

Abogado

Señor  
JUEZ 16 CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN  
E.S.D.

OJMIL 40CT'19 2:25

**PROCESO:** DECLARATIVO

**DEMANDANTE:** GUILLERMO EFREN RIOS Y OTRO

**DEMANDADO:** CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMA

**LLAMADO-EN GTIA:** ALLIANZ SEGUROS S.A

**RADICADO:** 05001310301620170005000

JUAN DAVID GÓMEZ RODRÍGUEZ, identificado como aparece al pie de mi firma y actuando como apoderado judicial de la compañía aseguradora ALLIANZ SEGUROS S.A, en la oportunidad legal me permito contestar el llamamiento en garantía formulado por la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA – COMFAMA y hacer unas consideraciones frente a la demanda principal y frente a la imputación que se hace frente a la entidad llamante en garantía en los siguientes términos:

**RESPUESTA A LOS HECHOS DE LA DEMANDA:**

**AL 1:** Es cierto que la señora MÓNICA MURIEL TORO nació el 18 de septiembre de 1979, tal y como consta en la prueba documental que obra en el proceso.

**AL 2:** No le consta a mi representada la relación sentimental de la señora TORO con el demandante.

**AL 3:** Es cierto que Mateo Ríos Muriel es hijo de las personas que se indican en el numeral anterior, lo anterior, según la prueba que obra en el expediente.

**AL 4:** En este numeral se relacionan varios hechos, por lo que les daremos respuesta en forma separada, así:

No le consta a mi representada las condiciones de tiempo, modo y lugar en que ocurrió el accidente de tránsito en el cual estuvo involucrada la señora TORO.

No le consta a mi representada las atenciones médicas brindadas a la señora TORO en el Hospital Pablo Tobón Uribe, como consecuencia del accidente.

**AL 5:** No le consta a mi representada las atenciones médicas brindadas a la señora TORO en el Hospital Pablo Tobón Uribe el 15 de noviembre de 2013.

**AL 6:** No le consta a mi representada las atenciones médicas brindadas a la señora TORO en el Hospital Pablo Tobón Uribe el 21 de noviembre de 2013.

Juan David Gómez Rodríguez » Abogado

27 OCT 2019  
Aicardo

» jdgomez@jdgabogados.com  
Cel. 3007771312  
Medellín - Colombia

**AL 7:** No le consta a mi representada las atenciones médicas brindadas a la señora TORO en el Hospital Pablo Tobón Uribe el 21 de noviembre de 2013.

**AL 8:** No le consta a mi representada las atenciones médicas brindadas a la señora TORO en el Hospital Pablo Tobón Uribe el 21 de noviembre de 2013.

Es importante tener presente que hasta este momento no se ha presentado ningún actuar de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA - COMFAMA que diera lugar a una declaratoria de responsabilidad.

**AL 9:** En este numeral se relacionan varios hechos, por lo que les daremos respuesta en forma separada, así:

Es cierto que el 29 de noviembre de 2013 la señora MÓNICA MURIEL TORO consultó en la IPS Comfama con medicina general.

En cuanto a la identificación de la profesional que atendió a la paciente nos atenemos a lo que conste en el expediente.

**AL 10:** En este numeral se relacionan varios hechos, por lo que les daremos respuesta en forma separada, así:

Es cierto que durante la consulta la paciente presentó un cuadro clínico de taquicardia y dolor precordial.

Es cierto que a la paciente se le realizó el respectivo examen médico.

No es cierto que la paciente presentara dolor agudo.

Ahora, de la historia clínica se puede concluir que durante esta consulta la paciente no presentó signos de alarma que permitieran pensar en una patología grave o que ameritara un tratamiento distinto.

La señora MÓNICA MURIEL TORO en esta oportunidad se encontraba en buenas condiciones de salud.

**AL 11:** Es cierto que durante el examen físico se encontró que la paciente presentaba taquicardia.

Reiteramos que la taquicardia no es un signo de alarma que indicara la existencia de una patología grave o que pusiera en riesgo la vida de la paciente.

**AL 12:** En cuanto al diagnóstico emitido por la profesional que atendió a la paciente, nos atenemos a lo que conste en la historia clínica.

**AL 13:** Es cierto que la profesional que atendió a la paciente le dio instrucciones sobre los signos y síntomas que presentaba.

AL 14: Lo manifestado en este numeral no corresponde a un hecho, sino que son consideraciones de la parte actora que no tienen ningún fundamento científico.

Es importante tener presente desde ya, que los signos que presentó la paciente en la atención del 29 de noviembre de 2013 no son asociados a un posible trombo embolismo pulmonar (TEP).

AL 15: Es cierto que en la consulta del 29 de noviembre de 2013 se prescribieron medicamentos.

Reiterando, que en esta oportunidad se ordenó la práctica de un electrocardiograma.

AL 16: En este numeral se relacionan varios hechos, por lo que les daremos respuesta en forma separada, así:

No es cierto que los medicamentos ordenados sean utilizados para dolores leves.

No es cierto que estos medicamentos no sean los adecuados para el manejo de los signos que presentaba la paciente.

Al respecto, se advierte que el Naproxeno sódico es un antiinflamatorio, indicado para el manejo de dolor precordial.

No es cierto que los medicamentos ordenados hayan causados daños en la salud de la paciente.

AL 17: Lo manifestado en este numeral no constituye un hecho, sino que es una consideración de la parte actora.

AL 18: No le consta a mi representada las atenciones brindadas a la paciente en la Clínica Sagrado Corazón el 2 de diciembre de 2013.

AL 19: No le consta a mi representada las condiciones en las cuales se encontraba la señora TORO en esta oportunidad.

AL 20: No le consta a mi representada las atenciones brindadas a la paciente en la Clínica Sagrado Corazón el 2 de diciembre de 2013

AL 21: No le consta a mi representada las atenciones brindadas a la paciente en la Clínica Sagrado Corazón el 2 de diciembre de 2013

AL 22: No le consta a mi representada las atenciones brindadas a la paciente en la Clínica Sagrado Corazón el 2 de diciembre de 2013

AL 23: No le consta a mi representada la causa de la muerte de la señora TORO.

AL 24: Es cierto que el médico tratante de la Clínica Sagrado Corazón solicitó la presencia del CTI.

AL 25: Lo manifestado en este numeral no constituye a un hecho, sino que es una consideración de la parte actora.

AL 26: En cuanto al contenido del informe de Medicina Legal, nos atenemos a lo que se pruebe en el proceso.

AL 27: Lo manifestado en este numeral no constituye a un hecho, sino que es una consideración de la parte actora.

AL 28: En este numeral se relacionan varios hechos, por lo que les daremos respuesta en forma separada, así:

No es cierto que la causa de la muerte de la paciente sea atribuible a una falla en la prestación del servicio de salud.

No le consta a mi representada como está conformado el núcleo familiar de los demandantes.

AL 29: No le consta a mi representada los perjuicios materiales causados a los demandantes.

AL 30: No le consta a mi representada los perjuicios materiales causados a los demandantes.

AL 31: No le consta a mi representada los perjuicios inmateriales causados a los demandantes.

AL 32: No le consta a mi representada las condiciones personales de los demandantes.

AL 33: Lo manifestado en este numeral no corresponde a un hecho, sino que son consideraciones de la parte actora sin ningún fundamento.

AL 34: Lo manifestado en este numeral no corresponde a un hecho, sino que son consideraciones de la parte actora sin ningún fundamento.

AL 35: Lo manifestado en este numeral no corresponde a un hecho, sino que son consideraciones de la parte actora sin ningún fundamento.

AL 36: Lo manifestado en este numeral no corresponde a un hecho, sino que es el ejercicio del derecho de postulación.

**OPOSICION FRENTE A LAS PRETENSIONES INVOCADAS:**

Teniendo en cuenta la respuesta dada a los hechos de la demanda y que son el sustento fáctico de las pretensiones invocadas por la parte actora, manifestamos que nos oponemos a dichas pretensiones, pues carecen de sustento.

De los hechos que se indican en la demanda y de la prueba documental aportada con la misma, se puede concluir que no existe ningún medio de prueba que permita deducir responsabilidad de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA - COMFAMA en el fallecimiento de la señora MÓNICA MURIEL TORO.

La IPS COMFAMA brindó atención médica oportuna al paciente en cada oportunidad que éste lo requirió, atenciones que siempre estuvieron ajustadas a la *lex artis* y a los síntomas y signos que presentaba la señora MÓNICA MURIEL TORO.

Igualmente, es claro que no existe ninguna relación de causalidad entre la atención brindada por la IPS COMFAMA y la muerte de la señora MÓNICA MURIEL TORO, pues como ya indicamos, el 29 de noviembre de 2013, la paciente no presentaba ningún signo de alarma que indicara que la conducta del personal tratante fuera distinta.

Además, es necesario que la parte demandante demuestre los perjuicios que pretende le sean indemnizados, pues no basta con la simple afirmación de los mismos, sino que deberá aportar todos los elementos de convicción que permitan al fallador acceder a éstos, de lo contrario las pretensiones indemnizatorias no deben prosperar.

**Por último, no debe olvidar el despacho que nos encontramos bajo un escenario de culpa probada, por lo que en los términos del artículo 2341 del Código Civil y 167 del Código General del Proceso, le corresponde a la parte actora demostrar todos los elementos estructurantes de la responsabilidad civil, de lo contrario las pretensiones de la demanda no pueden prosperar.**

En estos términos nos oponemos a las pretensiones de la demanda formuladas en contra de la parte demandada.

**EXCEPCIONES DE MERITO:****➤ CARGA DE LA PRUEBA - LA CULPA MÉDICA DEBE SER PROBADA:**

Teniendo claro que el régimen aplicable a la responsabilidad médica, es el régimen de culpa probada y en aplicación del artículo 167 del Código General del Proceso aplicable al caso concreto, es claro que le corresponde al pretensor demostrar que durante la atención médica de la señora MÓNICA MURIEL TORO se presentó una falla en la prestación del servicio y que dicha falla es la causa única y directa de los daños pretendidos; y en caso de no lograrse acreditar dichas situaciones, las pretensiones de responsabilidad formuladas no deben prosperar.

Además, es claro que la parte resistente, se exonera de responsabilidad, demostrando un actuar diligente y cuidadoso, demostrando una causal de exoneración o simplemente esperando que la parte pretensora no cumpla con la carga de la prueba; pues reiteramos que el régimen aplicable es el de la culpa probada y la carga de la prueba recae en cabeza del pretensor.

Como se indicó al momento de contestar los hechos de la demanda, y tal como se puede corroborar con la historia clínica, la atención que se le prestó a la señora MÓNICA MURIEL TORO por parte de la IPS COMFAMA fue inmediata, diligente y ajustada a la *lex artis*.

**En consecuencia, no existe hecho culposo ni relación de causalidad adecuada que permita imputar responsabilidad en cualquiera de sus modalidades. Es clara la ausencia de culpa.**

➤ **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA IPS COMFAMA:**

La responsabilidad que se pretende imputar a la demandada no debe prosperar, pues no se configuran los elementos estructurales de la responsabilidad, en especial, la falla en la prestación del servicio, el daño y el nexo causal; pues reiteramos que las atenciones brindadas al paciente por los profesionales de la IPS COMFAMA fueron oportunas y diligente, tal y como se explicó al momento de darle respuesta a los hechos de la demanda.

Con el fin de darle claridad al despacho, nos permitiremos hacer un análisis de cada uno de los elementos de la responsabilidad, para así poder concluir que en el presente asunto las pretensiones en contra de las entidades demandadas no deben prosperar.

• **INEXISTENCIA DE HECHO ILÍCITO:**

Teniendo en cuenta que nos encontramos en un escenario de responsabilidad civil subjetiva, por hecho ilícito según la jurisprudencia y doctrina vigente se ha entendido como aquella conducta imprudente, negligente, imperita o violatoria de reglamentos que tenga la potencialidad de causar un daño, y en el caso concreto como aquella falla en la prestación del servicio de salud; reiterando que en el presente asunto dicho hecho ilícito no se configura, pues el actuar del personal médico de la IPS COMFAMA estuvo ajustado a las guías y protocolos médicos para el manejo de los síntomas y signos que presentaba el paciente.

Es claro que los médicos de la IPS COMFAMA, en ningún momento actuaron por fuera de las guías y/o protocolos médicos, bien sea por acción y/u omisión; por el contrario de la historia clínica suscrita por los profesionales, se puede concluir que las atenciones brindadas fueron adecuadas; que los tratamientos ofrecidos y las instrucciones impartidas se compadecen con el motivo de consulta de la paciente, con los exámenes físicos realizados y con los signos y síntomas que se evidenciaron en esa oportunidad.

Advirtiendo que en la consulta llevada a cabo en la IPS COMFAMA nunca se manifestaron motivos de consultas de gravedad, signos o síntomas que pusieran el riesgo la integridad de la paciente y mucho menos que permitieran que el personal médico sospechara la evolución de un trombo embolismo pulmonar (TEP), pues esta patología no se manifestó en ninguna atención médica.

Igualmente, reiteramos que la IPS COMFAMA es una institución médica de primer nivel de complejidad, en la cual por criterios de habilitación no se cuenta con médicos especialistas y con el servicio de urgencias, como equivocadamente se afirma en el escrito de la demanda.

Además, de la prueba que obra en el expediente, es claro que el personal médico de la IPS COMFAMA cuenta con los conocimientos técnicos y académicos para atender los cuadros por los cuales consultó el paciente, reiterando el nivel de complejidad de la entidad.

Con el fin de demostrar que el actuar del profesional fue ajustado a la literatura médica, nos permitimos indicar lo siguiente:

- La IPS COMFAMA sede San Ignacio es una institución médica de primer nivel de complejidad.
- En dicha institución no se cuentan con servicios habilitados de urgencias, ni consulta externa con especialistas.
- Durante el año 2013 la paciente consultó en la IPS COMFAMA por presentar signos y síntomas que no suponían una patología grave.
- Las impresiones diagnósticas y tratamientos brindadas por el personal de la IPS COMFAMA se compadecen con los signos y síntomas que presentaba la paciente y con los exámenes médicos realizados.
- En la consulta realizada en la IPS COMFAMA se ordenaron los exámenes y remisiones que el paciente requería.
- La señora MÓNICA MURIEL TORO en ningún momento presentó signos y/o síntomas de alarma que hicieran pensar en un diagnóstico diferente o que su integridad estaba en riesgo.
- La evolución de las patologías que presentaba la paciente nunca se manifestaron en la IPS COMFAMA, pues basta con revisar la historia clínica para llegar a esta conclusión.
- En las atenciones brindadas se hicieron valoraciones exhaustivas de la paciente, desde sus condiciones físicas, antecedentes patológicos y quirúrgicos, tal y como consta en la historia clínica.

- Por último, en el escrito de la demanda no se precisa con claridad cuál es la falla en la presentación del servicio y en especial, en cual consulta fue que el personal de la IPS COMFAMA incurrió en algún error.

Teniendo claridad sobre las atenciones brindadas, se puede concluir que, en el caso concreto, el servicio de salud fue prestado de forma adecuada al paciente y no se evidencia ningún actuar culposo por parte de la IPS COMFAMA.

Reiteramos que de la lectura de los hechos de la demanda y los cuales necesariamente son el fundamento de las pretensiones invocadas por la parte actora, no se logra deducir o establecer con claridad cuál es la conducta culposa que se imputa y ante dicha deficiencia, es claro que las pretensiones de la demanda no deben prosperar.

#### • **INEXISTENCIA DE DAÑO INDEMNIZABLE:**

El daño como elemento fundamental de la responsabilidad, debe entenderse como la aminoración patrimonial sufrida por la víctima<sup>1</sup>, entendiéndose por supuesto la existencia de perjuicios materiales e inmateriales, como ha sido reconocido por la doctrina y jurisprudencia actual.

Adicionalmente, es necesario que el despacho entienda que el daño como elemento estructurante de la responsabilidad es necesario en todo proceso judicial donde se pretenda la indemnización de perjuicios, pues sin la presencia de éste no tendría objeto el proceso de responsabilidad.

#### **AUSENCIA DE DAÑO EN LOS TÉRMINOS Y CUANTIAS SOLICITADAS:**

Con el fin de darle claridad al despacho nos permitiremos pronunciarnos de forma separada frente a los perjuicios inmateriales y materiales pretendidos en el escrito de la demanda, asimismo manifestamos desde ya que las consideraciones que se hagan frente a estos últimos deberán ser tenidas en cuenta en la objeción al juramento estimatorio que se realizará en el capítulo correspondiente.

#### **RESPECTO DEL DAÑO INMATERIAL:**

En la demanda gran parte de los perjuicios que se pretenden son de orden inmaterial, pues se argumenta que el evento generó consecuencias negativas para las demandantes, sin embargo, no se exponen con claridad aquellas condiciones de vida que se vieron alteradas como consecuencia del evento que dio origen al presente proceso.

Adicionalmente, del escrito de la demanda se logra deducir un afán de obtener un beneficio económico por la ocurrencia del evento, pues basta con revisar la historia clínica de la paciente, para concluir que las atenciones médicas fueron ajustadas a los protocolos médicos y sobre todo que las sumas pretendidas no tienen ningún soporte jurídico, ni jurisprudencial.

---

<sup>1</sup> Juan Carlos Henao. El daño. Pag 83.

Igualmente, es indispensable que el fallador tenga presente que la función de la responsabilidad civil es indemnizatoria, es decir, se debe intentar dejar a las víctimas en un estado similar al que se tenía antes de la ocurrencia del hecho dañoso, lo que significa que no puede utilizarse la responsabilidad con una finalidad de enriquecimiento.

- **RESPECTO DEL DAÑO MATERIAL:**

En las pretensiones de la demanda se solicitada la indemnización de un lucro cesante a favor de los demandantes, bajo el presupuesto de haber perdido el beneficio económico que le brindaba la señora MÓNICA MURIEL TORO, sin embargo, en el proceso no se tiene ningún soporte de ello, por lo que esta situación deberá ser demostrado con plenitud en el proceso.

Con el fin de darle claridad al fallador, nos permitiremos hacer una referencia de normatividad sobre el artículo 1614 del Código Civil, norma que indica lo que se debe entender por lucro cesante, así:

El artículo 1614 del código civil, consagra:

*"Entiéndase por daño emergente el perjuicio o la pérdida que proviene de no haberse cumplido la obligación o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado su cumplimiento; y por lucro cesante, la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumpliéndola imperfectamente, o retardado su cumplimiento"*

En este orden de ideas y teniendo claridad sobre el concepto de lucro cesante, es claro que en los términos del artículo 167 del Código General del Proceso, la parte actora debe probar los supuestos de hecho que consagra la norma, es decir, para el caso concreto tendrá que demostrar cuáles eran los ingresos percibidos por la víctima, cuál era la destinación que la misma le daba a dichos ingresos y en especial que los demandantes dejaron de percibir un beneficio o provecho como consecuencia de la muerte de la señora MÓNICA MURIEL TORO, de lo contrario las pretensiones de la demanda no deben prosperar.

En cuanto al daño emergente pretendido en el escrito de la demanda, se debe afirmar que no existe ninguna prueba de demuestre que efectivamente se incurrieron en estos gastos y mucho menos que los mismos tiene consecuencia directa en una presunta falla en la prestación del servicio de salud brindado a la paciente.

• **INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL:**

Se debe entender por nexo causal, aquella relación física y jurídica que debe existir entre la conducta del agente y el daño, en el caso concreto, determinar si la conducta del personal médico de la IPS COMFAMA fue la causa directa y única de la muerte de la señora MÓNICA MURIEL TORO.

Ahora, teniendo en cuenta lo expresado durante el presente escrito y la prueba que ya obra en el expediente, es claro que las causas de la muerte de la señora MÓNICA MURIEL TORO fueron las complicaciones presentadas por una patología de base que nunca se manifestó y que no fue posible diagnosticar.

Por todo lo aquí indicado, no existe ningún medio de prueba que permita afirmar con certeza que exista una conducta culposa de la entidad demandada, IPS COMFAMA, que pueda ser la causa eficiente de los supuestos perjuicios que pretende la parte demandante.

**RESPUESTA A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO EN  
CONTRA DE ALLIANZ SEGUROS S.A.**

AL 1: En este numeral se relacionan varios hechos, por lo que les daremos respuesta en forma separada, así:

Es cierto que entre la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA – COMFAMA y ALLIANZ SEGUROS S.A se celebró contrato de seguro de responsabilidad civil.

El contrato de seguro se encuentra contenido en la póliza número 021844190/0.

AL 2: En este numeral se relacionan varios hechos, por lo que les daremos respuesta en forma separada, así:

Es cierto que el contrato de seguro se celebró bajo la modalidad de coaseguro en los términos del artículo 1095 del Código de Comercio.

Es cierto que las compañías aseguradoras participaron en la siguiente proporción: ALLIANZ SEGUROS S.A. en un 50%, SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. en un 37% y MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. en un 13%.

Lo anterior significa que, en caso de imponer una condena a las compañías aseguradoras, deberá hacerse en aplicación a estos porcentajes de participación en el contrato de seguro, tal y como lo señala el artículo 1092 del Código de Comercio.

Advirtiendo que las obligaciones que surgen para las compañías aseguradoras en virtud de un coaseguro no son solidarias, sino que son conjuntas, de acuerdo con el porcentaje de participación.

AL 3: En cuanto a las condiciones el contrato de seguro y respecto a la actividad de la entidad asegurada, nos atenemos a lo que conste en el contrato celebrado y a las coberturas del mismo.

AL 4: Es cierto que el contrato de seguro opera bajo un sistema de reclamación o cláusulas claims made.

**AL 5:** Es cierto, que la vigencia inicial del contrato fue convenida entre el 30 de octubre de 2015 al 29 de octubre de 2016.

**Advirtiendo que no basta que el contrato se encuentre vigente, sino que es necesario que el evento efectivamente se encuentre enmarcado en las condiciones del contrato de seguro.**

**AL 6:** Es cierto que la reclamación a la entidad asegurada se presentó el 18 de febrero de 2016, tal y como consta en la prueba obrante en el proceso.

**AL 7:** Es cierto que los demandantes presentaron demanda en contra de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA – COMFAMA en la cual se pretende que se declare la responsabilidad civil de la entidad por una supuesta falla en la prestación del servicio de salud brindado a la señora MÓNICA MURIEL TORO.

**AL 8:** Es cierto que EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A. formuló llamamiento en garantía en contra de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA – COMFAMA.

Ahora, es importante tener presente que para que las pretensiones del llamamiento en contra de mi representada puedan prosperar, es necesario que el contrato de seguro que sirvió de base al llamamiento en garantía tenga cobertura, se encuentre vigente y que además no se configure ninguna causal de exclusión en los términos contrato.

<p style="text-align: center;"><b>EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO A ALLIANZ SEGUROS S.A.</b></p>
--

En caso de ser necesario el estudio de las pretensiones del llamamiento en garantía formulado a mi representada, es claro que las mismas se deben resolver en aplicación de las condiciones particulares y generales del contrato de seguro contenido en la póliza número 021844190/0, con vigencia 30 de octubre de 2015 al 29 de octubre de 2016, celebrado entre la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA – COMFAMA y **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, en la modalidad de coaseguro como ya se indicó, pues son estas las estipulaciones contractuales que regulan la relación existente entre las partes.

Es importante advertir que para que las pretensiones del llamamiento en garantía puedan prosperar, es necesario que se declare la responsabilidad de nuestro asegurado y que dicha responsabilidad se enmarque en las condiciones de cobertura del contrato de seguro, es decir, que se materialice el siniestro.

Una vez estudiadas las condiciones particulares y generales del contrato de seguro, que sirvió de base para el llamamiento en garantía, el despacho deberá tener especial énfasis en lo siguiente:

➤ **CONTRATO DE SEGURO BAJO LA MODALIDAD DE COASEGURO.**

Tal y como consta en el contrato de seguro contenido en la póliza número 021844190/0 que sirvió de base al presente llamamiento en garantía, es claro que el mismo se celebró bajo la modalidad de coaseguro entre las compañías aseguradoras: Allianz Seguros S.A., Seguros Generales Suramericana S.A. y Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A., las cuales fueron vinculadas al proceso por la entidad asegurada.

La modalidad de coaseguro está permitida y regulada en el artículo 1095 del Código de Comercio en los siguientes términos:

*"Artículo 1095. Las normas que anteceden se aplicarán igualmente al coaseguro, en virtud del cual dos o más aseguradores, a petición del asegurado o con su aquiescencia previa, acuerdan distribuirse entre ellos determinado seguro".*

Igualmente, el artículo 1092 del mismo estatuto, aplicable al coaseguro, señala como debe procederse en caso de siniestro, así:

*"Artículo 1092. En el caso de pluralidad o de coexistencia de seguros, los aseguradores deberán soportar la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de éstos produce nulidad".*

**Lo anterior, con el fin de precisarle al despacho que, en caso de condena frente a las compañías aseguradoras, la misma deberá hacerse de forma conjunta y limitarse únicamente al porcentaje de participación de cada una de ellas en el contrato de seguro celebrado, es decir, entre las compañías aseguradoras no existe una relación solidaria en los términos del artículo 825 del Código de Comercio, criterio que ha sido sostenido por la doctrina vigente.**

En el presente asunto el riesgo fue asumido en los siguientes porcentajes:

- Allianz Seguros S.A.: 50%
- Seguros Generales Suramericana S.A.: 37%
- Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.: 13%

**En consecuencia, en el evento en que las pretensiones de la demanda prosperen a favor de la entidad asegurada, es claro que el valor de la condena que se impondría a mi representada tendría que ser equivalente al 50% del valor de la misma, pues este fue el riesgo que asumió en dicho contrato de seguro, de conformidad con la normatividad aplicable y los criterios ya explicados.**

➤ **LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO:**

El seguro de responsabilidad civil contenido en la póliza número 021844190/0, tiene pactado un límite del valor asegurado de \$10.000.000.000, para el amparo de responsabilidad profesional, el cual debe ser afectado en caso de una eventual condena.

Lo anterior significa que, en caso de una eventual condena en contra de mi representada, la misma no podría exceder dicha suma, de conformidad con lo establecido en el artículo 1079 del Código de Comercio.

➤ **DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO:**

Además, es importante tener presente que, en caso de considerar responsable a mi representada, es necesario que, al momento de la sentencia, el despacho verifique si efectivamente existe disponibilidad del valor asegurado, situación que no puede ser indicada en este momento procesal, pues no se tiene certeza de la fecha en que dicho proceso va a ser juzgado.

En caso de no accederse a esta situación, el despacho deberá condicionar la condena a la existencia y/o disponibilidad del valor asegurado, pues de lo contrario se estarían violando disposiciones contractuales y se estaría alterando el equilibrio contractual, sin motivo alguno.

➤ **DEDUCIBLE**

En el contrato de seguro que sirvió de base para el presente llamamiento en garantía, se pactó como deducible para el amparo de predios, labores y operaciones en la suma equivalente al 10% del valor de la pérdida, mínimo \$5.000.000.

Es importante que el despacho tenga presente que de conformidad con el artículo 1103 del Código de Comercio, el deducible es la suma que debe ser asumida por el asegurado en caso de presentarse un siniestro.

<b>JURAMENTO ESTIMATORIO</b>
------------------------------

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 206 del Código General del Proceso, me permito objetar el juramento estimatorio realizado por la parte actora en el escrito de la demanda, precisando que dicha objeción se limitará a los perjuicios materiales pretendidos.

En consecuencia y revisando el sustento fáctico de las pretensiones de la demanda en lo relativo a la pretensión indemnizatoria de daño emergente, se debe advertir que no existe ningún hecho que permita concluir que dicho perjuicio efectivamente se causó a los demandantes.

Adicionalmente, los conceptos que se pretenden no podrían considerarse un daño emergente directo a una supuesta falla en la prestación del servicio de salud, sino que los mismos obedecen a los costos propios del sistema de seguridad social, que en todo momento deben ser asumidos por los afiliados.

Ahora, frente al lucro cesante pretendido, se debe advertir que no existe prueba de los ingresos percibidos por la víctima y mucho menos de la destinación que la señora TORO

le daba a los mismo, motivo por el cual las prestaciones de la demanda no deben prosperar.

Adicionalmente, se deberá determinar si en la actualidad los demandantes son beneficiarios de alguna pensión otorgada por el Sistema de Seguridad Social, pues de ser esto cierto es claro no podrá accederse a una eventual condena por concepto de lucro cesante, pues se estaría generando un enriquecimiento para la parte actora.

Por último y con el fin de soportar la objeción al juramento estimatorio realizado en el escrito de la demanda, nos permitimos solicitar la ratificación de los documentos emanados de terceros, de conformidad con el artículo 262 del Código General del Proceso.

En estos términos, objeto el juramento estimatorio realizado por la parte y en consecuencia solicito se condene a las sanciones procesales y legales que el artículo 206 consagra.

#### PETICIÓN CONDENA EN COSTAS

Teniendo en cuenta las pretensiones de la demanda y en especial el desgaste judicial al cual se expone a la administración de la justicia con este tipo de procesos judiciales, solicitamos se de aplicación al numeral 1.1 del artículo 6 del acuerdo 1887 del 26 de junio de 2003 del Consejo Superior de la Judicatura, en el sentido de proferir condena en costas a cargo de la parte actora en los límites establecidos en la normativa indicada.

#### MEDIOS DE PRUEBA:

##### 1. DECLARACION DE PARTE:

##### 1.1 INTERROGATORIO DE PARTE:

Sírvase, señor juez, citar a la parte demandante, para que absuelvan interrogatorio que le formularé en la correspondiente audiencia sobre los hechos de la demanda, los de este escrito de contestación y las excepciones propuestas.

##### 2. DECLARACIÓN DE TERCEROS:

En los términos del artículo 208 y ss del Código General del Proceso aplicables al caso concreto, me reservo el derecho de formular interrogatorio a las personas que hayan citado por los intervinientes al proceso como testigos.

##### 3. RATIFICACIÓN DE DOCUMENTOS.

En aplicación de lo consagrado en el artículo 262 del Código General del Proceso solicito se cite a los terceros que elaboraron los siguientes documentos, con el fin de que el contenido de los mismos sea ratificado, así como para indagar sobre las circunstancias

que rodearon la elaboración de los mismos y los presupuestos y consideraciones que se tuvieron para ello, así:

- Certificación laboral.
- Declaraciones extrajuicio aportadas con la demanda.

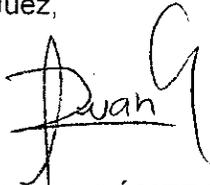
**ANEXOS**

- Los documentos anunciados en el capítulo de pruebas.

**DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES:**

EL APODERADO: carrera 50 N° 50 - 14. Ed Banco Popular. Oficina 1302 Cel. 300 77 13  
12. Correo electrónico: [jdgomez@jdgabogados.com](mailto:jdgomez@jdgabogados.com)

Señor Juez,



**JUAN DAVID GÓMEZ RODRIGUEZ**

C.C. No. 1.128.270.735

T.P. 189.372 del C.S. de la J.

