nacer de acuerdo a sus condiciones de salud posteriormente haya presentado un óbito fetal el cual es súbito, no quiere decir que tal circunstancia se le atribuya a la entidad **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.**

El nexo causal como elemento de la trifecta axiológica en asuntos donde se controvierte una supuesta responsabilidad extracontractual, en este caso médica, siempre tiene que probarse con base en medios suasorios cuya consecución e introducción al proceso resultan en una carga alternativa de la parte actora -que si deja de lado le genera consecuencias adversas- y ni siquiera en aquellos casos en los que se permite evaluar la falla (o culpa) desde un punto de vista de presunciones y objetivamente se releva al interesado de probar los otros elementos, esto es que nunca, bajo ninguna circunstancia puede afirmar un juez ni en este caso la togada actora que el nexo se puede construir con base en juicios deductivos sin pruebas de hechos fenoménicamente positivos y comprobables sensiblemente a través de la valoración de su prueba.

Por lo anterior, los argumentos subjetivos señalados por la parte actora carecen por completo de soporte en guías y protocolos que pudieron poner en entredicho el actuar de los aquí demandados, pues nótese que al paciente se le dio un manejo médico con criterios de oportunidad, pertinencia y diligencia, en aras de tratar en debida forma el cuadro clínico que presentaba la paciente y adicionalmente llevar a mejor término la cirugía a la cual se sometería.

En conclusión, se acreditó con el material probatorio recaudado que no existió una falla en el servicio porque el servicio de salud que se le prestó a la paciente **Cristel Celene Rodríguez** haya sido defectuoso, deficiente o negligente dado que, en primer lugar, los profesionales de la salud de **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** cuando atendieron a la señora **Cristel Celene Rodríguez** se sujetaron a la evidencia científica e inclusive en la “Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio” expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y vigente para el momento de los controles y alumbramiento. Y, en segundo lugar, el óbito fetal se presentó debido a las condiciones o patologías que presentaba el naciduro no por acciones u omisiones de los galenos. Por lo tanto, no existe una actuación antijurídica por parte de **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** que constituya una responsabilidad, máxime cuando con las pruebas recaudadas dentro del proceso se probó adicionalmente que, la asignación de citas no se encuentra en cabeza de las IPS sino por el contrario en las EPS, por lo que son éstas las encargadas de autorizar, tramitar y conseguir los tratamientos, citas, ecografías que los médicos formulen.

B. LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS, GESTIÓN DE CITAS MÉDICAS Y AUTORIZACION DE ECOGRAFIAS SE ENCUENTRA A CARGO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE DE LAS EPS.

La parte actora reprocha que no se le autorizaron exámenes, ecografías y demás requerimientos médicos a la señora **Cristel Celene Rodríguez**. Sin embargo, pierde de vista el actor que esta función se encuentra única y exclusivamente a cargos de las **EPS** y no de los hospitales o **IPS**, pues son las empresas promotoras de salud quienes se encargan del aseguramiento de salud del paciente. Por lo que sería totalmente antitécnico atribuirle responsabilidad al **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** por una función que no se encuentra a su cargo.

En ese sentido, el artículo 7 de la Ley 1122 de 2007¹ establece lo siguiente:

“ARTÍCULO 14. ORGANIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.”

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.(subrayado y negrilla fuera del texto original).

Dicho lo anterior, es claro que quien tiene a su cargo la **función indelegable** es de la EPS y no de las E.S.E. o IPS, por lo que los trámites de traslados que requieran los pacientes están a cargo única y exclusivamente de la EPS, pues es de ahí que nace el deber de atender con celeridad la complejidad de las patologías de los usuarios/pacientes. Así mismo el artículo 23 de la ley referenciada anteriormente, señala que:

“ARTÍCULO 23. OBLIGACIONES DE LAS ASEGURADORAS PARA GARANTIZAR LA INTEGRALIDAD Y CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado¹ deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, los límites de afiliación a las entidades promotoras de salud, previo estudio técnico que se realice de acuerdo a las capacidades técnicas,

¹ Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”

científicas y administrativas de las mismas.” (subrayado y negrilla fuera del texto original).

Del texto anterior, se logra inferir que son las EPS las entidades encargadas de brindar todas las posibilidades para que los pacientes sean atendidos en los centros de salud que se requiera, es decir, si bien es cierto no se encargan de la atención médica, suministro de medicamentos en hospitalización y todo lo que conlleva el tema médico en la E.S.E. o IPS, se encargan de dar trámites a las autorizaciones para la práctica de exámenes o ecografías que soliciten los galenos para confirmar el diagnóstico del paciente.

En conclusión, el hecho reprochable por la parte actora de no autorizar exámenes, ecografías y demás requerimientos médicos a la señora **Cristel Celene Rodríguez**, no es bajo ningún argumento fáctico o jurídico atribuible al **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** toda vez que esta función se encuentra única y exclusivamente a cargo de las EPS y no de las instituciones médicas o IPS.

C. EL DESPACHO DEBERÁ TENER EN CUENTA QUE, LAS OBLIGACIONES DE LOS MÉDICOS SON CATALOGADAS DE MEDIOS Y NO DE RESULTADOS.

La institución médica y los galenos que atendieron a la señora **Cristel Celene Rodríguez** pese a haber tenido una obligación de **medio únicamente**, le brindaron la asistencia médica quirúrgica necesaria y requerida pero lamentablemente el deceso del menor que se encontraba por nacer ocurrió por situaciones totalmente ajenas al actuar médico. Es menester recalcar que la paciente fue debidamente diagnosticada y se le dio el tratamiento y seguimiento correspondiente con el fin de mejorar su salud, tal y como quedo comprobado con las notas de la historia clínica y con la declaración de los galenos.

Ahora bien, la profesión liberal de la medicina esta riada de eventualidades intrínsecas y extrínsecas de la salud humana que escapan a la previsibilidad y control de los médicos que la emplean y ejercen, es por eso que dicha situación ha merecido incluso una reglamentación de naturaleza legal que se cita:

(...) Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud. Modificado por el art. 104, Ley 1438 de 2011. Entendido como el conjunto de acciones orientadas a la atención integral del usuario, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas dentro del perfil que le otorga el respectivo título, el acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medios, basada en la competencia profesional (...)

La obligación del médico entonces radica en poner a disposición del paciente los medios adecuados comprometiéndose no solo a cumplimentar las técnicas previstas para tratar, auscultar o palpar la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis, sino a aplicar estas técnicas con el cuidado y apego técnico exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención, y, en particular, a proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención.

La intervención médica está sujeta, como todas, al componente aleatorio propio de la misma, por lo que los riesgos o complicaciones que se pueden derivar de las distintas técnicas de cirugía utilizadas son similares en todos los casos y el fracaso de la intervención puede no estar tanto en una mala praxis cuanto en las simples alteraciones biológicas de la presanidad reportada de un paciente como ocurre en el caso.

En conclusión, es palmario que **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** en atención a sus deberes legales, prestó todos los servicios quirúrgicos cumpliendo con los protocolos establecidos en la lex artis, así mismo, veló por la salud de la paciente hasta donde humanamente les fuera posible. Sin embargo, su fallecimiento se dio por las condiciones clínicas que presentaba mas no al actuar médico. Por lo cual se insiste no hay responsabilidad atribuible a la aquí demanda ni mucho menos a mi prohijada.

D. DE LA ORFANDAD SOBRE LA EXISTENCIA DE LOS PERJUICIOS ALEGADOS POR LA PARTE ACTORA – EXCESIVIDAD EN LAS SOLICITUDES INDEMNIZATORIAS - ÁNIMO INJUSTIFICADO DE LUCRO

De acuerdo a lo probado en el plenario, se logró evidenciar que no existe responsabilidad frente al **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** sobre los hechos de la demanda tal y como se ha señalado a lo largo de este escrito, como tampoco hay lugar a reconocer suma indemnizatoria por los perjuicios alegados, máxime cuando la parte actora no se ocupó de probar su realidad, causación ni extensión de los mismos. Las pruebas recaudadas no otorgan una convicción real sobre la producción, naturaleza, y de la cuantía del supuesto detrimento patrimonial irrogado, el cual, al no ser objeto de presunción, no puede ser reconocido sin mediar pruebas fehacientes de su causación.

Lo anterior se afirma en atención a que la apoderada demandante formula acciones indemnizatorias de manera dispersa y sin claridad en la forma que imputa responsabilidad y sin siquiera tener claridad, por lo menos argumental en inicio de indicar en qué momento o etapa precisa del acto médico estriba la falla que aduce, máxime cuando la historia clínica y el dictamen pericial realizado confirman que a la paciente se le brindó todos lo humanamente posible para restablecer su salud.

Siendo consciente de que la facultad de acceder a la petición o no de condenar por los presuntos perjuicios inmateriales y a tasar los mismos es una prerrogativa exclusiva del Juez no está demás traer a colación la posición de la jurisprudencia entorno a dicho tópico puesto que las pretensiones dobles por perjuicio inmaterial en este evento resultan desbordantes frente a los lineamientos jurisprudenciales en materia de indemnización de perjuicios morales en caso de muerte conforme lo dispone el Consejo de Estado, en documento aprobado mediante acta del 28 de agosto de 2014, referentes para la reparación de perjuicios inmateriales, Acta No. 23 del 25/sep/2013 que tuvo por fin de recopilar la línea jurisprudencial y establecer criterios unificados para la reparación de los perjuicios inmateriales, el apoderado demandante formuló pretensiones que resultan en una cifra desproporcionada ante cualquier criterio indemnizatorio que extralimitan los baremos establecidos por el Consejo de Estado

Así mismo, debe resaltarse que NO SE PROBÓ en el plenario el supuesto daño inmaterial de ninguno de los demandantes especialmente en lo que atañe con la solicitud de daño moral y daño a la salud sin que se prueben los hechos que evidencian que el deceso del del paciente ha afectado en las esferas ocupacional, laboral, educativo, lúdico e incluso sexual de cada uno de los demandantes. En Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, en sentencia de 25 de mayo de 2010 se indicó.

“Al Juez no le basta la mera enunciación de las partes para sentenciar la controversia, porque ello sería tanto como permitirles sacar beneficio del discurso persuasivo que presentan; por ende, la ley impone a cada extremo del litigio la tarea de traer al juicio de manera oportuna y conforme a las ritualidades del caso, los elementos probatorios destinados a verificar que los hechos alegados efectivamente sucedieron, o que son del modo como se presentaron, todo con miras a que se surta la consecuencia jurídica de las normas sustanciales que se invocar”.

Al no allegarse prueba del perjuicio inmaterial solicitado, no hay lugar al reconocimiento de los mismos, pues ante la incertidumbre de su ocurrencia, no hay otro camino que declarar.

Ahora bien, en lo relacionado con el daño patrimonial, reitero que, se evidencia la carencia absoluta de medios de prueba de la producción, naturaleza y por supuesto de la cuantía del supuesto detrimento alegado, pues no obra en el expediente prueba de su existencia, como quiera que no basta únicamente con realizar formulaciones en contra de la parte pasiva, para obtener la indemnización reclamada, sino que lógicamente, se deben brindar al Juez todos los elementos de juicio que sean necesarios e indispensables para que se acceda a la causa petendi de la actora; y en ese sentido, ante la orfandad probatoria que se evidencia en el plenario, imponer una condena a favor del actor, generaría no sólo un enriquecimiento injustificado, sino un franco desmedro patrimonial en contra de los aquí demandados.

En conclusión, es evidente que no se avizoran en el expediente pruebas que acrediten o expliquen, en primer lugar, cómo es que el **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** sido la generadora de los perjuicios cuya indemnización se demanda, y en segundo lugar, que haya lugar al reconocimiento de los perjuicios solicitando cuando no existió un daño atribuible al **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.**

E. SE ACREDITÓ QUE, EN EL EVENTO DE ACCEDERSE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA, SE CONFIGURARÍA UN ENRIQUECIMIENTO SIN JUSTA CAUSA

Todo el material probatorio allegado al plenario comprueba que no hay lugar al reconocimiento de las pretensiones de la demanda, toda vez que no se configuró los elementos de la responsabilidad administrativa que se pretendía endilgar a los aquí demandados y llamados en garantías, ni mucho menos los perjuicios reclamados, máxime cuando no indicaron el concepto del porqué se hicieron los requerimientos, ni el valor por el cual se solicita tal condena.

En este orden de ideas, no es viable imponer una condena y ordenar el resarcimiento de un detrimento por perjuicios no demostrados o presuntos, o si se carece de la comprobación de su magnitud y realización, ya que es inadmisibles la presunción en esa materia, de manera que una

indemnización sin fundamentos fácticos ni jurídicos necesariamente se traducirá en un lucro indebido, como sucedería en un caso como el presente.

Razón por la cual, se solicita respetuosamente al despacho, negar las pretensiones de la demanda por no haberse demostrado la causación de una responsabilidad administrativa y en consecuencia el derecho a ser indemnizados.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA REALIZADO POR SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. A ALLIANZ SEGUROS S.A.

Es menester manifestar al despacho que la vinculación de mi prohijada **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, se dio a través del llamamiento en garantía formulado por el **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** por los contratos de seguro documentados en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 022212128/0 con vigencia del 31 de diciembre de 2017 hasta el 28 de agosto de 2018 y la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No.022320841/0 con vigencia del 29 de agosto de 2018 hasta el 28 de agosto de 2019.** Así las cosas, la mera vinculación de una aseguradora al proceso en virtud de unos contratos de seguros existente no genera implícitamente que las pólizas deban afectarse, cuando es obligatorio que se cumplan las condiciones particulares y generales de la misma.

Ahora bien, en el hipotético y eventual caso en que se acceda favorablemente a las pretensiones del extremo activo en este litigio, se precisa advertir cuáles fueron las condiciones generales y particulares pactadas en el contrato de seguro que sirvió de base para efectuar el llamamiento en garantía contra mi representada, pues son esas las que definen el amparo otorgado, las exclusiones, el límite asegurado o suma asegurada, el deducible y las demás estipulaciones del aseguramiento, las cuales se constituyen como las únicas pautas contractuales que determinan el marco de las obligaciones de las partes en el contrato de seguro. Por lo tanto, de ella se puede establecer qué eventos generan o no obligación a cargo de la aseguradora, entendiendo incorporado en todo este contexto el régimen legal vigente a la celebración del contrato.

Por lo cual, se solicita al despacho la desvinculación de mi prohijada **ALLIANZ SEGUROS S.A.** en razón de lo siguiente:

A. AUSENCIA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022212128/0.

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que **la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 022212128/0 con vigencia del 31 de diciembre de 2017 hasta el 28 de agosto de 2018** no ofrece cobertura temporal, toda vez que, no se cumplió el requisito de la modalidad bajo la cual fue pactada, esto es “Claims Made”. Si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de retroactividad pactado en la póliza, el reclamo al asegurado se materializó con la audiencia de conciliación solicitada el día 31 de enero de 2019 y celebrada **06 de marzo de 2019** según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 13 Judicial II para Asuntos Administrativo, es decir que **la reclamación al asegurado, se realizó por fuera de la vigencia de la póliza, dejando por fuera la cobertura y el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de póliza.**

Ahora bien, si bien es cierto que entre mi representada y el **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** se celebró el negocio asegurativo documentado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 022212128/0 con vigencia del 31 de diciembre de 2017 hasta el 28 de agosto de 2018**, se debe recordar que en dicho contrato de seguro también se concertó una delimitación temporal de la cobertura, con fundamento en artículo 4 de la Ley 389 de 1997; esta norma determina que en el seguro de responsabilidad, la cobertura podrá circunscribirse a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

La **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 022212128/0 con vigencia del 31 de diciembre de 2017 hasta el 28 de agosto de 2018** opera bajo la modalidad de cobertura denominada “Claims Made”, en virtud de la cual se deben cumplir de manera simultánea los siguientes requisitos: (i) Que los hechos ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado, (ii) Que los eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza tal y como se pactó en el respectivo condicionado particular así:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 01 DE 2011 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que en el caso particular, si bien los hechos ocurrieron dentro del período de retroactividad pactado en las pólizas, el reclamo al asegurado se materializó la audiencia de conciliación solicitada el día 31 de enero de 2019 y celebrada **06 de marzo de 2019** según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 13 Judicial II para Asuntos Administrativo, es decir por fuera de la vigencia del referido contrato de seguro, razón por la cual no existe a cargo de mi representada obligación de indemnizar, por cuenta de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 022212128/0 con vigencia del 31 de diciembre de 2017 hasta el 28 de agosto de 2018**, pues si bien estuvo vigente para el momento es que se supone ocurrieron los hechos, no lo estuvieron **para la fecha en que se hizo la reclamación al asegurado, dejando por fuera de la cobertura, el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de pólizas.**

Se concluye, que al no reunirse los presupuestos para que opere la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 022212128/0 con vigencia del 31 de diciembre de 2017 hasta el 28 de agosto de 2018** pactada bajo la modalidad de “Claims Made”, la cual sirvió como sustento para llamar en garantía a mi representada, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de esta.

B. SE PROBÓ LA INEXIGIBILIDAD DE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS S.A. POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022320841/0.

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado en la Póliza de Responsabilidad Civil documentado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No.022320841/0 con vigencia del 29 de agosto de 2018 hasta el 28 de agosto de 2019**. En el expediente ciertamente no está demostrada la responsabilidad que pretende el extremo activo endilgar, luego que para justificar sus pretensiones el actor no cuenta con pruebas fehacientes para determinar la causación de los supuestos daños materiales sufridos. En ese sentido, no hay elementos para afectar el contrato de seguros vinculado.

De conformidad con la prueba de la existencia del contrato de seguro, está más que acreditado que, si bien es cierto que entre mi representada y el **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** se celebró el negocio asegurativo documentado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No.022320841/0 con vigencia del 29 de agosto de 2018 hasta el 28 de agosto de 2019** se debe recordar que en dicho contrato de seguro también se concertó una delimitación temporal de la cobertura, con fundamento en artículo 4 de la Ley 389 de 1997; esta norma determina que en el seguro de responsabilidad, la cobertura podrá circunscribirse a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

La **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No.022320841/0 con vigencia del 29 de agosto de 2018 hasta el 28 de agosto de 2019** opera bajo la modalidad de cobertura denominada “Claims Made”, en virtud de la cual se deben cumplir de manera simultánea los siguientes requisitos: (i) Que los hechos ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado, (ii) Que los eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza tal y como se pactó en el respectivo condicionado particular así:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 01 DE 2011 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Fue de esta manera como convencionalmente se adoptó el sistema de delimitación temporal indicado en el texto transcrito, y con ese alcance, necesariamente se concluye que los sucesos cubiertos únicamente son aquellos acaecidos después de la fecha de retroactividad pactada, de fecha del **01 de agosto de 2011**, siempre y cuando sus consecuencias sean reclamadas a la

entidad asegurada o a la aseguradora, por escrito y por primera vez, durante la vigencia de la póliza.

Teniendo como base el ámbito de la cobertura otorgada, se resalta que durante la vigencia de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No.022320841/0 con vigencia del 29 de agosto de 2018 hasta el 28 de agosto de 2019** se formuló la primera reclamación por escrito al asegurado, sin embargo, es menester indicar que para su afectación se debe previamente demostrar que se realizó el riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida, el cual está sujeto, a los límites asegurados, a los deducibles pactados, a las demás condiciones particulares y generales de la póliza y a las disposiciones que rigen el contrato de seguro.

Se concluye, que al no reunirse los supuestos para que se configure la responsabilidad civil, claramente no se ha realizado el riesgo asegurado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No.022320841/0 con vigencia del 29 de agosto de 2018 hasta el 28 de agosto de 2019** que sirvió como sustento para llamar en garantía a mi prohijada no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de esta.

C. EN TODO CASO DEBERAN TENERSE ENCUESTA LAS EXCLUSIONES DE AMPARO CONCERTADAS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022320841/0.

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del Contrato de Seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al Asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza. En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

“Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro”²

Así las cosas, se evidencia cómo por parte del Órgano de Cierre de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, se exhorta a los Jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los Contratos de Seguro. Razón por la cual, es menester señalar que la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No.022320841/0 con vigencia del 29 de agosto de 2018 hasta el 28 de agosto de 2019**, en su página principal 5 señala una serie de exclusiones, las cuales solicito aplicar expresamente al caso concreto.

² Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020.

En conclusión, bajo la anterior premisa, en caso de configurarse alguna de las exclusiones que constan en las condiciones generales y particulares de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No.022320841/0 con vigencia del 29 de agosto de 2018 hasta el 28 de agosto de 2019**, éstas deberán ser aplicadas y deberán dársele los efectos señalados por la jurisprudencia. En consecuencia, no podrá existir responsabilidad en cabeza del Asegurador como quiera que se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

D. EN EL REMOTO EVENTO QUE EL DESPACHO PROFIERA SENTENCIA CONDENATORIA, DEBERÁ TENER EN CUENTA LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES PACTADOS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022320841/0.

Tal y como se demostró al plenario, las condiciones determinadas en el contrato de seguros son obligaciones contraídas por la Compañía aseguradora exclusivamente expresadas en su texto, las cuales por ningún motivo el despacho podrá desconocer. En gracia de discusión, sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que la eventual obligación de mi procurada se circunscribe en proporción al límite de la cobertura para los eventos asegurables y amparados por el contrato. La ocurrencia de varios siniestros durante la vigencia de la póliza va agotando la suma asegurada, por lo que es indispensable que se tenga en cuenta la misma en el remoto evento de proferir sentencia condenatoria en contra de nuestro asegurado.

De acuerdo a lo preceptuado en el artículo 1079 del Código de Comercio, el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta la concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas, consagrado en el artículo 1088 ibídem, que establece que los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituirse en fuente de enriquecimiento.

Ahora bien, exclusivamente en gracia de discusión, sin ánimo de que implique el reconocimiento de responsabilidad en contra de mi representada, se debe manifestar que en los contratos de seguro, se indicaron los límites para los diversos amparos pactados, de la siguiente manera:

Coberturas contratadas		
Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
22.Gastos Médicos	50.000.000,00	300.000.000,00

Conforme a lo señalado anteriormente, cualquiera de los amparos señalados anteriormente podría eventualmente ser afectado una vez verificada las condiciones particulares y generales de las cuales pende el contrato se seguros. En todo caso, se reitera, que las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a estas condiciones claramente definidas en la póliza,

con sujeción a los límites asegurados y a la fehaciente demostración, por parte del asegurado en este caso, del real y efectivo acaecimiento del evento asegurado. Así mismo deberá tenerse en cuenta **la disponibilidad de la suma asegurada** toda vez que la misma va mermando de acuerdo a los siniestros que se registren a cargo de la mencionada póliza.

De conformidad con estos argumentos, respetuosamente solicito declarar probada la excepción denominada “Límites y sublímites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No.022320841/0 con vigencia del 29 de agosto de 2018 hasta el 28 de agosto de 2019** los cuales enmarcan las obligaciones de las partes, planteada en favor de los derechos e intereses de mi procurada.

E. NO DEBE DESCONOCER LA EXISTENCIA DEL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022320841/0.

En gracia de discusión y sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que de la eventual obligación de mi procurada se debe descontar el deducible pactado. Debe tenerse en cuenta que el deducible corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado, **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** y, en este caso para la póliza, se pactó en el de **10% del valor de la pérdida como mínimo \$25.000.000.**

El deducible, el cual está legalmente permitido, luego que se encuentra consagrado en el artículo 1103 del Código de Comercio reza que:

“(…) Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original (…)”

En síntesis, el deducible comporta la participación que asume el asegurado cuando se presenta el siniestro, el cual se manifiesta en un valor o porcentaje pactado en la póliza de seguro. Así entonces, de acuerdo con el contenido de la póliza, se pactó un deducible de la siguiente manera:

DEDUCIBLES:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

Toda y Cada Pérdida: 10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$25.000.000

Por consiguiente, debe tenerse presente que, una vez se encuentre fehacientemente probado el evento asegurado, el Juez deberá, al momento de atribuir responsabilidades sobre la indemnización del presunto daño antijurídico causado, aplicar el monto que, al asegurado

SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. le correspondería cubrir en virtud del deducible pactado. Se aclara además que en vista de que se pactó un porcentaje y una suma específica, deberá aplicarse, de acuerdo a lo estipulado en la póliza, el que una vez calculado sea mayor.

En conclusión, si en la causa bajo su conocimiento ocurre el improbable caso de endilgarse responsabilidad a la demandada y asegurada y a mi mandante se le hiciera exigible la afectación del aseguramiento, **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** tendría que cubrir el monto anteriormente indicado como deducible. Empero, tampoco puede olvidarse que esto es sólo posible en el hipotético de que el Hospital sea hallado patrimonialmente responsable de conformidad con las pruebas allegadas al proceso. Lo cual, analizado el expediente, considera el suscrito es altamente improbable, como quiera que, en el asunto de marras, no existe responsabilidad frente a **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.**

F. 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.

Adicionalmente, se señala al despacho que la obligación de pago de la compañía aseguradora es únicamente indemnizatoria mas no solidaria, máxime cuando esta obligación surge exclusivamente cuando la ley o la convención la establecen. En el caso que nos ocupa, la fuente de las obligaciones de mi procurada está contenida en el contrato de seguro y en él no está convenida la solidaridad entre las partes del contrato.

Debe aclararse que las obligaciones de la aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligación indemnizatoria está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado, con sujeción a las condiciones de cada póliza; en virtud de ello, es válido afirmar desde ya que, de conformidad con la exposición previa, no le asiste a mi representada en todo caso la obligación de hacer efectivas la póliza de responsabilidad civil contractual vinculada en esta contienda, toda vez que el acaecimiento del riesgo asegurado y otorgado en la misma, no se ha demostrado y se tiene que esta no se afectaría como resultado de la configuración de una causal de exclusión de responsabilidad indemnizatoria taxativamente determinada en la caratula de las mismas.

Así las cosas, se solicita que en el remoto caso de condena la misma no sea a través de pago directo, **sino por reembolso o reintegro**, a la entidad asegurada, en virtud del contrato de seguros existente.

CAPÍTULO IV. PETICIÓN

En mérito de lo expuesto, de manera respetuosa, ruego:

PRIMERO: Negar todas y cada una de las pretensiones de la demanda, declarando probadas las excepciones de fondo y mérito presentadas por nuestro asegurado, **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.**, y en consecuencia absuelva a **ALLIANZ SEGUROS S.A.** al pago alguno por conceptos de indemnizaciones por los supuestos perjuicios alegados.

SEGUNDO: En el remoto evento en que los argumentos esbozados en el presente escrito no fueran de su convencimiento, no pierda de vista las limitaciones sobre la cobertura de las pólizas con fundamento en la cual **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** llamó en garantía a mi representada, esto, de conformidad con las consideraciones expuestas por mi defendida desde la contestación del llamamiento en garantía y reiteradas en esta oportunidad procesal, en especial a la falta de cobertura temporal de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 022212128/0 con vigencia del 31 de diciembre de 2017 hasta el 28 de agosto de 2018.**

CAPÍTULO V. NOTIFICACIONES

Al suscrito, en la Avenida 6 A Bis No. 35N-100 oficina 212 de la Ciudad de Cali (V), correo electrónico: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

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