Señor

JUEZ VEINTIUNO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA.

E.

S.

D.

DEMANDA	VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
DEMANDANTE	JORGE LÓPEZ QUINTERO, EN NOMBRE PROPIO Y EN REPRESENTACION DEL MENOR JORGE A. LOPEZ ROMERO.
DEMANDADOS	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A Y OTROS
RADICADO	11001-31-03-021-2019-00848-00
ASUNTO.	CONTESTACION DEMANDA

JAIME ALONSO VELEZ VELEZ, mayor de edad, abogado inscrito y en ejercicio, domiciliado en Bogotá, identificado como aparece al pie de mi firma, conforme al poder allegado a la foliatura que acredita mi condición de apoderado especial de la **COMPAÑÍA SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, NIT 890.903.790-5, sociedad con domicilio principal en la ciudad de Medellín, representada por el Dr. **ALLAN IVAN GOMEZ BARRETO**, apoderado especial y representante legal judicial, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con C.C. 79.794.741 de Bogotá, dentro del término legal, me apresto a dar respuesta a la demanda de la referencia, en los siguientes términos.

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS FUNDAMENTOS DE HECHO

AL 1. No me consta la fecha de nacimiento de la señora Nadia Carolina Romero Barrera. Por referirse el hecho a una circunstancia ajena a mi representada, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

AL 2. No me consta la fecha de las nupcias de los señores Nadia Carolina Romero Barrera y Jorge Andrés López Quintero. Por referirse el hecho a una circunstancia ajena a mi representada, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

AL 3. No me consta la fecha de nacimiento del menor Jorge Andrés López Romero. Por referirse el hecho a una circunstancia ajena a mi representada, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

AL 4. No me consta la convivencia de los esposos Romero Barrera y López Quintero. Por referirse el hecho a una circunstancia ajena a mi representada, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

AL 5. No me consta la situación económica de la familia López Romero, ni la forma como obtenían los recursos económicos. Por referirse el hecho a circunstancias ajenas a mi representada, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

AL 6. No me consta la actividad económica de la señora Romero Barrera ni los ingresos percibidos de la misma. Por referirse el hecho a circunstancias ajenas a mi representada, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

AL 7. No me consta. Por referirse el hecho a circunstancias ajenas a mi representada, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

AL 8. No me consta. Por referirse el hecho a varias circunstancias ajenas a mi representada, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

AL 9. No me consta. Por referirse el hecho a una circunstancia ajena a mi representada, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

AL 10. No me consta, por referirse el hecho a circunstancias ajenas a mi representada, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

AL 11. No es un hecho. Se trata de un criterio científico y valoraciones para el caso concreto, que deberán ser objeto de prueba y acreditación en el proceso.

Al 12. Es cierto lo atinente a la expedición de la autorización por parte de SURA VIDA para la resección de endometriomas de la pared abdominal, bajo el amparo de la póliza de salud colectiva No. 91800048. No le constan a mi representada las demás circunstancias referidas en el hecho.

Al 13. No me consta, por referirse el hecho a circunstancias atinentes al estado de salud de la señora Nadya Carolina Romero Barrera, desconocidas por mi representada, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

Al 14. No me consta, por referirse el hecho a varias circunstancias ajenas a mi representada y de las que no tuvo conocimiento, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

Al 15. No me consta, por referirse el hecho a circunstancias ajenas a mi representada, y de las que no tuvo conocimiento, me atengo a lo que se pruebe en el proceso..

Al 16. No me consta, por referirse el hecho a circunstancias referidas a complicaciones de salud de la señora Nadya Carolina Romero Barrera, desconocidas por mi representada, me atengo a lo que se pruebe en el proceso, bajo la reserva revestida por la historia clínica a la que hace referencia el hecho.

Al 17. No me consta, por referirse el hecho a circunstancias referidas a complicaciones de salud de la señora Nadya Carolina Romero Barrera, desconocidas por mi representada, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

Al 18. No es un hecho, se trata de una valoración subjetiva del togado demandante que deberá ser objeto de prueba y acreditación en el proceso.

Al 19. No es un hecho, se trata de una valoración subjetiva del togado demandante que deberá ser objeto de prueba y acreditación en el proceso.

Al 20. No me consta, por referirse el hecho a complicaciones de salud de la señora Romero Barrera, desconocidas por mi representada, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

Al 21. No es un hecho, se trata de una incriminación del togado demandante que deberá probar en el proceso y la real incidencia en los supuestos que debe acreditar.

Al 22. No me consta. Hace referencia el hecho a un evento adverso que se impone acreditado por el demandante en el proceso y su nexo de causal en la responsabilidad pretendida.

Al 23. No me consta. Contiene el hecho apreciaciones subjetivas del togado demandante que deberá probar en el proceso como presupuestos insoslayables para fundamentar la responsabilidad atribuida.

Al 24. No me consta. Hace referencia el hecho a un evento adverso que se impone acreditado por el demandante en el proceso y su nexo de causal en la responsabilidad pretendida.

Al 25. No me constan las causas del lamentable deceso de la señora Romero Barrera, por tratarse de circunstancias desconocidas por mi representada. Además, el hecho contiene apreciaciones subjetivas del togado demandante carentes de fundamento real.

Al 26. No me consta, por referirse el hecho a un dictamen médico forense, desconocido por mi representada, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

Al 27. No es un hecho. Se trata de apreciaciones subjetivas del togado demandante. Resulta exótica la incriminación frente a mi representada SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., ajena a las intervenciones médicas realizadas y los eventos adversos atribuidos a la institución hospitalaria, en los que se fundamenta la responsabilidad civil extracontractual pretendida.

Vale relieves que la intervención de SURA VIDA a la presente acción, la suscita la expedición de la póliza de salud colectiva No. 91800048, orientada a cubrir al asegurado los gastos médicos en los que incurra para lograr el restablecimiento de la salud. Póliza que no ampara la responsabilidad médica extracontractual pretendida en el proceso, por lo que no puede endilgarse responsabilidad a la aseguradora, cuya obligación en este tipo de seguro, es cubrir gastos médicos bajo los límites descritos en la póliza.

Al 28. No es un hecho. Se trata de una valoración prematura de la prueba pericial aportada al proceso. Apreciación que sólo corresponde al juez, luego de ser controvertido el dictamen y que las partes sólo exponen en la etapa de alegación.

Al 29. No es un hecho. Se trata de una valoración prematura de la prueba pericial aportada al proceso. Valoración que sólo corresponde al juez, luego de ser controvertido el dictamen

AL 30. No es un hecho. Se trata de un argumento que deberá reservarse el togado demandante para la etapa de alegación luego de acreditar los supuestos de la responsabilidad pretendida y controvertirse las pruebas aportadas.

Al 31. Es cierto. Debe aclararse que la póliza de salud No. 91800048, expedida por Seguros de Vida Suramericana S.A., consagra únicamente amparos referidos a prestaciones de servicios médicos, sin consagrar cobertura de responsabilidad civil como la pretendida en el petitum de la demanda.

Al 32. Es cierto. Seguros de Vida Suramericana S.A., honró sus obligaciones derivadas de la póliza de salud No. 91800048 que aseguró a la señora Nadya Carolina Romero Barrera, expidiendo autorización y cobertura de los procedimientos médicos requeridos, sin que pueda atribuírsele la responsabilidad pretendida, en la medida que la referida póliza no ampara la Responsabilidad Civil. Las supuestas fallas en los servicios médicos prestados por los entes hospitalarios no derivan responsabilidad alguna contra la aseguradora, al no asumir a su cargo dicho riesgo.

Al 33. Es cierto. El poder conferido acredita la legitimación adjetiva del togado demandante.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS DECLARACIONES Y CONDENAS IMPETRADAS EN LA DEMANDA.

ME OPONGO a que se declare, solidaria y extracontractualmente responsable a mi representada SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., por el lamentable deceso de la señora Nadya Carolina Romero Barrera, atribuido a fallas en la atención médica y en el procedimiento practicado, dado que, la póliza de salud por la que se convoca a SURA VIDA, sólo cubre gastos médicos para el restablecimiento de la salud del asegurado, sin consagrar amparo de la responsabilidad civil pretendida.

Consecuentemente, ME OPONGO a la condena en perjuicios que sus en diversas aristas se invocan, como quiera que, contra mi representada, no surge la pretendida responsabilidad que les sirva de fuente.

III. EXCEPCIONES DE MERITO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.

1. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN CAUSA POR PASIVA – IMPROCEDECIA DE LA ACCIÓN DIRECTA EJERCIDA POR LAS VICTIMVAS CONTRA SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

En tratándose de la acción directa conferida a la víctima contra el asegurador, ha establecido la jurisprudencia: "(...) *El artículo 87 de la Ley 45 de 1990, modificó el artículo 1133 del estatuto comercial, legitimando al tercero damnificado para accionar directamente contra el asegurador del responsable, con el fin de obtener la indemnización del daño sufrido a consecuencia del hecho imputable a aquel. Empero el buen suceso de la precitada acción está supeditado principalmente a la comprobación de los siguientes presupuestos 1) la existencia de un contrato en el cual se ampare la responsabilidad civil del asegurado, por cuanto, sólo en cuanto dicha responsabilidad sea objeto de la cobertura brindada por el contrato, estará obligado el asegurador a abonar a la víctima, en su condición de beneficiaria del seguro contratado, la prestación prometida, y 2) la responsabilidad del asegurado frente a la víctima, y la magnitud del daño a ella irrogado, pues el surgimiento de una deuda a cargo de aquel, es lo que determina el siniestro en esta clase de seguro.*

Por tal razón, el citado precepto, en su segunda parte, concordando con el artículo 1077, del mismo ordenamiento, que de manera general, radica en el asegurado o beneficiario, según corresponda, la carga de la prueba del siniestro y de la cuantía de la pérdida, prevé que para atender ésta, es decir, para comprobar su derecho ante el asegurado, el

perjudicado "en ejercicio de la acción directa podrá en un solo proceso demostrar la responsabilidad del asegurado y demandar la indemnización del asegurador", **suministrando necesariamente, además de la prueba de los hechos que determinan la responsabilidad del asegurado, la de que tal responsabilidad se enmarca en la cobertura brindada por el contrato de seguro**".(CSJ, Cas. Civil, Sent. Feb. 10/2005, Exp. 7614 M.P. Jaime Alberto Arrubla Paucar) (negrillas fuera de texto).

Posición reiterada por la Corte, en sentencia emitida dentro del Expediente 7173, al indicar: "Así las cosas, este preámbulo permite deducir, grosso modo, los presupuestos principales de la efectividad de la acción directa conferida al perjudicado frente a la compañía, destinada a obtener la realización de los mencionados y actuales fines del seguro, y que se integran, **primeramente, por la existencia de un contrato cuya cobertura abarque la responsabilidad civil en que pueda incurrir el asegurado**, acompañada, en segundo término, de la acreditación de la "responsabilidad del asegurado" frente a la víctima, así como la de su cuantía, esto es, del hecho que a aquél sea atribuible la lesión producida, a voces del citado artículo 1133 del Código de Comercio".

Es claro entonces, que, en el seguro de responsabilidad, el surgimiento de la obligación del asegurador pende de la configuración del siniestro, lo cual requiere la demostración de la responsabilidad del asegurado y **que la citada responsabilidad se encuentre cubierta por el contrato de seguro**. El hecho de otorgarse acción directa a la víctima, no significa que esta pueda obtener una indemnización del asegurador, con prescindencia del contrato de seguro y de las cargas que le competen, imponiéndosele demostrar la ocurrencia del siniestro, es decir, la responsabilidad y su específica cobertura por el contrato de seguro; corriendo el asegurador con la carga de demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su obligación, en orden a lo cual tendrá como vía desvirtuar la responsabilidad del asegurado, o de ser el caso, demostrar que la responsabilidad no fue objeto de aseguramiento.

En tal cometido, esto es, demostración por parte del asegurador de las circunstancias excluyentes de su obligación; en el *sub examen surge* palmar que la póliza de seguro colectivo de salud No. 800048 "Plan Salud Clásico Colectivo", bajo la cual se encontraba amparada o asegurada la señora NAYDA CAROLINA ROMERO BARRERA y su grupo familiar, por la cual se vincula a esta litis a SEGUROS DE VIDA SUMRAMERICANA S.A., vía acción directa, no es un seguro de

responsabilidad civil y por ende no consagra dicho amparo, lo que da por descontada la procedencia de la acción directa conferida a la víctima, exclusivamente para el seguro de responsabilidad civil, según las claras voces del artículo 1133 del Código de Comercio.

Dada la naturaleza jurídica de los seguros de salud, catalogados como seguros de personas y por tanto, **-amparos de carácter tuitivo y no indemnizatorios-**, no consagran cobertura de responsabilidad civil, cubierta por el seguro de R.C., dispuesto para tal efecto, contenido en las pólizas de responsabilidad médica y de clínicas y hospitales, entre otras. El seguro de salud, encuadra dentro de los denominados seguros de la seguridad social, catalogados como seguros *previsionales*, que en sentido amplio, se constituyen en mecanismos que contribuyen a asegurar el pago de las prestaciones que brinda el sistema de seguridad social en materia de salud, pensiones y riesgos profesionales, o bien pueden ser esquemas complementarios de protección, como acontece con los planes complementarios de salud o el seguro de salud propiamente dicho, que encuentran su marco normativo, no sólo en el régimen propio del seguro de personas, previsto en el Código de Comercio sino también en la Ley 100 de 1993 y sus disposiciones complementarias.

De ahí, que este tipo de seguro, se erija en una de las alternativas previstas para complementar el Plan Obligatorio de Salud (POS) brindando al asegurado o afiliado la posibilidad de contar con servicios adicionales o preferenciales, sin consagrar la responsabilidad civil médica de las entidades prestadoras de los servicios. La calidad de asegurado, la ostenta la persona natural que adquiere el derecho de beneficiarse de la póliza, y, en los contratos colectivos, afiliado es la persona natural que tiene el carácter de cabeza de hogar. En modo alguno fungen como aseguradas las entidades prestadoras de salud, las que no hacen parte del contrato de seguro de salud.

La póliza de salud, cubre entonces, los gastos médicos en los que se incurra para lograr el restablecimiento de la salud del asegurado, quien puede acceder a los servicios médicos que requiera a través de una red especializada conformada por clínicas, médicos particulares y laboratorios, entre otros. Adicional a esto, el asegurado puede escoger libremente el profesional o la institución médica de su preferencia, aunque no pertenezcan a la red.

La póliza "Plan Salud Clásico Colectivo No. 800048, expedida por Seguros de Vida Suramericana S.A., cuenta con una cobertura básica que está relacionada con todos los gastos en los que incurra el asegurado durante una hospitalización,

consagrando además coberturas adicionales para procedimientos ambulatorios, como las consultas médicas laboratorios, exámenes. En virtud de ello y en atención a lo dispuesto en el artículo 1047 numeral 9° del Código de Comercio, en la referida póliza se contienen los riesgos que el asegurador toma a su cargo, determinándolos así:

- FISIOTERAPIA
- ESCLEROTERAPIA
- VISITAS MÉDICAS AMBULATORIA
- LABORATORIO CLINICO
- ECOGRAFÍAS OBSTETRICAS E INFILTRACIONES
- NEBULIZACIONES.

Como se ve, es este un seguro que garantiza la atención médica de emergencia o rutinaria, con el fin de preservar el estado de salud en las mejores condiciones. Su rasgo característico es cubrir los costos de la prestación de atención médica ante un quebranto de salud inesperado, brindando cobertura en asistencia médica, hospitalaria, quirúrgica, por enfermedad o accidente de cualquier tipo y tiene como característica principal, que no se reciben indemnizaciones en dinero, sino contraprestación de servicio, tal como se indica en las condiciones generales aplicables a la póliza.

Es sabido que, en el contrato de seguro, el riesgo se define como la posibilidad de que se presente una pérdida, un daño a una persona, un bien o un patrimonio y que debe ser cuantificable en dinero. En el caso específico del seguro de salud, como el expedido por SURA y por el cual es convocada a esta litis, el riesgo está dado por la ocurrencia de un evento que necesita intervención médica, como una enfermedad, un accidente o exámenes de rutina, entre otros. Para el cubrimiento de estos servicios el asegurador reintegra los valores pagados por el asegurado o los autoriza mediante cartas de servicio a precios razonables del mercado y de acuerdo con los límites que el contrato tenga establecidos.

Bajo estas premisas, surge evidente que, en el caso concreto, no hay mérito para reclamar de la aseguradora SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A, la responsabilidad extracontractual pretendida, sustentada principalmente en la ocurrencia de un *evento adverso*; dado que, la póliza "*PLAN SALUD COLECTIVO*", no es un seguro de responsabilidad civil y por ende no cubre dicho riesgo. Tal circunstancia descarta de tajo, la responsabilidad que pueda atribuirse a la aseguradora, condicionada siempre a la ocurrencia del riesgo asegurado, conforme lo dispone el artículo 1054 del Código de Comercio. Inclusive, el condicionado

aplicable a la póliza de Plan Salud Colectivo, expresamente en su cláusula IV, consagra la **EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL**, bajo el siguiente tenor: ***"SURAMERICANA no responderá en ningún caso por perjuicios civiles de cualquier orden que puedan derivarse de un tratamiento o intervención equivocada o defectuosa por parte de alguno de los profesionales e instituciones adscritas en desarrollo del presente contrato"***. Cláusula que se constituye una exclusión de cobertura, liberando de responsabilidad a la aseguradora.

Así entonces, considerando que, la legitimación en causa, constituye en el demandante la calidad de titular del derecho que reclama y en el demandado la calidad de obligado a ejecutar la obligación correlativa, en el caso concreto, no asiste tal condición a la demandada, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., para hacerle pasible de la responsabilidad que se le atribuye, dado que la póliza de salud, por la que es convocada, por su naturaleza misma (tuitiva no indemnizatoria), no cubre la responsabilidad civil médica que pueda derivarse de un tratamiento o una intervención practicada al asegurado a filiado al plan complementario de salud cubierto por la póliza, hallándose ausente el presupuesto procesal de la pretensión referido a la legitimación en causa que impide declarar la responsabilidad pretendida frente a la aseguradora.

2. PRESCRIPCIÓN EXTINTIVA DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Aunque ausente el fundamento para deducir responsabilidad de la aseguradora SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., dado que en la póliza que adosa su vinculación a la acción, no se amparó la responsabilidad de las demandadas, CLINICA DE LA MUJER S.A.S ni de la de doctora Sandra Patricia Zapata; es menester precisar que las acciones derivadas del contrato de seguro, se encuentran prescritas, conforme a las previsiones contenidas en el artículo 1081 del Código de Comercio, canon que además de establecer el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, determina el momento en que el periodo debe empezar a contarse, según el siguiente tenor:

"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”.

La Corte Suprema de Justicia en sentencia del 4 de julio de 1974, en relación con el término que se tiene para solicitar del asegurador la satisfacción de la obligación indemnizatoria que tiene a su cargo, expresó:

*“La prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato opera con respecto al tomador, el asegurado, el beneficiario y el asegurador, por cuanto estas personas son las únicas que pueden tener algún derecho dentro del contrato y por lo mismo, el carácter de “interesados”. **La prescripción extraordinaria corre contra los incapaces** (CC, arts. 2530, 1º y 2541) y contra todos aquellos “interesados” que no hayan tenido o podido tener conocimiento del siniestro. En lo relativo a los términos de una y otra prescripción, la Corte señaló que la prescripción ordinaria comienza a contarse, tratándose del ejercicio del derecho a la prestación indemnizatoria a cargo del asegurador, desde el momento que el “interesado” tuvo conocimiento, o razonablemente pudo tenerlo, del siniestro; el de la extraordinaria comienza, a correr desde la fecha de ocurrencia del siniestro y en este sentido, considera que las expresiones “... hecho que da base a la acción...” y “... momento en que nace el respectivo derecho...” son sinónimas. En consecuencia, “las correspondientes acciones prescriben en contra del respectivo interesado así: cuando se consuma el término de dos (2) años de la prescripción ordinaria a partir del conocimiento real o presunto de este, **o en todo caso, cuando transcurran cinco (5) años a partir del siniestro**, a menos que se haya consumado antes la prescripción ordinaria. La extraordinaria —se repite— corre aún contra personas incapaces o aquellos que no tuvieron ni pudieron tener conocimiento del hecho que da origen a la acción”.*

Posteriormente, en pronunciamiento del 4 de marzo de 1989 con ponencia del magistrado ALBERTO OSPINA BOTERO, la Corte precisó que: “Todas las acciones que tengan como soporte el contrato de seguro, sea que busquen la satisfacción del derecho, como acontece con la ejecución, sea que persigan su esclarecimiento y reconocimiento, como sucede con las de naturaleza cognoscitiva, están sometidas inexorablemente a los plazos extintivos que prevé el art. 1081 del ordenamiento comercial”.

Algunos pronunciamientos posteriores se han referido al cómputo de la prescripción cuando se pretende la declaratoria de la nulidad relativa del contrato o la devolución de la prima no devengada en caso de terminación del contrato. En sentencia del 18 de mayo de 1994, la Corte expresó que los términos de

prescripción se fundan en criterios distintos. En esa oportunidad dijo: "Como surge del texto mismo del artículo 1081 del Código de Comercio, el legislador colombiano, al establecer dos clases de 'prescripción' respecto de las acciones que se derivan del contrato de seguros o de las disposiciones que lo rigen, funda la ordinaria en un criterio subjetivo y la extraordinaria en un criterio objetivo. Así, la primera sólo corre desde que el interesado 'haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción', al paso que la segunda empieza a contarse desde cuando 'nace el respectivo derecho'. "Por lo que hace a la 'prescripción ordinaria' a que se refiere el artículo 1081 del Código de Comercio, se precisa por la Corte que no es suficiente para que empiece a computarse esta especie de 'prescripción' el simple acontecer del 'hecho que da base a la acción', sino que, por imperativo legal, se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer ese hecho, momento a partir del cual el término fatal que puede culminar con la extinción de la acción, 'empezará a correr', y no antes, ni después".

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que la prescripción ordinaria se suspende en favor de los incapaces (artículo 2541 del Código Civil) y de las personas que no tuvieron ni pudieron tener conocimiento del hecho que da base a la acción. Al respecto se ha dicho:

"Estimó el legislador que cuando existiere, respecto del hecho que da base a la acción, ignorancia excusable por parte del asegurado o beneficiario, el plazo de prescripción debía suspenderse, por cuanto habría imposibilidad para hacer valer sus derechos, imposibilidad que también se presentaría en el caso de los incapaces. Mas sin embargo, el legislador, con el propósito de fijar un término cierto para la definición de las acciones que pudieran nacer con ocasión del contrato de seguro, consideró necesario evitar una suspensión indefinida, razón por la cual consagró que la prescripción extraordinaria, a diferencia de la ordinaria, sí corre contra toda clase de personas, es decir, aún contra personas incapaces y contra quienes no tuvieron ni pudieron tener conocimiento del hecho que da base a la acción. En suma, no se suspende" (Tomado de Asociación Colombiana de Derecho de Seguros, la prescripción de las acciones derivadas del Contrato de Seguros. "VI Encuentro Nacional. Medellín, agosto de 1980, págs. 56 y 57).

Conforme a los anteriores fundamentos legales y jurisprudenciales, es claro que en el caso concreto, al provenir la acción de parte de las víctimas y estando de por medio derechos que puedan asistir a un menor, la prescripción aplicable, respecto

al contrato de seguro, es la extraordinaria de cinco (5) años, contados a partir del hecho que da lugar al acción, materializado en el lamentable deceso de la señora NADYA CAROLINA ROMERO BARRERA, acaecido el día 04 de diciembre de 2011. Cotejada dicha fecha con de la presentación de la demanda, diciembre 19 de 2019, se tiene que la acción se ejerce luego de configurado el término de prescripción imponiéndose aplicar el deletéreo efecto extintivo que ello acarrea.

3. DEBERÁ ACREDITARSE LA CERTEZA DE LOS PERJUICIOS RECLAMADOS Y AJUSTAR SU CUANTIFICACIÓN A LOS LINEAMIENTOS JURISPRUDENCIALES.

Sentado está doctrinaria y jurisprudencialmente que, en la reparación del daño, debe mostrarse su certeza, condición que descarta la sustentación del daño como hipotético o eventual. El perjuicio cierto debe fundarse en un hecho real y preciso no en meras hipótesis, pues la indemnización de perjuicios no puede constituir fuente de enriquecimiento para quien la reclama conforme lo ha establecido la doctrina y la jurisprudencia al indicar que el principio de reparación integral busca satisfacer la necesidad de resarcimiento para quien reclama, bien devolviendo las cosas a su estado anterior *-in natura-* o bien, pagando en dinero la justa tasación de lo que se pruebe que vale del daño causado, nunca por encima de estos raseros.

Tiene dicho la jurisprudencia que para que exista derecho a reclamar una indemnización por responsabilidad Médica u Hospitalaria, el Paciente tiene que haber sufrido efectivamente una LESIÓN o PERJUICIO, que no sólo pueden ser físicos, sino también económicos, psicológicos y/o morales. Al Paciente o a quien por éste reclame, corresponde probar la entidad, existencia del daño y perjuicio y su relación con el mal actuar médico u hospitalario, y la jurisprudencia ha insistido en las características que debe reunir el daño indemnizable, cierto, personal y cuantificable económicamente, bajo los lineamientos que para el efecto imparten las altas cortes.

Así entonces, en el caso concreto, aunque remota la posibilidad de atribuir responsabilidad a mi representada, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., las eventuales condenas, deberá soportarse en pruebas que fehacientemente las acredite y ajustarse a los parámetros dispuestos por la jurisprudencia para la cuantificación del daño.

PRUEBAS

DOCUMENTAL.

Téngase en su valor legal los siguientes anexos documentales.

- Documentos aportados con la demanda.

- Caratula de la Póliza de Salud Plan Salud Clásico Colectivo No. 0800048-6, vigente para el año 2011,
- Condicionado aplicable a la póliza, vertido en la preforma F-02-90-167

AL PERITAZGO APORTADO CON LA DEMANDA.

Frente al peritazgo médico presentado por la parte demandante, me reservo la facultad contenida en el artículo 228 del Código General del proceso, solicitando la comparecencia del perito a la audiencia, para interrogarle bajo juramento acerca de su imparcialidad e idoneidad y sobre el contenido del dictamen.

ANEXOS.

1. Poder conferido, obrante en el proceso
2. Certificado de existencia y representación legal de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., allegado ya al expediente.
3. Condiciones generales de la póliza

NOTIFICACIONES.

La Compañía Suramericana de Seguros S.A., las recibirá en la carrera 11 No. 93-46 Piso 7 Bogotá. Correo electrónico; notificacionesjudiciales@sura.com.co

La del suscrito: Calle 29 Bis No. 6-58 Oficina 302 Edificio EL MUSEO. CENTRO INTERNACIONAL BOGOTA D.C. CENTRO INTERNACIONAL.

E mail velezvelez67@gmail.com

Del señor Juez,

Atentamente,

JAIME ALONSO VELEZ VELEZ.

C. C. 15.528.811 de Andes Antioquia.

T. P. 135.279 del C. S. de la J.-