

Su ref. 11001400304320210042200

Nuestra
ref. 1100924

Kennedys

Honorable
JUZGADO 43 CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.
Vía e-mail:
cmpl43bt@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D

Kennedys Colombia S.A.S.
AV Cra 9 # 115-06
Office 2802 - Edif. Tierra Firme
Bogotá D.C.
Colombia

t +57 1 390 5888

kennedyslaw.com

Monica.Tocarruncho@kennedyslaw.com
Catalina.Botero@kennedyslaw.com
Alejandra.Diaz@kennedyslaw.com

Expediente: 11001400304320210042200
Proceso: Verbal
Demandante: Yolanda Villamil Turriago
Demandado: Metlife Colombia Seguros de Vida S.A.
Asunto: Contestación demanda

ALEJANDRA DÍAZ HERRERA, mayor de edad, domiciliada en Bogotá D.C., abogada en ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.032.482.230 de Bogotá D.C. y tarjeta profesional No. 342.277 del C.S. de la J., actuando en mi calidad de apoderada especial de **METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, sociedad comercial domiciliada en Bogotá D.C., Colombia e identificada con el NIT 860.002.398-5, conforme sustitución de poder que obra en el expediente otorgada por **CATALINA BOTERO ARANGO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.020.746.988 de Bogotá D.C., apoderada general de **METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.** de acuerdo al Certificado de Existencia y Representación Legal emitido por la Cámara de Comercio de Bogotá que apor, por medio de este escrito procedo a **CONTESTAR** la demanda presentada por Yolanda Villamil Turriago frente a mi representada. El mencionado acto procesal es presentado en los siguientes términos:

I. OPORTUNIDAD

Mediante providencia de 9 de diciembre de 2021, el Juzgado 43 Civil Municipal de Bogotá (el “Despacho”) admitió la demanda presentada por Yolanda Villamil Turriago (la “Demandante” o la “Parte Demandante”) contra Metlife Colombia Seguros de Vida S.A. (“Metlife”).

En la citada providencia, el Juzgado dispuso que el término de traslado otorgado a Metlife sería de 20 días hábiles, así:

Kennedys is a trading name of Kennedys Law LLP.

Kennedys Law LLP is a limited liability partnership registered in England and Wales (with registered number OC353214).

Kennedys offices, associations and cooperations: Argentina, Australia, Belgium, Bermuda, Bolivia, Brazil, Canada, Chile, China, Colombia, Denmark, Dominican Republic, Ecuador, England and Wales, France, Guatemala, Hong Kong, India, Ireland, Israel, Italy, Mexico, New Zealand, Northern Ireland, Norway, Oman, Pakistan, Panama, Peru, Poland, Puerto Rico, Scotland, Singapore, Spain, Sweden, Thailand, Turkey, United Arab Emirates, United States of America.

A list of Partners is available for inspection at our registered office at 25 Fenchurch Avenue, London EC3M 5AD. Kennedys Law LLP is authorised and regulated by the Solicitors Regulation Authority. We use the word ‘Partner’ to refer to a member of Kennedys Law LLP, or an employee or consultant who is a lawyer with equivalent standing and qualifications.

“1.1 De conformidad con el artículo 369 del C.G.P. de la demanda se corre traslado a la parte demandada por el término de veinte (20) días.

1.2 Procédase a notificar a la parte demandada en la forma establecida por el artículo 8 del Decreto Legislativo 806 de 2020 y el artículo 289 y s.s. del Código General de Proceso”. (Se destaca)

El 4 de agosto de 2022 el Despacho me notificó personalmente del auto admisorio de la demanda. En ese sentido, la notificación del auto de 9 de diciembre de 2021 se perfeccionó el 4 de agosto de 2022 y el término de traslado de 20 días - de conformidad con el artículo 369 del Código General del Proceso (“CGP”) - comenzó a correr el 5 de agosto del mismo año y vencerá el 2 de septiembre de 2022.

De acuerdo con lo anterior, este escrito es presentado en forma oportuna ante el Despacho.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me **opongo** a todas y cada una las pretensiones que han sido formuladas en este proceso judicial por la Parte Demandante frente a Metlife. Estas deberán ser negadas en su integridad y la Demandante, por tanto, deberá ser condenada en costas.

III. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

A continuación, procedo a dar contestación a los hechos de la demanda en el mismo orden en que fueron planteados, así:

1 Frente al hecho PRIMERO:

Hay varios hechos

El presente numeral contiene varias afirmaciones, por lo cual, pasaré a pronunciarme en forma separada sobre cada una de ellas, así:

- (a) Es cierto que Metlife expidió la Póliza de Accidentes Personales No.1039516 (la “Póliza”), la cual fue contratada a través de Gas Natural S.A. E.S.P., razón por la cual, el pago de la prima se hacía a través del recibo del servicio público del gas correspondiente al inmueble ubicado en la Calle 132 F Bis No. 129 - 78.
- (b) Es cierto que la Póliza contaba con los amparos de muerte accidental e incapacidad total y permanente y que los asegurados bajo la Póliza eran la Demandante - como asegurada principal - y el señor Omar Euclides Gallego Pérez (el “Asegurado”) - como parte del grupo familiar -, así como Johana Lucía Gallego Villamil y Andrés Felipe Gallego Villamil, quienes también hacían parte del grupo asegurado.

- (c) No es cierto que el valor asegurado para los amparos de incapacidad total y permanente y muerte accidental de la Póliza respecto del Asegurado, ascendiera a la suma de \$36.912.572. Según se evidencia en el certificado individual aportado, correspondiente a la vigencia comprendida entre el 24 de febrero de 2017 y el 24 de febrero de 2018, el valor asegurado era de \$35.912.672.
- (d) Finalmente, se aclara que la Póliza fue expedida por Alico Compañía de Seguros S.A., que desde el año 2011 cambió su nombre a Metlife Colombia Seguros de Vida S.A.

2 **Frente al hecho SEGUNDO:**

Es cierto y aclaro

Es cierto que a la fecha de presentación de la demanda, la prima de la Póliza se pagaba a través de la factura del servicio público de gas, correspondiente al inmueble ubicado en la Calle 132 F Bis No. 129 - 78.

3 **Frente al hecho TERCERO:**

No le consta a mi representada

Metlife desconoce las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las cuales ocurrió el accidente de tránsito al cual se hace mención, así como las supuestas lesiones que sufrió el Asegurado con ocasión del mismo. Esto, por tratarse de asuntos de los cuales no tuvo conocimiento mi representada y cuya acreditación corresponde a la Parte Demandante, de acuerdo con lo consignado en la historia clínica del Asegurado.

4 **Frente al hecho CUARTO:**

No le consta a mi representada

Metlife desconoce si el Asegurado requería acompañamiento constante de su compañera permanente o sus hijos para realizar actividades diarias, si tenía alguna limitación física y la causa de la misma. Esto, atendiendo a que se trata de asuntos ajenos a mi representada y dado que de ello no hay prueba en el expediente.

5 **Frente al hecho QUINTO:**

No le consta a mi representada

Las afirmaciones contenidas en este numeral no le constan a mi representada. No obstante, procedo a realizar las siguientes consideraciones:

- (a) Sea lo primero advertir que Metlife desconoce lo relacionado con la supuesta caída que sufrió el Asegurado el 5 de julio de 2018. Esto, por tratarse de asuntos ajenos a la compañía que represento y porque su acreditación corresponde a la Parte Demandante.
- (b) Así mismo, se desconoce si el Asegurado tenía alguna limitación en su “locomoción” producto del accidente de tránsito que sufrió en el año 2017 y si dicha limitación fue a su vez, la causa de la caída que sufrió en el año 2018. Lo anterior, deberá ser acreditado por la Parte Demandante.
- (c) Sin perjuicio de lo anterior, y verificada la historia clínica aportada con la demanda, llama la atención que a la fecha de la caída a la cual hace referencia este numeral, el Asegurado había sido diagnosticado con ceguera bilateral y tenía secuelas de enfermedad cerebrovascular - entre otras enfermedades - por lo que conviene cuestionarse, si la caída fue consecuencia de dichas patologías, las cuales no se encuentran relacionadas con el accidente de tránsito al cual se hace alusión en el hecho tercero de la demanda. En la historia clínica del Asegurado se lee lo siguiente¹:

Paciente hombre 68 años, con antecedente de HTA, secuelas de enfermedad cerebrovascular con múltiples infartos con anticoagulación suspendida desde el año pasado, enfermedad renal crónica terminal en hemodialisis, con marcado deterioro de su estado general y funcionalidad, además por limitación visual requiere ayuda en todo su ABVD. Hace 4 días presento trauma craneo encefálico leve con trauma en región occipital, herida suturada y TAC inicial sin lesiones, pero con deterioro marcado, cefalea constante, con TAC control que evidenció hemorragia intraventricular severa. Valorado por neurocirugía que indicó por alta carga morbilidad y dependencia funcional severa no es candidato a manejos adicionales. Paciente hoy con mejor control de cifras tensionales, pero con evidencia de mayor deterioro neurológico, estuporoso, no dificultad respiratoria, y no signos respiratorios.

6 Frente al hecho SEXTO:

No le consta a mi representada

Metlife desconoce lo relacionado con la supuesta caída que sufrió el Asegurado, a la cual se hace referencia en el hecho quinto de la demanda y la atención médica de urgencia que recibió con ocasión de la misma. Al respecto, mi representada se atiene a lo que resulte probado en el proceso.

¹ Expediente virtual - PDF “010.DEMANDA YOLANDA VILLAMIL Anexos” - Página 15.

7 Frente al hecho SÉPTIMO:

No le consta a mi representada

Metlife desconoce lo relacionado con el estado de salud del Asegurado después de la caída a la cual se hace referencia en el hecho quinto de la demanda, incluida la atención de urgencias que recibió el 8 de julio de 2018. Esto, por tratarse de asuntos ajenos a la compañía que represento y porque su acreditación corresponde a la Parte Demandante, conforme lo consignado en la historia clínica del Asegurado.

8 Frente al hecho OCTAVO:

No le consta a mi representada

Que el Asegurado haya sido remitido el 14 de agosto de 2018 a la Sociedad de Enfermeras Profesionales - SEPP, así como la valoración que tuvo al llegar a dicho centro médico, dado que son asuntos que desconoce mi representada. Lo anterior, teniendo en cuenta que se trata de asuntos ajenos a la misma y cuya acreditación corresponde a la Parte Demandante.

9 Frente al hecho NOVENO:

No le consta a mi representada

Las afirmaciones contenidas en este numeral no le constan a mi representada. No obstante, procedo a realizar las siguientes consideraciones:

- (a) Que las enfermedades con las cuales contaba el Asegurado al momento de la caída el 5 de julio de 2018 se estuviesen “*tratando sin ninguna complicación*”, se trata de asuntos que desconoce mi representada. Al respecto, se indica que Metlife desconoce lo relacionado con los tratamientos médicos que recibía el Asegurado para sus múltiples enfermedades y si los mismos contribuían al mejoramiento del estado de salud del Asegurado.
- (b) Adicionalmente, se desconoce si el Asegurado tenía una incapacidad total y permanente, como quiera que de ello no hay prueba en el expediente. En efecto, la Póliza exigía para la acreditación de un siniestro frente a este amparo, que se allegara dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral emitido por entidad competente, sin embargo, la parte Demandante nunca allegó dicha documental. En ese sentido, mi representada se atiene a lo que resulte probado en el proceso.
- (c) Finalmente, se desconoce lo ateniendo a la remisión a la Sociedad de Enfermedad Profesionales - SEP, pues se reitera, no hay prueba de dicha remisión en el expediente.

10 Frente al hecho DÉCIMO:

Hay varios hechos

El presente numeral contiene varias afirmaciones, por lo cual, pasaré a pronunciarme en forma separada sobre cada una de ellas, así:

- (a) Es cierto que el 8 de agosto de 2018 Metlife recibió comunicación mediante la cual la Demandante solicitaba la afectación del amparo de incapacidad total y permanente de la Póliza. En todo caso, mi representada se atiene al contenido literal y exacto de dicha comunicación.
- (b) Es necesario precisar que con dicha comunicación no se aportó prueba de la incapacidad total y permanente del Asegurado, en los términos establecidos en las condiciones generales de la Póliza. Con la comunicación solo se allegaron los documentos que se mencionaron en la misma, así:

Anexos: certificación clínica Shaio, historia clínica, fotocopia cedula de Omar Auclides Gallego Perez y Yolanda Villamil Turriago, fotocopias recibo de pago gas natural 2005 y Agosto de 2018

- (c) Es cierto que Metlife negó la solicitud de afectación de la Póliza, teniendo en cuenta que el estado de salud del Asegurado era consecuencia de las enfermedades que padecía antes de la caída y el supuesto accidente de tránsito, y no con ocasión de los mismos. Al respecto, mi representada se atiene al contenido literal e íntegro de la mencionada comunicación.
- (d) Téngase en cuenta que la Parte Demandante confiesa - artículo 191 del CGP - que el Asegurado sufría “enfermedades crónicas”, tratadas con medicamentos y valoraciones médicas periódicas. Esto deja en duda si la supuesta incapacidad total y permanente del Asegurado y/o su deceso tuvieron como causa única la caída que sufrió y/o el accidente de tránsito, o si por el contrario, fue el estado de salud que tenía con ocasión a las “enfermedades crónicas” que padecía desde antes de estos eventos lo que ocasionó su deceso.

11 Frente al hecho DÉCIMO PRIMERO:

Es cierto y aclaro

Es cierto que el 8 de agosto de 2018 Metlife recibió comunicación mediante la cual la Demandante solicitaba la afectación del amparo de incapacidad total y permanente de la Póliza, con ocasión del estado de salud del Asegurado. En todo

caso, mi representada se atiene al contenido literal y exacto de dicha comunicación.

12 Frente al hecho DÉCIMO SEGUNDO:

Hay varios hechos

El presente numeral contiene varias afirmaciones, por lo cual, pasaré a pronunciarme en forma separada sobre cada una de ellas, así:

- (a) Es cierto que Metlife negó la solicitud de la Demandante, toda vez que, con los documentos allegados por la misma, se pudo establecer que el estado de salud del Asegurado se debía a la enfermedad cerebrovascular que padecía con anterioridad al evento origen de la solicitud de indemnización.
- (b) Que el accidente de tránsito haya causado una incapacidad total y permanente en el Asegurado, a tal punto que esta circunstancia hubiese ocasionado la caída desde su propia altura que se menciona en el hecho quinto de la demanda y que esta situación a su vez lo hubiese llevado a su muerte no es un hecho. Lo anterior, corresponde a una consideración subjetiva de la Parte Demandante que carece de prueba en el presente proceso.

13 Frente al hecho DÉCIMO TERCERO:

No es un hecho

Las afirmaciones contenidas en este numeral no son un hecho. Sin embargo, procedo a realizar las siguientes consideraciones sobre las mismas:

- (a) El pago de la prima de seguro no genera de manera automática el pago del valor asegurado ante cualquier solicitud presentada por el Asegurado o beneficiarios de la Póliza. Para que pueda afectarse la misma es necesario cumplir con los requisitos contenidos en las condiciones generales de la Póliza, dependiendo del amparo que se pretenda afectar, lo cual no ocurrió en el caso que nos ocupa.
- (b) Se desconoce en qué sentencias de tutela la Corte Constitucional - como lo manifiesta la Parte Demandante - ha establecido que el padecer una enfermedad cerebrovascular por parte del Asegurado, se genera la obligación automática de las aseguradoras de afectar las pólizas por ellas expedidas. Adicionalmente, se trata de un fundamento jurídico y no de un enunciado fáctico que amerite un pronunciamiento detallado de mi representada.
- (c) Así mismo, se desconoce en qué sentencias de tutela la Corte Constitucional ha manifestado que el padecer de enfermedades cardiovasculares genera de manera automática una incapacidad total y permanente de quien la padece.

Incapacidad total y permanente entendida como aquella calificada por las entidades competentes, autorizadas por la Ley 100 de 1993 y de acuerdo al Manual Único de Calificación de Invalidez, que genera en el paciente una invalidez, es decir, una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

14 **Frente al hecho DÉCIMO CUARTO:**

No es un hecho

Las afirmaciones contenidas en este numeral no corresponden a un hecho, sino a consideraciones subjetivas y desacertadas realizadas por la Parte Demandante. En todo caso, es preciso indicar que Metlife emitió la objeción con sujeción a las normas vigentes en materia de seguros y a las estipulaciones contenidas en el condicionado general de la Póliza.

Además, es al solicitante a quien la ley le impone la carga de demostrar la ocurrencia del siniestro, conforme lo establece el artículo 1077 del Código de Comercio, lo cual de ninguna manera ocurrió en el caso que nos ocupa. Lo anterior, teniendo en cuenta que en ninguna de las comunicaciones se acreditó que el Asegurado tuviese una incapacidad total y permanente, que la misma hubiese sido por causa accidental, ni mucho menos que el deceso del Asegurado también hubiese obedecido a un accidente.

15 **Frente al hecho DÉCIMO QUINTO:**

No le consta a mi representada

Las afirmaciones contenidas en este numeral no le constan a mi representada de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- (a) Metlife desconoce las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las cuales falleció el Asegurado. Esto, por tratarse de asuntos ajenos a la compañía que represento y porque de dichas circunstancias no hay prueba en el expediente, no se aporta ningún documento emitido por la Sociedad de Enfermeras Profesionales a la cual hace alusión la Parte Demandante.
- (b) Que las secuelas neurológicas de sangrado cerebral sean “consecuencia del trauma craneoencefálico” que supuestamente sufrió el Asegurado no le consta a mi representada. Lo anterior, por tratarse de asuntos ajenos a Metlife y cuya acreditación se encuentra única y exclusivamente en cabeza de la Parte Demandante.

16 Frente al hecho DÉCIMO SEXTO:

No le consta a mi representada

Las afirmaciones contenidas en este numeral no le constan a mi representada de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- (a) Metlife desconoce las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las cuales falleció el Asegurado. Esto, por tratarse de asuntos ajenos a la compañía que represento y porque de dichas circunstancias no hay prueba en el expediente.
- (b) Que las secuelas neurológicas de sangrado cerebral sean consecuencia del trauma craneoencefálico que supuestamente sufrió el Asegurado no le consta a mi representada. Lo anterior, por tratarse de asuntos ajenos a Metlife y cuya acreditación se encuentra única y exclusivamente en cabeza de la Parte Demandante.
- (c) Finalmente, se desconoce en cuáles documentos médicos y científicos se encuentra el soporte de las afirmaciones realizadas en este numeral.

17 Frente al hecho DÉCIMO SÉPTIMO:

Es cierto y aclaro

Es cierto que Metlife recibió nuevamente solicitud de afectación del amparo de incapacidad total y permanente, así como solicitud de afectación del amparo de muerte de la Póliza con ocasión del fallecimiento del Asegurado. En todo caso, mi representada se atiene al contenido literal y exacto de la misma.

18 Frente al hecho DÉCIMO OCTAVO:

Es cierto y aclaro

Es cierto que el 14 de junio de 2019 se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial, la cual fue citada por la Demandante y por la señora Johana Lucía Gallego. Dicha audiencia culminó con “Constancia de no acuerdo”, debido a que las partes no llegaron a ningún arreglo sobre las pretensiones de la solicitud de conciliación.

19 Frente al hecho DÉCIMO NOVENO:

No es un hecho

Si bien es cierto que la audiencia de conciliación prejudicial culminó con una Constancia de no acuerdo, es importante recordar que la conciliación tiene carácter confidencial y lo que se discuta en el curso de la misma no puede ser utilizado

ni ventilado en ningún proceso judicial². Por lo anterior, se le solicita al Despacho no tener en cuenta lo manifestado por la Parte Demandante.

20 Frente al hecho VENTEAVO:

No es un hecho

Lo contenido en este numeral no corresponde a un hecho, sino a consideraciones subjetivas realizadas por la Parte Demandante respecto de la negativa de Metlife de acceder a las solicitudes de afectación de la Póliza.

Sin perjuicio de lo anterior, es preciso indicar que Metlife negó las solicitudes con base en el estudio de los documentos remitidos por la Demandante, las normas vigentes en materia de seguros y las condiciones de la Póliza. De ninguna manera, la compañía negó las solicitudes bajo “*argumentos superfluos sin ningún estudio médico ni científico*”.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

Propongo las siguientes excepciones de mérito frente a las pretensiones de la Parte Demandante:

1 **Ausencia de cobertura - Inexistencia de requisitos necesarios para afectar la cobertura de muerte accidental de la Póliza**

Al contrato de seguro le son aplicables una serie de pautas de interpretación que han sido precisadas por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y que se resumen a continuación, pues conforme a ellas habrá que evaluarse el riesgo asegurado bajo la Póliza emitida por Metlife.

1.1 **Reglas de interpretación**

En primer lugar, la jurisprudencia ha señalado que la interpretación de los contratos de seguro es restrictiva, por lo que el juez y las partes deben ceñirse a lo estrictamente contratado, examinando con detenimiento los derechos y obligaciones de los contratantes contenidas en el texto del condicionado de la póliza, especialmente en lo que tiene que ver con las cláusulas atinentes a la extensión de los riesgos cubiertos en cada caso y su delimitación³. De acuerdo con lo anterior, en el presente caso es necesario evaluar no solo lo contratado por el

² Artículo 76 de la Ley 23 de 1991. Concepto 14652 de 2007 del Ministerio del Interior y de Justicia.

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 19 de octubre de 2020. M.P. Luis Alonso Rico Puerta, Rad. 11001310303220150082601

tomador y/o asegurado de la Póliza, sino el alcance de las coberturas, o en otras palabras, los requisitos necesarios para afectar las mismas.

En segundo lugar, la interpretación del contrato de seguro debe acatar el riesgo asegurado, por lo que no es dable extender su ámbito ni emplear la analogía o, en palabras de la Corte, no está permitido *“interpretar aparentemente el contrato de seguro para inferir riesgos que no se han convenido”*⁴.

En tercer lugar, el contrato de seguro debe ser interpretado de manera sistemática conforme lo establece el artículo 1622 del Código Civil, el cual señala que las cláusulas de los contratos se interpretan unas por otras y no pueden considerarse como expresiones aisladas⁵, razón por la cual, si el señor Euclides Gallego era asegurado en una póliza de accidentes personales cuyo amparo principal era el de muerte accidental, no puede pretender la Demandante que se le dé una interpretación contraria a lo contratado y afectar la póliza por un evento no accidental.

1.2 Caso concreto

El presente litigio tiene su causa en un contrato de seguro, el cual pertenece a la categoría de contratos privados y, en consecuencia, está regido por las normas y principios establecidos en el Código de Comercio y por las condiciones que expresamente indicadas en el texto de la Póliza.

Adicionalmente, de acuerdo con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, Metlife expidió la Póliza estableciendo de manera clara las coberturas y el alcance de cada una de ellas. Para el caso específico del Asegurado, este contaba con las coberturas de **muerte accidental** e incapacidad total y permanente, conforme se evidencia en el certificado individual de la Póliza. Asimismo, en las condiciones generales de la Póliza se estableció la definición de muerte accidental en los siguientes términos:

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 2 de julio de 2014. M.P. Ariel Salazar Ramírez, Rad. 76001310301320020009801 (SC8435-2014)

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 19 de diciembre de 2008. M.P. Arturo Solarte Rodríguez, Rad. 11001310301220000007501.

CONDICIÓN 4. DEFINICIONES

4.1. Accidente

Se entiende por Accidente todo suceso imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del(los) Asegurado(s).

4.2. Muerte Accidental

Ocurre cuando la muerte del(los) Asegurado(s) se produzca como consecuencia directa e inmediata de una o más lesiones corporales causadas por medios externos, de un modo violento e independientemente de la voluntad del(los) Asegurado(s) y siempre que dichas lesiones se manifiesten por contusiones o heridas visibles (en los casos de ahogamiento o lesión interna, ello será revelado por la autopsia) y que el fallecimiento no haya obedecido a otras causas diferentes al Accidente.

En este caso, LA COMPANIA pagará a los Beneficiarios, después de demostrada la ocurrencia del siniestro, en un solo contado el monto establecido en la carátula de la póliza ó el monto mensual acordado en dicha carátula por el número de meses allí expresados, descontados los pagos que se hubiesen efectuado por Desmembración o Incapacidad Total y Permanente, siempre que el evento que les haya dado origen sea el mismo al que cause la muerte.

Para los efectos de este contrato, se entenderá como fallecimiento inmediato, el que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días subsiguientes a la fecha del Accidente.

Adicionalmente, y según se evidencia en el condicionado general, también se definió qué se consideraba por “accidente”, indicando que se trataba de *“todo suceso imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, causado por medios externos, que de manera violenta, afecten el organismo del asegurado, generando lesiones corporales (internas o externas) o su muerte”*.

Así las cosas, atendiendo a lo dispuesto en las condiciones de la Póliza, es evidente que aun cuando el asegurado haya fallecido, si no se cumplen los requisitos establecidos para la cobertura de muerte accidental, no habrá lugar a una indemnización derivada del contrato de seguro.

Por otra parte, en la demanda se indica que el accidente de tránsito que sufrió el Asegurado en el año 2017 le produjo limitaciones de movilidad, a tal punto que ello fue la causa de la caída de la cama que sufrió el Asegurado el 5 de julio de 2018, situación que desencadenó en su fallecimiento. Sin embargo, no se evidencia el nexo de causalidad entre las tres situaciones que se ponen de presente por la Parte Demandante.

Por el contrario, en la epicrisis del 7 de mayo de 2017⁶, fecha en la cual ocurrió el accidente de tránsito, se consignan las enfermedades que tenía el Asegurado **antes del accidente y no relacionadas con el mismo**. En la mencionada epicrisis se lee o siguiente:

Enfermedad Actual
Paciente de 67 años con antecedente de enfermedad renal crónica G5A1 nefropatía hipertensiva pendiente inicio de hemodiliasis + hipertensión arterial + hiperuricemia + secuelas de acv co hemiparesia izquierda quien es traída por su familiar por presentar cuadro clínico de aproximadamente 5 horas con síntoma de accidente de tránsito en calidad de peatón con posterior trauma en región parietal izquierda sin pérdida del conocimiento con posterior cefalea ipsilateral de intensidad 4/10 no irradiado niega náuseas emesis alteración en el sensorio alteración motora u otra sintomatología anormal. adicionalmente presento trauma en rodilla izquierda y columna lumbosacra con posterior dolor y edema y con limitación para los arcos de movimiento niega otra sintomatología adicional

En ese sentido, es razonable indicar que el Asegurado ya contaba con limitaciones físicas con ocasión del accidente cerebrovascular que sufrió y el cual le ocasionó una hemiparesia, definida como la disminución de la capacidad motora de un lado del cuerpo, debilidad muscular o parálisis parcial que afecta un solo lado del cuerpo, según el diccionario médico de la Clínica Universidad de Navarra⁷. En otras palabras, la limitación física del Asegurado tenía su origen en una **enfermedad** y no en un accidente y mucho menos en el accidente de tránsito que sufrió el 7 de mayo de 2017.

Tampoco es de recibo la afirmación de la Parte Demandante según la cual, únicamente la caída de la cama del Asegurado, haya sido la causa de su muerte. Si bien no se pretende desconocer la lesión que tuvo el Asegurado como consecuencia de la caída, no resulta razonable pensar que la misma es la causa única del evento por el cual se reclama, máxime si se tiene en cuenta que el Asegurado era una persona con un estado de salud delicado, que sufría de múltiples enfermedades que sí pudieron ser la causa de su deceso. Basta con leer su historia clínica para tener una idea del estado de salud del Asegurado previo a su muerte⁸:

⁶ Expediente virtual - PDF "010.DEMANDA YOLANDA VILLAMIL Anexos" - Página 5.

⁷ Hemiparesia. (s/f). Cun.es. Recuperado el 31 de agosto de 2022, de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/hemiparesia>

⁸ Expediente virtual - PDF "010.DEMANDA YOLANDA VILLAMIL Anexos" - Página 11.

ANTECEDENTES
Alérgicos niega
Familiares niega
Clínico Patológicos HTA. nefropatía hipertensiva enfermedad renal crónica terminal G5A1 GOTA DIAGNOSTICADA EN ESTA INSTITUCION
Hospitalarios HOSPITALIZADO EN ESTA INSTITUCION POR INFARTO CEREBLOSO , DADO DE ALTA HACE 5 DIAS.
Quirúrgicos NEGATIVO
Tóxicos FUMADOR DE 5 CIGARRILLOS DESDE LOS 20 AÑOS DE EDAD.
Transfusionales NIEGA

Además, en la atención médica que se le brindó con ocasión de la caída y que quedó consignada en la historia clínica del Asegurado, se indicó por parte del médico tratante que el trauma craneoencefálico había sido **leve**. Al respecto, en la historia clínica de 5 de julio de 2018⁹ se lee lo siguiente:

DIAGNOSTICO S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO CLASE DE DIAGNOSTICO: Impresión Diagnóstica
PLAN DE MANEJO Tuvo Electrocardiograma ? NO Descripción Plan de manejo: Paciente de 68 años de edad con dx: 1. TCE leve 1.1 herida en cuero cabelludo 2. herida en area supraciliar izquierda superficial

La lesión que sufrió el Asegurado fue leve, a tal punto que ese mismo día le dieron salida del centro médico, pues en la tomografía que se le practicó - TAC, no se evidenciaron lesiones agudas y el Asegurado está en buenas condiciones de salud. En la historia clínica de 5 de julio de 2018 se lee lo siguiente:

⁹ Expediente virtual - PDF "010.DEMANDA YOLANDA VILLAMIL Anexos" - Página 12.

EVOLUCION

- 2018/07/05 04:10:21
* TAC craneo simple: Sin evidencia de sangrado, Leucoaraiosis , cambios exvacuo de predominio central. Infartos antiguos multiples.

Paciente con antecedentes anotados. Ingresa por trauma craneoencefalico al caer de la cama. Herida en region parietal suturada. TAC de craneo sin lesiones agudas. Se da salida con manejo analgesico, recomendaciones, signos de alarma. Se explica a paciente y familiar.

DATOS DE EGRESO

Diagnostico Principal
S099: TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Condiciones Generales
BUENAS CONDICIONES

Por otra parte, en la historia clínica de 31 de julio de 2018, se registraron los diagnósticos con los que contaba el Asegurado, los cuales evidencian el delicado estado de salud en el que se encontraba y que de ninguna manera, pudo haberse derivado de una caída de la cama. En la mencionada historia clínica se evidencia lo siguiente:

- Paciente de 68 años con diagnosticos de:
1. Endobronquitis bacteriana tratada
 2. Hemorragia intraventricular fisher IV
 3. Secuelas de enfermedad cerebrovascular
 - 3.1. Secuelas de infartos cerebrales multiples antiguos
 - 3.2. Enfermedad cardioembolica
 - 3.3. Barthel 10
 4. Enfermedad renal cronica estadio 5
 5. Hipertension arterial
 6. Hiperuricemia por HC
 7. Ceguera bilateral

Ahora bien, en la historia clínica del 31 de julio de 2018 se registró como diagnóstico de egreso *Hemorragia intraencefálica*, pero de acuerdo con los documentos médicos consultados, dicho diagnóstico no es consecuencia de una caída o golpe. La hemorragia intraencefálica o intracerebral se da como consecuencia de una

enfermedad cerebrovascular como la que padecía el Asegurado con anterioridad al 2017¹⁰.

Por otro lado, en la historia clínica del Asegurado emitida por la Sociedad de Enfermeras Profesionales se evidencia anotación del 15 de septiembre de 2018, en donde se deja constancia de la muerte del paciente y enseguida se señala que se trataba de un paciente con enfermedades crónicas de importancia:

Fecha: Sáb. 15 Sep. 2018 Hora: 21:33:51 Usuario: Guillermo Alejandro Cáceres Di
Evolucion Medica
Evolucion,SV y Manejo a Seguir : *** NOTA MEDICA ***
SE ATIENDE LLAMADO DE ENFERMERIA POR PACIENTE PRESENTAR AUSENCIA DE PULSO POR MAS DE 10 SEGUNDOS COMPROBADO.
PACIENTE CON MAL PRONOSTICO VITAL, DEPENDENCIA FUNCIONAL COMPLETA BARTHEL 0/1000, CON **ENFERMEDADES CRÓNICAS DE IMPORTANCIA** Y SECUELAS NEUROLOGICAS DE SANGRADO CEREBRAL.
HORA DE MUERTE 21+20 DEL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2018.

Aunado a lo anterior, el certificado de defunción antecedente para el registro civil, emitido por el médico Guillermo Alejandro Cáceres Díaz se precisó que la muerte del Asegurado fue **NATURAL**, lo que descarta un evento accidental:

PROBABLE MANERA DE MUERTE			
NATURAL			
DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN			
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
CACERES	DÍAZ	GUILLERMO	ALEJANDRO
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
CEDULA DE CIUDADANÍA		80795711	
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN		REGISTRO PROFESIONAL	
MÉDICO		731910-2009	

En este sentido, es claro que las graves enfermedades que padecía el Asegurado lo llevaron a un estado de salud paliativo o terminal, y finalmente derivó en su muerte. De hecho, la parte demandante reconoce que **desde el año 2014** el asegurado contaba con graves diagnósticos y tenía un mal pronóstico de salud, que lo llevó a estar en **estado de discapacidad y ser totalmente dependiente de sus familiares**:

¹⁰ de Sola, R. G. (2020, abril 11). 2020 - TEMA V. HEMORRAGIA CEREBRAL -. Neurorgs.net; Unidad de Neurocirugía. <https://neurorgs.net/docencia/2020-tema-v-aspectos-quirurgicos-de-las-hemorragias-intracraneales/>

Desde Enero de 2014, mi compañero **OMAR EUCLIDES GALLEGO PEREZ**, empezó a sentirse mal de salud, situación que lo obligo a dirigirse a la clínica SHAIO, donde fue atendido por urgencias, allí se le abrió la historia clínica 630793 de fecha 15 de Enero de 2014, donde a partir de ese momento lo empezaron a tratar, con diagnostico algunas enfermedades comunes como:

- 1°. Enfermedad renal crónica GSAI nefropatía hipertensiva
- 2°. Hipertensión arterial
- 3°. Hiperuricemia y
- 4°. Secuelas de ACV con hemiparesia izquierda

Estas enfermedades fueron tratadas a lo largo de estos años en la clínica CHAIO, enfermedades que le impidieron seguir laborando, pues su discapacidad lo llevo a hacerse totalmente dependiente de mí y de sus hijos.

De acuerdo con lo anterior, es evidente que el fallecimiento del Asegurado no obedeció a un suceso violento ni a un suceso imprevisto, repentino o fortuito, pues era apenas lógico que con los diagnósticos que padecía se pudiese producir su deceso en un periodo de tiempo corto.

Adicionalmente, no es posible aplicar alguna analogía al caso en concreto, en virtud de la cual se equipare un amparo básico de “muerte” a un amparo de muerte accidental, pues es evidente que cubren eventos distintos. Si al momento de crear el producto Metlife dispuso que la Póliza de Accidentes Personales cubriría eventos de origen accidental y el Asegurado al momento de contratar la misma acepta tales disposiciones, no pueden las partes e intervinientes entrar a desconocer esto.

En conclusión, se encuentra plenamente acreditado que el evento por el cual se reclama no se encuentra amparado por la cobertura de muerte accidental ni por ninguna otra cobertura, pues no se ha demostrado que el fallecimiento del Asegurado haya sido accidental. Por esta razón, las pretensiones de la demanda dirigidas al reconocimiento y pago del valor asegurado para la cobertura de muerte accidental deberán ser desestimadas en su totalidad.

2 Ausencia de cobertura - Inexistencia de requisitos necesarios para afectar la cobertura de incapacidad total y permanente de la Póliza

El presente litigio tiene origen en un contrato de seguro, el cual pertenece a la categoría de contratos privados y, en consecuencia, está regido por las normas y principios establecidos en el Código de Comercio y por las condiciones que expresamente indicadas en el texto de la Póliza.

Adicionalmente, de acuerdo con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, Metlife expidió la Póliza estableciendo de manera clara las coberturas y el alcance de cada una de ellas, incluyendo los requisitos necesarios para que

puedan afectarse las mismas, lo cual de ninguna manera se cumple en el presente proceso como pasa a exponerse.

Ahora bien, ratificamos para esta excepción los argumentos jurídicos expuestos previamente, relacionados con las pautas de interpretación del contrato de seguro, así como los argumentos fácticos señalados en torno a las enfermedades comunes que padecía el Asegurado y que lo llevaron a tener un delicado estado de salud y finalmente, a morir.

2.1 Alcance de la cobertura de incapacidad total y permanente de la Póliza

La Póliza contratada por la Demandante cuenta con el amparo de incapacidad total y permanente para las personas aseguradas para la misma. En las condiciones generales de la Póliza, se definió la incapacidad total y permanente de la siguiente manera:

4.4. Incapacidad Total y Permanente (Invalidez)

LA COMPAÑÍA se obliga a pagar al asegurado, el valor asegurado señalado, si se cumplen las siguientes condiciones:

1. Cuando así se indique expresamente en la carátula de la póliza y en el certificado individual de seguro.
2. Si dentro de los noventa (90) días calendario contados desde la fecha del accidente en que el asegurado ha sufrido lesiones corporales (internas o externas), estas dan lugar a una incapacidad total y permanente.
3. Que la incapacidad se haya mantenido por un periodo continuo no menor a ciento cincuenta (150) días calendario contados desde la fecha en que fue determinada por parte de un médico, el primer día de incapacidad.
4. Que las lesiones del accidente generen una pérdida de capacidad laboral superior al cincuenta por ciento (50%), certificada por una junta de calificación de invalidez o entidad equivalente, quien determina lo anterior con base en manuales de calificación de invalidez soportados médicamente. La fecha de estructuración de la incapacidad debe encontrarse dentro de la vigencia de la cobertura del asegurado.

De acuerdo con lo expuesto, es claro que es posible afectar la cobertura de incapacidad total y permanente, siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos en la Póliza, con los cuales se acredita la ocurrencia del siniestro para obtener el pago del valor asegurado.

2.2 Caso concreto

La Demandante pretende el pago del valor asegurado para el amparo de incapacidad total y permanente de la Póliza, con ocasión del estado de invalidez en el que

supuestamente se encontraba su compañero permanente luego de sufrir un accidente de tránsito en el año 2017. Sin embargo, ni en las solicitudes presentadas por la Demandante a la compañía ni en el presente proceso judicial, se ha podido acreditar la ocurrencia del siniestro con el fin de obtener de la compañía el pago del valor asegurado.

En los hechos de la demanda se indica que el accidente de tránsito afectó la locomoción del Asegurado, lo que lo llevó a usar bastón y estar siempre acompañado para la realización de las actividades diarias (hecho cuarto de la demanda), sin embargo, ello no es prueba de la supuesta incapacidad total y permanente que tenía el Asegurado.

Con las pruebas aportadas al expediente, es posible afirmar que la limitación física del Asegurado tenía su origen en una **enfermedad** y no en un accidente y mucho menos en el accidente de tránsito que sufrió el 7 de mayo de 2017.

Ahora bien, no se pretende desconocer que el accidente de tránsito haya causado lesiones en el Asegurado, pero de ninguna manera existe prueba de que las mismas hayan sido de tal magnitud que solo estas le hubiesen causado un estado de invalidez al Asegurado. Se reitera que la invalidez debe estar definida o calificada por alguna de las entidades habilitadas por la Ley 100 de 1993 para ello¹¹, es decir, por la EPS a la cual se encuentre afiliado el paciente, ARL, ARP, aseguradoras que asuman el riesgo invalidez o muerte o las Juntas de Calificación de Invalidez.

Con las solicitudes de indemnización remitidas a la aseguradora ni en el presente proceso se allegó dicha calificación. En gracia de discusión, ni siquiera se aportó certificación médica o concepto de médico tratante en el cual se indicara que el asegurado era una persona inválida o que tenía una incapacidad total y permanente, simplemente la Parte Demandante estimó que, como el Asegurado no podía realizar actividades de la vida diaria sin ayuda, ya tenía una incapacidad total y permanente y que por ello Metlife estaba en la obligación de pagar el valor asegurado de la Póliza.

Igualmente, y retomando los requisitos establecidos en las condiciones generales de la Póliza, tampoco se encuentra prueba de que durante los 90 días siguientes al accidente de tránsito, el Asegurado hubiese dicho calificación por la incapacidad total y permanente causada por ese accidente.

Finalmente, de acreditarse que el Asegurado efectivamente cursó con un estado de invalidez antes de su fallecimiento, lo cierto es que el mismo no se produjo a raíz de un evento accidental, sino como el resultado normal de la evolución de sus graves enfermedades.

¹¹ Artículo 41 de la Ley 100 de 1993.

En consecuencia, al no encontrarse probado el siniestro de acuerdo con lo establecido en la Póliza, las pretensiones dirigidas al reconocimiento y pago del valor asegurado del amparo de incapacidad total y permanente de la Póliza deberán ser desestimadas.

3 Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro

El artículo 1081 del Código de Comercio señala en forma imperativa, el término de prescripción que tienen las acciones derivadas del contrato de seguro. La mencionada norma dispone:

“ARTÍCULO 1081. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Se destaca)

Conforme la anterior norma, desde el momento que el interesado tiene conocimiento del hecho que da base a su acción, cuenta con dos años para ejercer las acciones derivadas del contrato de seguro.

3.1 Interrupción del término de prescripción

El término antes mencionado puede ser interrumpido de conformidad con lo dispuesto en el artículo 94 del Código de Comercio. Dicha disposición señala que el término de prescripción puede interrumpirse por el requerimiento del deudor al acreedor, en este caso, con la reclamación que presenta el asegurado a la compañía de seguros, lo que supone que el término de dos años vuelve a contarse para el asegurado.

Sobre el particular, la Dirección Jurídica de la Superintendencia Financiera en Concepto del 20 de octubre de 2014 señaló que esta modalidad general de interrupción de la prescripción introducida por el CGP, también aplica a las acciones derivadas del contrato de seguro **siempre que se consoliden las condiciones de acreedor y deudor de las partes intervinientes en el negocio asegurador**. Así mismo, el Tribunal Superior de Bogotá - Sala Civil, ha adoptado esta tesis en varios fallos, entre ellos, el proferido el 3 de abril de 2019 dentro del proceso Rad.

11001310301020170037201, adelantado por Elsa Yolanda ángel García contra Positiva Compañía de Seguros S.A., en dicha sentencia se estableció lo siguiente:

*“En efecto, conforme a los documentos anexos al expediente, se tiene que la actora ajustó en los términos del art. 1077 del C. de de Co en concordancia con el 1053 la reclamación ante la asegurado el 25 de junio de 2015 (fl. 130), la cual fue objetada el 26 de noviembre del mismo año (fl. 103-104) y, en aplicación del canon 94 del Código General del Proceso, dicha reclamación tiene la virtud de interrumpir civilmente la prescripción, **toda vez que la norma en comento determina que, para dichos efectos se requieren de dos exigencias (i) que se trate de un requerimiento por escrito del acreedor al deudor, en forma directa.** (ii) éste solo podrá hacerse por una sola vez para que pueda considerarse como interrupción, como lo que ocurrió en éste asunto.*

La doctrina ha propugnado desde antaño, porque no solo se puede interrumpir civilmente la prescripción, en materia de seguros, con la presentación de la demanda, sino con la presentación de la reclamación.

(...)

*En este punto es del caso traer a colación lo expuesto por el tratadista Hernán Fabio López al comentar sobre la interrupción de la prescripción por el requerimiento a que se refiere el artículo 94 de CGP señala que la norma amplió a toda clase de prescripción extintiva los efectos de la reclamación que antes estaba solamente permitida para las prescripciones de corto plazo y **advierde que el aviso de siniestro cuando se trata de una obligación a cargo de la aseguradora no conlleva las características de requerimiento para el pago, “pero sin duda si lo tiene la presentación de la reclamación de que trata el artículo 1077 del C. de Co”**¹². (Se destaca)*

De acuerdo con lo expuesto, es claro que la simple comunicación o aviso al asegurador no interrumpe de ninguna manera la prescripción derivada del contrato de seguro, ni que la solicitud de afectación del amparo por parte de un tercero cause los mismos efectos.

Por el contrario, se requiere que el asegurado o beneficiario de la Póliza sea el que presente el requerimiento o la solicitud de indemnización y que dicha solicitud reúna los requisitos establecidos en el artículo 1077 del Código de Comercio, que para el caso de seguros de vida, se trata únicamente de la acreditación del siniestro conforme lo contratado en la Póliza.

¹² Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá, Relatoría Sala Civil, Familia y Laboral, sentencia de 3 de abril de 2019. M.P. Liana Aida Lizarazo Vaca, radicado 11001310301020170037201.

3.2 Suspensión del término de prescripción

Adicionalmente, el término de prescripción puede ser objeto de suspensión de conformidad con lo establecido en el artículo 21 de la Ley 640 de 2001, el cual establece que la conciliación prejudicial suspende el término de prescripción desde la solicitud de la misma hasta la fecha en la cual se lleve a cabo la audiencia.

Esta posición ha sido reiterada por la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia. Al respecto, en sentencia del 12 de agosto de 2020, la mencionada Corporación al resolver sobre una acción de tutela contra providencia judicial señaló:

*“Y es que, como quedó visto, la determinación del ad quem obedeció a que halló demostrado que, luego de verificado el hecho asegurado el 6 de julio de 2016, la prescripción de los 2 años que comenzó a correr desde el conocimiento del mismo por parte de los beneficiarios del seguro, se interrumpió una vez el 30 de septiembre de ese mismo año, con ocasión de la primera de varias peticiones de pago de la indemnización elevadas por éstos a la aseguradora, reiniciándose el conteo extintivo, y, posteriormente se suspendió por un (1) mes, desde la presentación de la solicitud de conciliación prejudicial y hasta la emisión del acta de desacuerdo, de modo que para el 15 de febrero de 2019, cuando se presentó el libelo, la figura extintiva ya había operado, por haberse cumplido el término para ello el 30 de octubre de 2018, imponiéndose así el decaimiento de la acción incoada, conforme mediante excepción lo solicitaron los demandados.”*¹³ (Se destaca)

3.3 Caso concreto

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, para verificar si la acción instaurada en el presente caso se encuentra prescrita, se hace pertinente realizar el siguiente análisis:

3.3.1 Respecto al amparo de incapacidad total y permanente

- (a) Como se ha expuesto a lo largo de este escrito, no se encuentra acreditado que el Asegurado padeciera de una incapacidad total y permanente y mucho menos que la misma tuviese una causa accidental. En ese sentido, no es posible afirmar que existiera un “siniestro” amparado por la Póliza y que por el mismo el beneficiario del amparo tuviese una fecha límite para presentar la reclamación a Metlife.

¹³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 12 de agosto de 2020, Rad: 11001-02-03-000-2020-01593-00, M.P: Álvaro Fernando García Restrepo.

- (b) No obstante, en el eventual e hipotético caso en el cual se indicara que el accidente de tránsito si haya ocasionado una incapacidad total y permanente al asegurado y se tomara dicha fecha para el cómputo de los términos, la acción en todo caso estaría prescrita.
- (c) Lo anterior, toda vez que desde la fecha del accidente (**7 de mayo de 2017**) e incluso desde la fecha de la caída que sufrió de la cama (**5 de julio de 2018**) y la presentación de la demanda el **27 de mayo de 2021, ya habían transcurrido más de dos años.**
- (d) Adicionalmente, no puede indicarse que el término de prescripción fue interrumpido con base en la solicitud de indemnización presentada el 8 de agosto de 2018, a la cual se hace referencia en los ordinales “décimo” y “décimo primero” de acápite de hechos de la demanda, pues no se presentó un requerimiento por el acreedor al deudor, como lo establece el artículo 94 del CGP.
- (e) En todo caso, aceptando en gracia de discusión que el 8 de agosto de 2018 se interrumpió la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en lo que respecta al amparo de incapacidad total y permanente, en todo caso llegaríamos a la misma conclusión, pues la demanda se habría presentado por fuera del plazo otorgado por el legislador.
- (f) Si contabilizamos el término de prescripción para el amparo de incapacidad total y permanente desde la fecha del accidente de tránsito del 7 de mayo de 2017, tendríamos que la prescripción se configuró el 7 de mayo de 2019. Por ende, tampoco operó una suspensión del término, atendiendo a que, para la fecha de presentación de la solicitud de conciliación el 17 de mayo de 2019¹⁴, ya habían transcurrido dos años desde la fecha del accidente de tránsito.
- (g) El término de prescripción permaneció suspendido durante 107 días, entre el 16 de marzo de 2020 y el 30 de junio de 2020, con ocasión de la pandemia Covid-19. Por ende, en los cálculos siguientes se tiene en cuenta dicho término de suspensión.
- (h) Por otra parte, si se tomara la fecha de la caída como determinante para el inicio del cómputo de la prescripción, y considerando la suspensión del proceso en virtud de la pandemia COVID-19 y la solicitud de conciliación

¹⁴ Expediente virtual - PDF “010.DEMANDA YOLANDA VILLAMIL Anexos” - Página 55.

prejudicial, suspensión que duró tan solo 29 días¹⁵, la demanda tampoco se habría presentado en término.

- (i) Finalmente, se precisa que la interrupción del término de prescripción opera por una sola vez, por lo cual no es jurídicamente viable afirmar que la interrupción de la prescripción operó el 10 de diciembre de 2018, fecha en la cual se radicó una nueva solicitud de afectación de la Póliza.
- (j) Sin perjuicio de lo anterior, incluso si tomáramos el 10 de diciembre de 2018 como fecha de interrupción de la prescripción, y aplicáramos el término de suspensión de la prescripción con ocasión de la pandemia generada por el COVID-19 (107 días), y la suspensión por el trámite de conciliación extrajudicial (29 días), de igual manera la demanda radicada el **24 de mayo de 2021** se habría presentado por fuera del término de dos años que establece el artículo 1081 del Código de Comercio.

3.3.2 Respecto al amparo de muerte accidental

- (a) Como se ha dicho a lo largo de este escrito, no se cumplen los supuestos necesarios para indicar que la muerte del asegurado obedeció a una causa accidental. Por el contrario, de las pruebas que obran en el expediente y lo indicado en los hechos de la demanda, es posible afirmar que el asegurado falleció con ocasión de las enfermedades que padecía, las cuales no tuvieron origen en ningún accidente.
- (b) Sin perjuicio de lo anterior, en el eventual e hipotético caso en el cual el Despacho considere que el fallecimiento del asegurado fue consecuencia de un evento accidental, posición que no compartimos, la acción de la Demandante también estaría prescrita.
- (c) Lo anterior, teniendo en cuenta que con la solicitud de afectación del amparo de muerte accidental radicada el 10 de diciembre de 2018 - si aquella se entendiera como un requerimiento escrito del acreedor al deudor-, se habría interrumpido el término de prescripción. Por lo cual, la Demandante solo contaba, en principio, hasta el 10 de diciembre de 2020 para presentar la demanda.
- (d) Ahora bien, en atención a la solicitud de conciliación radicada por la Demandante, el término de prescripción se suspendió por 29 días, razón por la cual la Demandante contaba hasta el 8 de enero de 2021. No obstante lo anterior, en aras de tomar el término más conservador, se deberá tener en

¹⁵ La suspensión por conciliación solo duró 29 días, dado que la solicitud de conciliación fue radicada el 17 de mayo de 2019, y la audiencia se celebró el 14 de junio de 2019, fecha en la cual también se expidió la constancia de agotamiento del requisito de procedibilidad.

cuenta que, con ocasión de la emergencia sanitaria por el Covid-19, los términos estuvieron suspendidos por 106 días. En ese sentido, la Demandante finalmente contaba hasta el 26 de abril de 2021 para instaurar el presente proceso, lo cual solo hizo hasta el 24 de mayo de 2021.

Así pues, solicito al señor Juez declarar probada esta excepción y, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 278 del CGP, mediante sentencia anticipada dé por terminado el proceso en favor de Metlife.

4 Riesgo excluido

En caso de que las anteriores excepciones sean desestimadas por el Despacho, se pone de presente que, en el presente caso, deberá darse aplicación a la exclusión contenida en el numeral 18 de la condición 2 de las condiciones generales de la Póliza, tal como pasa a explicarse.

Como se indicó en las excepciones de mérito ya propuestas, de conformidad con el artículo 1056 del Código de Comercio, el asegurador puede a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que esté expuesto el interés o cosa, el patrimonio o la persona asegurada, lo cual quiere decir que, al celebrar el contrato de seguro, el asegurador está facultado para establecer limitaciones o condiciones del riesgo que se compromete a garantizar.

La delimitación del riesgo como facultad del asegurador ha sido ratificada por la jurisprudencia nacional. La Corte Constitucional expresó lo siguiente:

“Como se desprende del texto de la disposición transcrita [Artículo 1056], las aseguradoras tienen la posibilidad de delimitar los riesgos asegurados, es decir, el contenido del contrato. La facultad que pueden ejercer a su arbitrio no radica, por tanto, en la posibilidad o no de suscribir el contrato, sino en determinar el contenido de su clausulado, es decir, en la delimitación del riesgo. De tal artículo se desprende el principio de la cobertura de riesgos estipulados, en virtud del cual la aseguradora tan solo asume aquellos que específicamente se indiquen en la póliza pertinente¹⁶”.

Por su parte, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha señalado:

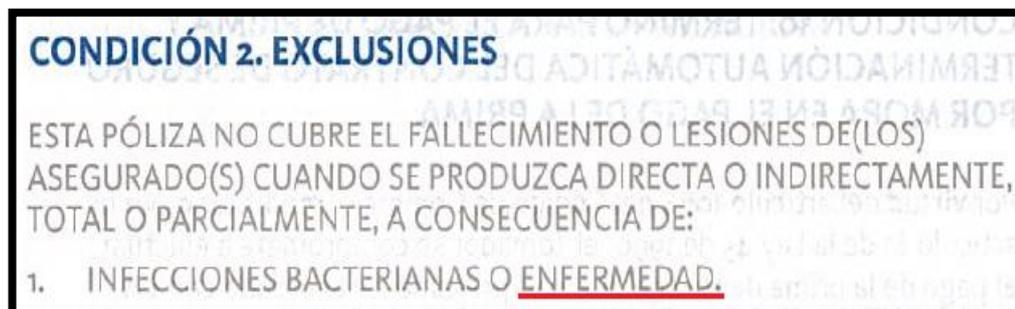
“La finalidad del contrato de seguro y a lo que apunta la intención común de los contratantes de este tipo de negocios jurídicos es obtener cobertura frente a determinados riesgos, cuya realización conduce al pago de la respectiva indemnización (art. 1054 del C. de Co.). Es claro también que el acuerdo de las partes para que se brinde amparo a una determinada clase de riesgos determina

¹⁶ Corte Constitucional, Sentencia T - 517 del 7 de julio de 2006. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra, Exp.1308125.

que, en principio, todos aquellos sucesos inciertos que se enmarquen dentro de los parámetros así establecidos sean objeto de la correspondiente cobertura. Sin embargo, es igualmente evidente, por así disponerlo la legislación nacional (art. 1056 del C. de Co), que en el contrato de seguro, y, particularmente, por determinación del asegurador, éste, teniendo presentes las restricciones legales, "podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado". En razón de lo anterior, los riesgos cubiertos en el contrato de seguro serán los que correspondan a la clase de amparo que genéricamente se ofrezca, o los que las partes de manera particular y explícita convengan adicionar, siempre y cuando, en uno u otro caso, respecto de los mismos no se establezca expresamente una exclusión por determinación del asegurador, claro está, aceptada por el tomador al perfeccionar la celebración del respectivo contrato."¹⁷ (Se destaca)

4.1 Exclusión 1 de las condiciones generales de la Póliza

En este caso, las partes excluyeron de las coberturas de la Póliza las lesiones o fallecimiento de los asegurados que se produjeran directa o indirectamente, total o parcialmente a consecuencia de enfermedades. Al respecto, en la exclusión 1 se indicó lo siguiente:



Pues bien, como se ha dicho a lo largo de este escrito, el fallecimiento del Asegurado no se produjo de ninguna manera por un accidente, definido en la Póliza como un evento imprevisto, repentino y fortuito, sino se produjo por las enfermedades de origen común - y no accidental - con las que contaba, entre las cuales se encontraban las siguientes:

¹⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 19 de diciembre de 2008, Rad: 11001-3103-012-2000-00075-01 , M.P: Arturo Solarte Rodríguez

Paciente de 68 años con diagnósticos de:

1. Endobronquitis bacteriana tratada
2. Hemorragia intraventricular Fisher IV
3. Secuelas de enfermedad cerebrovascular
 - 3.1. Secuelas de infartos cerebrales múltiples antiguos
 - 3.2. Enfermedad cardioembólica
 - 3.3. Barthel 10
4. Enfermedad renal crónica estadio 5
5. Hipertensión arterial
6. Hiperuricemia por HC
7. Ceguera bilateral

En la historia clínica del Asegurado se evidencia lo relacionado con la causa de su muerte, pues se señala que se trataba de un paciente con mal pronóstico y **enfermedades crónicas de importancia**:

Fecha: Sáb. 15 Sep. 2018 Hora: 21:33:51 Usuario: Guillermo Alejandro Caceres Di
Evolucion Medica
Evolucion, SV y Manejo a Seguir: *** NOTA MEDICA ***
SE ATIENDE LLAMADO DE ENFERMERIA POR PACIENTE PRESENTAR AUSENCIA DE PULSO POR MAS DE 10 SEGUNDOS COMPROBADO. PACIENTE CON MAL PRONOSTICO VITAL, DEPENDENCIA FUNCIONAL COMPLETA BARTHEL 0/1000, CON **ENFERMEADES CRONICAS DE IMPORTANCIA** Y SECUELAS NEUROLOGICAS DE SANGRADO CEREBRAL.
HORA DE MUERTE 21+20 DEL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2018.

A su vez, en el certificado de defunción que la Demandante aportó con una de sus solicitudes, se puede verificar que el fallecimiento del Asegurado obedeció a causas **naturales** y no accidentales. En el mencionado certificado que se aporta con esta contestación se lee lo siguiente:

Formulario de defunción con los siguientes datos:

- APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD): GALLEGÓ PEREZ OMAR EUCLIDES
- Primer Apellido: GALLEGÓ
- Segundo Apellido: PEREZ
- Primer Nombre: OMAR
- Segundo Nombre: EUCLIDES
- TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO: CÉDULA DE CIUDADANÍA
- NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD): 70044451
- DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO: NINGUNO DE LOS ANTERIORES
- A cuál pueblo indígena pertenece? (campo vacío)
- PROBABLE MANERA DE MUERTE: NATURAL (destacado con un recuadro rojo)
- DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN (campo vacío)

Resulta apenas lógico que una persona que tiene una enfermedad terminal y secuelas de enfermedad cerebrovascular - entre muchas otras, como ocurre en este caso - falleciera con ocasión de las mismas. Lo que evidencia que la causa de la muerte no obedeció a ninguna causa accidental.

Así pues, al configurarse la exclusión 1 contenidas en las condiciones generales de la Póliza, las pretensiones de la demanda dirigidas al reconocimiento y pago del valor asegurado de la Póliza con ocasión del fallecimiento del Asegurado deberán ser desestimadas en su totalidad.

4.2 Exclusión 18 de las condiciones generales de la Póliza

Adicionalmente, se configura la exclusión 18 aplicable a todos los amparos, la cual establece que la Póliza no cubrirá lesiones o fallecimiento de los asegurados en los siguientes eventos:

18. CUALQUIER TRASTORNO MENTAL O NERVIOSO O CURAS DE REPOSO.

La exclusión que se indica es aplicable en el presente caso, como quiera que una de las enfermedades que sufría el Asegurado, fue la que posiblemente deterioró su estado de salud a tal punto de causar su deceso. Nos referimos a la enfermedad cerebrovascular, la cual es considerada un trastorno del sistema nervioso según la Organización Mundial de la Salud (“OMS”).

Al respecto, se indica que desde el 1 de enero de 2022 entró en vigor la 11° Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11) de la OMS. Dicha clasificación es “una herramienta que busca la estandarización mundial de los datos que los países miembros de la OMS que

recogen en el ámbito de la salud, según el diagnóstico de los pacientes”¹⁸. En la mencionada clasificación, que entró en vigencia en el año 2022, se incluyeron los las enfermedades cerebrovasculares como enfermedades del sistema nervioso.

En ese sentido, es correcto afirmar que una de las enfermedades que padecía el Asegurado y que contribuyó de manera significativa con su deceso, se encuentra excluida de la cobertura de la Póliza, razón por la cual la misma no brinda cobertura.

Así las cosas, se encuentra probado que se cumple lo establecido en dos de las exclusiones establecidas en el condicionado de la Póliza y, en ese sentido, no hay lugar al reconocimiento y pago de ninguna suma de dinero a favor de la Demandante.

5 Improcedencia del pago de prima de seguro

Con la demanda se pretende la devolución de las primas pagadas desde el 15 de septiembre de 2018, fecha en la que falleció el Asegurado, y la fecha en la que se haga efectiva dicha devolución, la cual indicamos no es procedente.

Se informa al Despacho y a la Parte Demandante que, la prima del seguro se establece por cada vigencia y por todo el grupo asegurado. La prima del seguro incluye tanto el riesgo de incapacidad total y permanente como el de muerte accidental de la asegurada principal, quien haya designado en calidad de cónyuge y los demás miembros de su grupo familiar, con independencia de que sean uno o dos o tres más. En otras palabras, se cobra la misma prima sin importar las personas que hagan parte del grupo familiar.

De acuerdo con lo expuesto, no resulta lógico solicitar la devolución de parte de la prima, cuando la misma se devengó completamente por Metlife al cubrir el riesgo de incapacidad total y permanente y muerte accidental de **todos los asegurados en la Póliza**.

Así pues, solicito al Despacho desestimar las pretensiones de la demanda dirigidas al reconocimiento y devolución de las primas que ya fueron devengadas por Metlife.

6 Inexistencia de obligación de pago de perjuicios materiales y morales a cargo de Metlife

En el remoto evento en que el Despacho decida valorar la pretensión de perjuicios por la no afectación de la Póliza, lo cierto es que en este caso no se verifican las

¹⁸ Médica, G. (2021, diciembre 20). *La OMS clasifica el ictus como enfermedad del sistema nervioso en la CIE-11*. Gaceta Médica. <https://gacetamedica.com/investigacion/oms-ictus-enfermedad-sistema-nervioso-cie-11/>

exigencias para que Metlife pueda ser obligada al pago de los mismos sobre la hipotética condena que sea decretada a su cargo.

En efecto, la eventual obligación que tendría que asumir Metlife está regulada por las normas relativas al contrato de seguro contenidas en el Código de Comercio. Así, es el artículo 1080 del Código de Comercio el que regula la posibilidad restrictiva, limitada y excepcional de que se ordene a la aseguradora a pagar intereses moratorios o perjuicios al asegurado. Dispone esa norma que tal supuesto solo puede ocurrir en el siguiente evento:

“El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.

(...)

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior <inciso primero original del artículo>, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador”. (Se destaca)

Conforme a lo anterior, la jurisprudencia ha sido enfática en señalar que la condena por intereses moratorios o perjuicios en contra de la aseguradora es una posibilidad **restrictiva, excepcional y que debe estar precedida de su culpa en la apreciación y objeción del siniestro** para que tal sanción pueda ser procedente, impidiéndose una condena de carácter objetivo o automático por este concepto. Al respecto, indicó la Corte Suprema de Justicia en un reciente pronunciamiento:

“Pero esa sanción -ha afirmado esta Corte- no se impone de manera objetiva, pues para que haya lugar a ella es necesario que la falta de pago de la indemnización carezca de causa justificada o le sea imputable al asegurador, por lo que el juez deberá entrar a valorar en todos los casos el motivo de retraso en la liquidación.

En ese orden - prosiguió esta corporación, si la excusa de la aseguradora consiste en que no fue posible determinar el monto del daño, y logra probar ese hecho en el proceso, entonces no habrá lugar a imponerle sanción alguna, porque es claro que la falta de satisfacción oportuna de la obligación no se debió a su culpa, tal como ha sido explicado por esta Sala: En consecuencia el monto líquido de la obligación de pagar el capital asegurado y de la mora (...) razón por la cual, en ausencia de comprobación, no es exigible ni la indemnización ni la sanción moratoria.” (Se destaca)

Pues bien, en este caso no se encuentran cumplidas las exigencias para que pueda ordenarse una condena por intereses moratorios o perjuicios a título de daño moral a cargo de Metlife, pues no se ha acreditado la ocurrencia del siniestro.

Así, al no estar demostrado el siniestro en las condiciones establecidas en la Póliza, tanto para el amparo de incapacidad total y permanente como para el amparo de muerte accidental y habiéndose objetado la reclamación, es que aún en el remoto evento en que el Despacho encuentre que se debe afectar la Póliza con ocasión de los hechos de la demanda, no podría condenar a mi representada al pago de perjuicios a título de daño mora por la suma de \$23.000.000.

Adicionalmente, la Parte Demandante no ofrece ninguna explicación de cómo ha sido afectada en su órbita subjetiva, íntima o interna por el no pago del seguro. Al tratarse de un supuesto perjuicio que derivaría de un presunto incumplimiento contractual, su causación debe probarse en el proceso, así como su conexidad con el presunto incumplimiento, lo cual hasta el momento no ha tenido lugar.

Así las cosas, la suma reclamada por daño moral es improcedente por carecer de fundamento, soporte probatorio y no estar conformes con los lineamientos que determinan su procedencia y cuantificación.

Finalmente, em torno a los presuntos perjuicios materiales correspondientes a los honorarios del apoderado, es clara su improcedencia, dado que se tratan de una carga que debe asumir la parte que los contrata y solo se pueden imputar a la contraparte en caso de resultar vencida, y encontrarse acreditados en la liquidación de las costas.

Por lo anterior, las pretensiones relativas a pago de perjuicios frente a Metlife, reitero, deben negarse.

5 La responsabilidad de Metlife está limitada al valor asegurado

Sin perjuicio de lo anterior, es evidente que la responsabilidad de Metlife está limitada por el valor de la suma asegurada establecida en el contrato de seguro, suma por encima de la cual, en consecuencia, no se podrá proferir condena en su contra.

En ese sentido, solicitamos al Despacho atender a lo consignado en la carátula o certificado individual de la Póliza para cada una de las vigencias de la misma, en caso de considerarse que Metlife está obligada al pago de alguna suma de dinero a favor de la Demandante.

6 Sujeción a los términos, límites, exclusiones y condiciones previstos en la Póliza

Respetuosamente solicito al Despacho tener en cuenta todos los términos, límites, exclusiones y condiciones particulares y generales establecidos en la Póliza

expedida por Metlife, los cuales determinan el alcance de las eventuales obligaciones de mi representada en este caso y los cuales se encuentran contenidos específicamente en las condiciones generales de la Póliza.

7 Genérica

De conformidad con el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito se declaren las excepciones que conforme a derecho resulten probadas en este proceso, aun cuando estas no hayan sido mencionadas de manera expresa en la contestación de la demanda.

V. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

En los términos del artículo 206 del CGP, me opongo al juramento estimatorio de la demanda en los siguientes términos:

- 1 La Demandante solicita la suma de \$681.761 a título de lucro cesante, porque en su opinión la compañía devengó dicha prima sin amparar el riesgo en la vida e integridad del Asegurado. No obstante, la prima del seguro se fija y cobra mensualmente y por la suma pagada en cada vigencia **por todo el grupo asegurado, con independencia de cuántas personas conformen el mismo**. Por lo anterior, es claro que Metlife devengó la totalidad de la prima del seguro aun después del fallecimiento del Asegurado, pues siguió amparando la incapacidad total y permanente y muerte accidental de los demás asegurados de la Póliza, entre los cuales se encuentra la Demandante.
- 2 Adicionalmente, no hay lugar al reconocimiento de \$23.000.000 por concepto de perjuicios morales, pues no se han acreditado los mismos y los mismos tampoco resultan procedentes de cara a lo establecido en el último inciso del artículo 1080 del Código de Comercio, como quiera que ni siquiera con el presente proceso se ha logrado acreditar la ocurrencia del siniestro para reclamar de la aseguradora el pago de alguna de las sumas aseguradas y el pago de perjuicios por la mora en el pago de los valores asegurados.
- 3 Finalmente, en torno a los presuntos perjuicios materiales correspondientes a los honorarios del apoderado, es clara su improcedencia, dado que se tratan de una carga que debe asumir la parte que los contrata y solo se pueden imputar a la contraparte en caso de resultar vencida, y encontrarse acreditados en la liquidación de las costas.

VI. PRUEBAS Y ANEXOS

Solicito al Despacho que decrete o tenga como pruebas, según el caso, las siguientes:

Documentales

- 1 Certificado de existencia y representación de Metlife Colombia Seguros de Vida S.A. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
- 2 Certificado de existencia y representación de Metlife Colombia Seguros de Vida S.A. expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.
- 3 Copia del certificado individual de la Póliza para la vigencia 2017 a 2018.
- 4 Copia del certificado individual de la Póliza para la vigencia 2018 a 2019.
- 5 Copia del condicionado aplicable a la Póliza.
- 6 Copia de la solicitud de afectación del amparo de incapacidad total y permanente de la Póliza radicada por la Demandante el 8 de agosto de 2018.
- 7 Copia de la solicitud de reconsideración radicada el 12 de septiembre de 2018.
- 8 Copia de la respuesta a la solicitud de reconsideración emitida el 27 de septiembre de 2018.
- 9 Copia de solicitud de afectación del amparo de muerte accidental de la Póliza y reiteración de solicitud de afectación del amparo de incapacidad total y permanente, radicada el 10 de diciembre de 2018.
- 10 Copia del certificado de defunción antecedente para el registro civil, emitido por el médico Guillermo Alejandro Cáceres Díaz.
- 11 Copia de la objeción emitida el 14 de marzo de 2019.
- 12 Copia de la objeción emitida para el amparo de muerte accidental el 16 de julio de 2019.
- 13 Copia de la citación a la audiencia de conciliación prejudicial.

Interrogatorio de parte

Solicito al Despacho que decrete el interrogatorio de parte que deberá absolver la Parte Demandante, a saber, la señora Yolanda Villamil Turriago.

Declaración de parte

De conformidad con lo establecido en el artículo 165 del Código General del Proceso, solicito al Despacho que decrete la declaración de parte de la representante legal de Metlife Colombia Seguros de Vida S.A. o quien haga sus veces.

Testimonio técnico

Solicito al Despacho que decrete el testimonio de **JORGE MANUEL RINCÓN**, médico de la aseguradora y quien conoció del caso reclamado por la Demandante. El testigo puede ser ubicado en la Carrera 7 No. 99 - 51 Piso 17, de la ciudad de Bogotá y citado a través del correo electrónico: secretaria.general@metlife.com.co

La solicitud se hace atendiendo a lo dispuesto en los artículos 212 y 220 el CGP, para lo cual se precisa que con dicho testimonio se pretenden probar los hechos relacionados con las patologías o diagnósticos que sufría el Asegurado, la causa de su muerte, y lo relacionado con la reclamación presentada frente a los amparos de incapacidad total y permanente y muerte accidental, así como las objeciones presentadas por Metlife.

VII. NOTIFICACIONES

Mi representada y la suscrita recibimos notificaciones y podemos ser contactados con base en la siguiente información:

Dirección: Av. Carrera 9 No. 115-06 Of. 2802. (Bogotá D.C.)

E-mail: Monica.Tocarruncho@kennedyslaw.com

Catalina.Botero@kennedyslaw.com

Alejandra.Diaz@kennedyslaw.com

Teléfono: +57 1 390 5888

Del Honorable Despacho, con toda atención,


ALEJANDRA DÍAZ HERRERA

C.C 1.032.482.230 de Bogotá D.C.

T.P. 342.277 del C.S. de la J.