



Manizales - Caldas, septiembre de 2024

Señores:

JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE MANIZALES – REPARTO.

E. S. D.

Referencia: **DEMANDA VERBAL - NULIDAD RELATIVA DE CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.**

Demandante: **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC**

Demandados: **ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO**

JUAN SEBASTIÁN VASQUEZ MURILLO, vecino de la ciudad de Manizales, Caldas, identificado con cédula de ciudadanía No. 75.104.934 de Manizales, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 409.686 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de abogado inscrito a la sociedad **CONFUTURO LAWYERS GROUP S.A.S**, identificada con NIT 900.439.434-3, que a su vez es la firma apoderada de la señora **ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO** identificada con cédula de ciudadanía No. **30.400.735** Manizales, Caldas, por medio del presente escrito se procede a dar contestación de la demanda, dentro del proceso relacionado en el epígrafe, en los siguientes términos:

CAPÍTULO I **A LAS PRETENSIONES**

En representación de la señora **ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO**, me opongo a todas y cada una de las pretensiones formuladas en el escrito de demanda. En consecuencia, solicito se absuelva a mi representada de las súplicas de la demanda e imponga condena en costas a cargo de la demandante por poner en marcha el aparato judicial por supuestos derechos inexistentes.

RESPECTO A LAS DECLARATIVAS:

PRIMERA: Me opongo que se declare que con anterioridad al perfeccionamiento del Seguro de Vida Grupo Deudores No. AA000736, la señora **ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO** identificada con cédula de ciudadanía No. 30.400.735, ya había sido diagnosticada con miastenia gravis y otros episodios depresivos (generadores de su invalidez); y además conocía de la existencia de su enfermedad neuromuscular.



SEGUNDO: Me opongo que se declare que, pese a que **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O. C.** a través del formulario de asegurabilidad suscrito por la señora **ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO**, indagó en qué estado se encontraba el riesgo que la potencial asegurada le buscaba trasladar, la señora **ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO** fue reticente en virtud de que no informó a la Compañía de Seguros que ya había sido diagnosticada con miastenia gravis y otros episodios depresivos (generadores de su invalidez) con anterioridad al perfeccionamiento del seguro.

TERCERA: Me opongo que se declare que, si **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O. C.** hubiera conocido con anterioridad al perfeccionamiento del Seguro de Vida Grupo Deudores No. AA000736 que la potencial asegurada ya había sido diagnosticado previamente con una enfermedad neuromuscular denominada miastenia gravis y trastorno de humor identificado como otros episodios depresivos, se habría retraído de celebrar la póliza de seguro con la señora **ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO**.

CUARTA: Me opongo que se declare que, el Seguro de Vida Grupo Deudores No. AA000736 en el que figura como asegurado la señora **ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO** y como compañía de seguros **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O. C.**, es nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia en que incurrió la asegurada al no haber informado con anterioridad al perfeccionamiento de la Póliza, acerca de sus antecedentes de enfermedad neuromuscular denominada miastenia gravis y trastorno de humor identificado como otros episodios depresivos.

QUINTA: Me opongo que se declare que, el contrato de seguro de vida contenido en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. AA000736 se rescinda y por tal motivo, la compañía de seguros, **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O. C.**, quede totalmente exonerada de cualquier prestación u obligación a su cargo derivada del seguro de vida en favor de la señora **ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO**, de la **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO - CESCA** y/o de cualquier otra persona.

SEXTO: Me opongo a que se declare que, rescindido el Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O. C.** tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena de conformidad con lo consagrado en el artículo 1059 del Código de Comercio.

RESPECTO A LA CONDENATORIA:

SÉPTIMA: Me opongo a lo que refiere al reconocimiento y pago de costas, toda vez que mi prohijada actuó de buena fe al momento de celebrar el contrato de seguro de vida objeto de esta demanda, de modo que la demandante, sea la parte condenada en costas y agencias de derecho.



CAPÍTULO II A LOS FUNDAMENTOS FÁCTICOS

FRENTE A LOS HECHOS GENERALES:

PRIMERO: Es cierto, en tanto que la señora **ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO** de conformidad con la documental que reposa en el libelo de la demanda tomó un seguro de vida en el mes de enero de 2019 con el fin de contratar un seguro de vida grupo deudores, que contara con las coberturas de muerte por cualquier causa e invalidez. Lo anterior, por la toma de un crédito con la cooperativa **CESCA**, que de paso se ha de señalar, no era el primero que se tomaba con la mencionada cooperativa.

SEGUNDO: Es parcialmente cierto en cuanto a la suscripción del formato de asegurabilidad por parte de mi mandante. Por lo que, se hace necesario poner de presente que la señora **AGUIRRE CASTRO** realizó su declaración de conformidad con la información que de paso se ha de señalar fue escueta y poco precisa contenida dentro del cuestionario de asegurabilidad; y en tal sentido señaló la condición que para la fecha de diligenciamiento se encontraba inmersa, en concordancia con lo que se le estaba precisando dentro del formulario.

Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:
Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:

1 AFECIONES CARDIOVASCULARES	<input type="checkbox"/>	8 CIRUGÍA	<input checked="" type="checkbox"/>
2 AFECIONES CEREBROVASCULARES	<input type="checkbox"/>	9 ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/>
3 CÁNCER	<input type="checkbox"/>	10 TABAJISMO / DROGADICCIÓN	<input type="checkbox"/>
4 DIABETES	<input type="checkbox"/>	11 HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/>
5 VIH POSITIVO / SIDA	<input type="checkbox"/>	12 ENFERMEDADES CONGÉNITAS	<input type="checkbox"/>
6 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	<input type="checkbox"/>	13 ENFERMEDADES DEL COLÁGENO	<input type="checkbox"/>
7 EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OSTRUCTIVA CRÓNICA	<input type="checkbox"/>	14 ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS	<input type="checkbox"/>

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFCCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Realicamiento falso

TERCERO: Es falso. Al momento de la suscripción del formulario de asegurabilidad solo le fue entregado por una trabajadora de la cooperativa **CESCA**, sin que mi proijada hubiese tenido contacto alguno con un asesor de la demandante **LA EQUIDAD SEGUROS**.

Se precisa que tal documento fue entregado a mi mandante sin explicación más allá de lo que se pudiera entender en la lectura del formulario. Únicamente se le fue indicado que señalará las enfermedades o procedimientos que tuviera dentro de la lista enmarcada en el cuestionario.

Como se puede observar, dentro de la lista de las condiciones plasmadas se encuentran:



1. Afecciones cardiovasculares
2. Afecciones cerebrovasculares
3. Cáncer
4. Diabetes
5. VIH positivo / SIDA
6. Insuficiencia renal crónica
7. EPOC – enfermedad pulmonar obstructiva crónica
8. Cirugía
9. Alcoholismo
10. Tabaquismo / Drogadicción
11. Hipertensión arterial
12. Enfermedades congénitas
13. Enfermedades del colágeno
14. Enfermedades hematológicas.

En tales condiciones no se puede enmarcar en la lista de las opciones ninguno de los diagnósticos alegados por la parte demandante “miastenia gravis” y “trastornos de humor”. Por lo que mi mandante diligenció el formulario de acuerdo a la información que se le estaba solicitando, actuando de buena fe al momento del diligenciamiento.

Vale la pena recordar que a la parte demandante le asiste la obligación de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella. Resultando evidente conforme a la documental allegada referente a la póliza tomada que en ninguna de sus exclusiones se presentan las enfermedades neuromusculares o de carácter psicológico / neuropsicológico como fundamentos para no tomar la póliza.

CUARTO: Es parcialmente cierto, el 20 de mayo de 2021, la Junta Nacional de Calificación de Invalidez calificó a la señora **ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO** con una pérdida de capacidad laboral del sesenta y dos punto cincuenta y ocho por ciento (62,58%) y con fecha de estructuración del 13 de marzo de 2020 la cual es posterior a la toma del seguro.

Ahora bien, como se evidencia dentro de la calificación de la pérdida de la capacidad laboral se tuvo en cuenta las siguientes deficiencias:

- Deficiencia por asma
- Deficiencia por desorden tracto digestivo superior
- Deficiencia por Ptosis palpebral, pupila descubierta
- Deficiencia por disfunción de una extremidad superior por alteración del SNC
- Deficiencia por trastornos del humor
- Deficiencia por enfermedades del tejido conectivo que involucra el sistema osteomuscular



QUINTO: Es cierto, para el mes de mayo de 2022, mi mandante solicitó a la Compañía de Seguros que hiciera efectiva la póliza contratada con cargo al amparo de invalidez total y permanente por cumplir con los requisitos para lo propio. Ahora bien, solo por manifestación de la demandante no se puede advertir que la señora **AGUIRRE CASTRO** se encontraba inmersa en reticencia.

SEXTO: No me consta, indica la parte demandante no haber ratificado que, con anterioridad al mes de enero del 2019 que la señora **ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO**, tenía una enfermedad autoinmune de la unión neuromuscular, razón por la cual, al realizar el estudio de la solicitud de exigibilidad del amparo de invalidez total y permanente elevado por mi prohijada, la aseguradora determinó que debía declararse su nulidad.

Ahora bien, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador, al ser quien ostenta la posición dominante y quien define las condiciones del contrato de seguro, está sujeta a unos deberes mayores, ello por ser el contrato de seguro uno de adhesión. Entre las cargas impuestas a la aseguradora se encuentran: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud - en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados y no simples declaraciones generales-; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado. (Subrayado fuera de texto).¹

En tal sentido, es reprochable el actuar de la aseguradora, toda vez, que únicamente cuando mi mandante realiza la solicitud para hacer efectivo la póliza que se había contratado, en ese momento la aseguradora decide desplegar una verificación de lo consignado en el cuestionario de asegurabilidad, que valga señalar ya se había allanado al no presentar objeción o desvirtuar el mismo cuando se diligenció; para de manera audaz alegar cinco años después “una nulidad relativa por incurrirse en una presunta reticencia” aun cuando ya se han enmarcado las obligaciones mayores que le asisten a la parte dominante de un contrato de seguros, siendo esta la demandante **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA**.

SÉPTIMO: No me consta. El numeral séptimo no es un hecho, simplemente se trata de la tesis que se tendrá que probar por parte de la actora a lo largo del proceso.

FRENTE A LOS ANTECEDENTES DE SALUD

OCTAVO: Es parcialmente cierto y explico. Si bien como se evidencia en el dictamen de calificación emitido por la **JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**, para el mes de septiembre del año 2018 mi mandante tenía como diagnóstico “miastenia gravis” el mismo era de carácter presuntivo, toda vez, que

¹ SENTENCIA STC1409-2021 DE 18 DE FEBRERO DE 2021 CORTE SUPREMA DE JUSTICIA



para su confirmación se debía de realizar pruebas como una *electromiografía*² y *anticuerpo del receptor de acetilcolina*³ las cuales tal y como consta en la historia clínica fueron practicadas en el año 2019 con posterioridad al diligenciamiento de la asegurabilidad. Por lo anterior, se tiene que para el momento del diligenciamiento del cuestionario de asegurabilidad tan solo habían transcurrido menos de 4 meses sin que para tal momento mi mandante tuviera conocimiento y certeza de la severidad o no de su condición médica, máxime cuando se está frente a una enfermedad autoinmune de la unión neuromuscular.

Así las cosas, médicamente se ha establecido que para alcanzar una mejoría médica máxima debe transcurrir como mínimo un año de tratamiento, lo cual no se puede predicar para el caso objeto de estudio.

Conforme a la Resolución 3050 de 2022, la mejoría médica máxima se define como: *“Punto en el cual la condición patológica se estabiliza sustancialmente y es poco probable que cambie, ya sea para mejorar o empeorar en el próximo año con o sin tratamiento; en este caso, no se puede ofrecer más tratamiento o se da por terminado el tratamiento. Incluye los tratamientos médicos, quirúrgicos y de rehabilitación integral que se encuentren disponibles en el territorio nacional para las personas y que sean pertinentes según la condición de salud”*.

Por lo anterior, no se puede presuponer que mi prohijada contaba con un diagnóstico definitivo, toda vez, que para el año del 2018 aún no se encontraba estabilizado el mismo, apenas se encontraba en su proceso inicial.

NOVENO: No es cierto, como se evidencia la demandante hace referencia a unos simples hallazgos, sin que se logre corroborar un diagnóstico neuropsicológico y mucho menos un “trastorno de humor” para la fecha de la declaración de asegurabilidad, del cual cabe mencionar tampoco hace parte de alguna cláusula de exclusión dentro de la póliza de seguros y mucho menos se encontraba dentro del formulario de asegurabilidad como condición para declararla.

DÉCIMO: No es cierto. Ahora bien, más que un hecho se trata de una apreciación subjetiva por la demandante, de lo cual se atenderá a lo que resulte probado dentro del respectivo proceso. Sin embargo, frente a las conjeturas que se esgrimen por la aseguradora **LA EQUIDAD SEGUROS** no se puede establecer una negativa amparada por la mala fe de mi mandante (lo cual se deberá probar por la aseguradora) el hecho de no relacionar los diagnósticos en la declaración de asegurabilidad en los que únicamente se ha centrado la tesis de la demandante “miastenia gravis y trastornos de humor” aun cuando el mencionado documento

² (EMG) es un procedimiento de diagnóstico que se utiliza para evaluar la salud de los músculos y las células nerviosas que los controlan (neuronas motoras). Los resultados de la electromiografía pueden revelar una disfunción nerviosa, una disfunción muscular o problemas con la transmisión de señales de nervios a músculos.

³ Evalúa la presencia de anticuerpos específicos que pueden afectar la comunicación entre las células nerviosas y los músculos.



no cumple con los lineamientos requeridos para que se dé una declaración detallada.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil determinó que: *“(...) La declaración de asegurabilidad puede ser dirigida o espontánea. La primera se traduce en un cuestionario concreto sobre lo que es relevante para el asegurador en relación con la situación del riesgo. La espontánea se expresa en una solicitud genérica de información que el asegurador plantea al tomador sobre hechos y circunstancias del riesgo que a juicio del solicitante resulten significativas para el asegurador”.*

En ambos casos el deber de información existe, pero en el segundo, o sea el de la declaración espontánea, necesaria y lógicamente se morigera su severidad, y por ende se reduce el nivel de exigencia para la configuración de la reticencia o la inexactitud como causales de nulidad relativa del contrato, porque si es el asegurador quien por razones técnicas cuenta con los elementos de juicio que permitieran precisar el tipo de información requerida, entonces debió acudir a una declaración dirigida”.⁴

De igual manera, le correspondía a la demandante **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA** elaborar la declaración con cuestionarios adecuados y no endilgar la falta de precisión en el tomador como parte débil de la relación contractual, y más aún corroborar tal información plasmada máxime cuando dentro de tal formulario obtuvo la autorización por parte de mi mandante para obtener mi historia clínica.

FRENTE A LA OMISIÓN EN LA DECLARACIÓN DEL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO Y TRASCENDENCIA PARA LA ASEGURADORA.

DÉCIMO PRIMERO: Dentro del presente hecho, en primer lugar, se tiene una apreciación de la parte demandante de la cual se tendrá que probar dentro del proceso. En segundo lugar, no es cierto que, el riesgo de la *miastenia gravis* haya sido la causa única de determinación del porcentaje de pérdida de capacidad laboral de mi mandante. Tal y como consta dentro del dictamen 30400735 – 7783 del 20 de mayo de 2021, se tuvieron presente otros diagnósticos diferentes a la miastenia gravis para otorgar el respectivo porcentaje, sin que pueda demostrarse médicamente que los demás diagnósticos objetos de calificación se hubieren derivado de ésta.

Ahora bien, la parte demandante no hace alusión a la fecha de estructuración de la pérdida de la capacidad laboral, la cual data del 13 de marzo de 2020, ello vislumbra que para los médicos calificadores en tal fecha se obtuvo la mejoría

⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de 19 de mayo de 1999. Expediente 4923.



médica máxima de las deficiencias acaecidas por la señora **AGUIRRE CASTRO**, estando la fecha de estructuración soportada en su historia clínica, exámenes médicos y con base a las secuelas que dejaron tales deficiencias.

En tal sentido, se tiene que la fecha de estructuración es posterior a la toma de la póliza, razón por la cual no es dable a la parte demandante argumentar que mi mandante para enero del 2019 conocía la gravedad de sus enfermedades y mucho menos que las mismas contaban con un diagnóstico definitivo, puesto que fue con posterioridad que la señora **AGUIRRE CASTRO** comenzó su trámite de calificación de pérdida de capacidad laboral al encontrar una desmejora en su salud, la cual no se evidenciaba para el año 2018 a tan altos niveles.

DÉCIMO SEGUNDO: No es cierto, tal y como se indicó anteriormente dentro del dictamen de calificación del 20 de mayo de 2021, no solo se tuvo en cuenta el diagnóstico de *miastenia gravis y trastorno de humor*, no encontrando relación alguna con los demás diagnósticos calificados: Asma, Gastritis crónica, Gonartrosis.

Prueba contundente de que mi prohijada para la fecha de la suscripción de la declaración de asegurabilidad no se encontraba con un diagnóstico definitivo frente a las enfermedades alegadas por la parte demandante, es precisamente la fecha de estructuración de su pérdida de capacidad laboral; ya que, de seguirse con la postura de la demandante, dicha fecha hubiese sido establecida para el año 2018.

Ahora bien, respecto al “trastorno de humor” se hace una apreciación que no tiene fundamento por la parte actora de conformidad con la cita bibliográfica que realiza, en la cual no se consta

DÉCIMO TERCERO: No es un hecho, es una postura de la parte demandante. Sin embargo, se hará manifestación de la siguiente manera:

Se ha reiterado vía jurisprudencial que: *“(…) La carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que, si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella”.*

Como se logra evidenciar, dentro de la póliza, no se evidencia que dentro de las coberturas excluidas para hacer efectivo el contrato se de seguro se encuentre alguna que enmarquen los diagnósticos *miastenia gravis y trastorno de humor*. Las exclusiones planteadas son:



2. EXCLUSIONES

La Equidad, no reconocerá indemnización alguna bajo el presente anexo, si el asegurado padece y se le diagnostica una de las enfermedades cubiertas que aparezca a consecuencia de o en conexión con:

- 2.1. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), o la presencia de dicho virus tal como fue reconocido por la organización mundial de la salud o cualquier síndrome o enfermedad de tipo similar bajo cualquier nombre, que sea diagnosticado por un médico autorizado.
- 2.2. Todos los tumores de la piel (excepto melanomas malignos) cáncer in sitio no invasivo.

De conformidad con lo anterior, no puede injerirse que las enfermedades *miastenia gravis y trastorno de humor* si se hubiesen declarado cambiaría el contenido, amparo o la no suscripción del contrato de seguro. Situación que dentro del escrito de la demanda no se logra evidenciar; ya que la demandante solo se ha limitado a indicar que es de relevancia que tales condiciones las hubiere conocido al momento del diligenciamiento del formulario, pero sin justamente manifestar cuál es tal relevancia. Por el contrario, lo que es muy a su conveniencia solo vino a oponerse cuando se efectuó la reclamación, por lo que la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado solo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora, quien, en el momento del acuerdo pese al control realizado, es engañada al esconderse el estado de salud del deudor.

DÉCIMO CUARTO: No me consta, se trata de una apreciación por la demandante respecto a la relevancia de las enfermedades alegadas, de lo cual aduce que de haberlas conocido no hubiera tomado el seguro.

De lo anterior, se deberá demostrar si debían o no ser declaradas en el formulario de asegurabilidad, máxime cuando en dicho formulario es de notoria evidencia la falta de información contenida que dieran la posibilidad a mi mandante de plasmar información adicional respecto a su estado de salud; toda vez, que dentro de las opciones otorgadas dentro dicho cuestionario como ya se ha mencionado se acota a unas cuantas condiciones dentro de las cuales mi mandante solo se encontraba inmersa en la opción “cirugía”, la cual fue debidamente declarada.

DÉCIMO QUINTO: No es cierto. Como plantea la parte demandante el presente hecho, se aclara que mi mandante en ningún momento negó sufrir de enfermedades crónicas, por lo que se apela a que la señora **AGUIRRE CASTRO** no es profesional de la salud, y para el momento en el que se diligencia el formulario, mi prohijada no tenía conocimiento del estado de su salud ya que no se contaba con un diagnóstico confirmado, solo presuntivo, el cual solo fue confirmado en el año 2019 con posterioridad al diligenciamiento del formulario.



A mi mandante, en ningún momento antes del 2019 le precisaron las consecuencias de su posible diagnóstico, ya que como se reitera iban a iniciar los estudios y las pruebas idóneas siendo estas *electromiografía* y *anticuerpo del receptor de acetilcolina* practicadas con posterioridad al diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad como consta en historia clínica.

DÉCIMO SEXTO: No es cierto. Entre los diagnósticos calificados además de “miastenia gravis y trastorno de humor” se tuvieron en cuenta las siguientes: asma, gastritis crónica, gonartrosis.

Ahora bien, para determinar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, además de tenerse en cuenta las deficiencias calificadas en el Título I, se debe de determinar el Título II que hace referencia al rol laboral. Se tiene entonces, que en el Título I se obtuvo un 31,48% y en el Título II un 31,10% para un total del 62,58% de pérdida de la capacidad laboral.

De lo anterior, se desprende que los diagnósticos “miastenia gravis y trastorno de humor” no fueron los determinantes para que se materializará la condición de invalidez. Es así, que la parte demandante trata de justificar que dichos diagnósticos fueron los suficientes para determinar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, lo cual es alejado de la realidad; ya que para obtener este porcentaje como se explica, tuvo que conjugar otros diagnósticos y elementos del rol laboral, los mismos que no tienen relación directa con los diagnósticos alegados por la demandante.

DÉCIMO SÉPTIMO: No me consta. Es una situación que se deberá demostrar en el desarrollo del proceso, respecto a la abstención que hubiera tenido la aseguradora de asegurar a la señora **ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO**, toda vez que se reitera para el momento de la suscripción de la asegurabilidad mi mandante se circunscribió a los ítems contenidos en tal formulario y a la condición de salud que desde su condición era conocida, sin ser profesional de la salud, para saber las consecuencias de lo consignada en la historia clínica y los tratamientos que se iban a requerir posteriormente. La señora **AGUIRRE CASTRO** declaró de conformidad desde su real condición médica que no pudo ser otra que los dolores o condiciones en las que se encontraba para tal momento; sin que se le exija tener conocimientos que no son de su resorte.

DÉCIMO OCTAVO: No hay lugar a pronunciamiento respecto a este hecho, en tanto que, como la misma parte actora lo indica se trata de una conclusión, que deberá ser confirmada o desvirtuada dentro del proceso.



DÉCIMO NOVENO: Es cierto, conforme a lo ateniendo dentro de la prueba documental allegada.

CAPITULO III EXCEPCIONES DE MÉRITO

- **INEXISTENCIA DE VICIOS EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DE RIESGO DEL CONTRATO DE SEGURO**

Se debe precisar en este punto que, “el tomador **no es un especialista en la técnica del seguro. Su obligación no puede llegar hasta la extrema sutileza que apenas si podrá ser captada por el agudo criterio del asegurador**”. El asegurador debe facilitar los medios en orden a obtener la totalidad de los datos que requiera para formarse un adecuado conocimiento sobre el estado del riesgo. Si no lo hace, no podrá invocar la reticencia o inexactitud del asegurado o por lo menos, la omisión informativa de la parte asegurada no podrá sancionarse. La declaración se hará al buen criterio del tomador, siempre y cuando no haya "encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo" (art. 1058 inc. 2° del C. de Co.). Sin lugar a dudas, el tomador-asegurado es, en la mayoría de casos, la persona más indicada para informar sobre los riesgos. ¿Pero quién mejor para orientar al futuro asegurado sobre los elementos que pueden influir sobre el riesgo que el asegurador, quien posee amplia experiencia y conocimiento en la materia?

En tal sentido, se tiene que dentro de un contrato de seguros coexisten las siguientes partes, (i) el asegurador, quien percibe la prima y se obliga a pagar la indemnización en caso de siniestro y que debe ser una persona jurídica legalmente autorizada, (ii) el tomador, que es la persona que contrata con el asegurador, aquí **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO – CESCA** (iii) el asegurado, que es aquél que tiene el derecho a la prestación debida por el asegurador, frente a quien se concede el amparo, el titular del interés asegurable, en este caso la señora **ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO**.

Frente a las obligaciones que le atienden a cada una de las partes y en atención de tratarse el contrato de seguro de naturaleza de adhesión, el Legislador le ha establecido una carga adicional a la parte dominante de la relación contractual, teniendo la aseguradora que *“comprobar la existencia del elemento subjetivo en la reticencia, la Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: a) probar la mala fe por parte del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso y; b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los*



tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión”.

De igual manera, dentro de las obligaciones que tiene la parte dominante de la relación contractual, la Jurisprudencia ha determinado el “*Desplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia. **Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (o asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud -en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados y no simples declaraciones generales-; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado**”.*⁵ (Subrayado y resaltado propio).

De lo anterior se desprende que, si bien a la beneficiaria se le puso de presente un “cuestionario” diseñado por el asegurador, el mismo NO fue entregado por ninguno de los asesores de la demandante **LA EQUIDAD SEGUROS**, sino que le fue entregado por una trabajadora de la cooperativa **CESCA**, la cual en ningún momento le explicó a mi mandante como debía diligenciar el formulario, ni mucho menos le explicó que era una enfermedad crónica o degenerativa. Por lo que mi mandante suscribió la declaración de asegurabilidad desde su conocimiento que no puede exigirse sea técnico, ni mucho menos médico, y en tal sentido declaró de acuerdo a la lectura que realizó de dicho cuestionario la condición en la que aplicaba según las opciones dadas dentro de éste.

En tal sentido, no podrá señalarse que la señora **AGUIRRE CASTRO** desde una mala fe, decidió omitir información, ni mucho menos tuvo vicio en su declaración de asegurabilidad.

- **INEXISTENCIA DE RETICENCIA NI PREEXISTENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO**

El artículo 1058 del Código de Comercio, dispone que el tomador y/o asegurado “*está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro*”.

⁵ SENTENCIA STC1409-2021 DE 18 DE FEBRERO DE 2021. CORTE SUPREMA DE JUSTICIA



La declaración implica, a su vez, el deber concreto del tomador (o asegurado), de informar sobre la existencia de una enfermedad, así como la gravedad de la misma, al momento de celebrar el contrato. Si el tomador (o asegurado) no informa sobre dicha situación, puede configurarse la reticencia, reglamentada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Esta figura, sin embargo, requiere de ciertas precisiones establecidas por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia.

Ha establecido la Corte Suprema de Justicia: *“Por una parte, el deber de declarar implica que el tomador (o asegurado) conoce de la enfermedad. **Esto significa que el tomador (o el asegurado) tiene, al momento de celebrar el contrato de seguro, conocimiento sobre las enfermedades, que deben ser diagnosticadas por el especialista competente y registradas en la respectiva historia clínica”.***

***“Por otra parte, este deber no recae sobre la existencia de la enfermedad en sí, sino sobre el conocimiento real que se tiene de ésta.** Esto fue explicado por la Corte Suprema de Justicia en el 2011, al estudiar la posible reticencia de una persona que sufrió de unos síntomas en días previos a la celebración del contrato de seguro, pero que no conocía del padecimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Para la Corte Suprema de Justicia, existe un buen número de enfermedades que pueden estar presentes en el organismo humano mucho antes de la época en que se diagnostican o se exteriorizan para incidir negativa y sensiblemente en la salud de las personas. Este tipo de enfermedades (como el VIH), no serían determinantes al momento de celebrar el contrato de seguro -aun si existiesen antes del mismo-, siempre y cuando no hayan sido diagnosticadas”.* (STC1409-2021)

En atención a lo anterior, para el caso concreto se tiene que, para el mes de septiembre del año 2018 mi mandante tenía como diagnóstico probable “miastenia gravis” ya que, para su confirmación se debía de realizar pruebas como una *electromiografía* y *anticuerpo del receptor de acetilcolina* las cuales tal y como consta en la historia clínica fueron practicadas con posterioridad a la suscripción de la asegurabilidad en el año 2019.

Ahora bien, se tiene que la miastenia gravis es una enfermedad autoinmune neuromuscular, condición que para el mes de enero del año 2019 mi mandante desconocía, ya que se reitera no se le había adelantado el procedimiento médico que advirtiera a mi mandante el conocimiento real de su condición médica. Se tiene que, una enfermedad autoinmune tiene como característica que el sistema inmunitario ataca por error las células sanas de órganos y tejidos, información que por ser de carácter médico y que solo atiende a los profesionales de la salud no tenía porque conocer la señora **AGUIRRE CASTRO**.

Dentro de los síntomas que determinan si alguien tiene una enfermedad autoinmune se encuentran⁶:

⁶ NIH. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH



- Enrojecimiento, calor, dolor e hinchazón en una o más partes del cuerpo
- Sentirse cansado todo el tiempo (fatiga)
- Dolor y rigidez en las articulaciones
- Dolores musculares o debilidad
- Problemas de la piel como erupciones, llagas y piel seca o escamosa
- Falta de aire o dificultad para respirar
- Fiebre que va y viene
- Pérdida de apetito

Síntomas en los cuales no había incurrido mi mandante, y aunque fuera así, no tendría porque sospechar de una enfermedad que ni había sido confirmada en su diagnóstico y mucho menos saber que la misma se catalogaba dentro de las llamadas autoinmunes.

Por lo anterior, se tiene que para el momento del diligenciamiento del cuestionario de asegurabilidad no habían transcurrido 4 meses desde un diagnóstico probable, sin que para tal momento mi mandante tuviera conocimiento y certeza de la severidad o no de su condición médica. Y así como lo señala la Corte Suprema de Justicia, no se puede predicar una reticencia, si al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad la persona no tiene pleno conocimiento de sus enfermedades. Médicamente no es dable dar un diagnóstico definitivo sin haber comenzado con el tratamiento y la realización de los exámenes idóneos para determinar tal condición.

Para el momento de la declaración de asegurabilidad, mi mandante a nivel de salud no contaba con condiciones y síntomas externos propios de la miastenia gravis que le permitieran advertir la gravedad de un diagnóstico que no estaba confirmado y del cuál médicamente no tenía certeza, ya que mi mandante no había alcanzado siquiera la mejoría médica máxima para inicios del año 2019. Médicamente se ha establecido que para alcanzar la mejoría médica máxima debe transcurrir como mínimo un año de tratamiento, lo cual no se puede predicar para el caso objeto de estudio. De igual manera, no se logra corroborar un diagnóstico neuropsicológico y mucho menos un “trastorno de humor” para la fecha de la declaración de asegurabilidad.

- **INEXISTENCIA DE MALA FE MANIFIESTA**

El artículo 83 de la Constitución Política de Colombia consagra que las actuaciones de los particulares deberán ceñirse a los postulados de la buena fe.

El principio de buena fe, a su vez, distingue de dos escenarios. El primero es la relación contractual en situaciones de simetría entre las partes; mientras que el segundo es la relación contractual en situaciones de asimetría. En éstos últimos, la Corte Constitucional ha considerado que la buena fe implica una responsabilidad mayor para quienes ejercen la posición dominante en la relación contractual.



Como ya se ha mencionado, el contrato de seguro sugiere un parte dominante (aseguradora) debiendo esta demostrar la existencia de la mala fe, sin que ello se haya logrado demostrar dentro del escrito de la demanda y las pruebas allegadas.

“El asegurador debe: a) probar la mala fe del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso y; b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión (...).”⁷

En ese sentido, debe distinguirse entre inexactitud y reticencia. La primera es de carácter objetivo y corresponde a la discrepancia que hay entre la información declarada y la situación del tomador o asegurado; mientras que la segunda es subjetiva y consiste en la intención del tomador (o asegurado) de ocultar la información para evitar cambios contractuales.

Cabe preguntarse ¿La señora **ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO** incurrió en una mala fe por no declarar las enfermedades alegadas por la **ASEGURADORA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA**?

Para dar resolución al interrogante, se debe poner de presente el criterio de la Corte Constitucional, la cual a través de la sentencia T-379 de 2022, estableció que, si bien el adquirente debe declarar su condición de salud, **“la aseguradora será quien investigue el estado del riesgo”** por lo que se hace necesario corroborar lo declarado por el asegurado y cerciorarse que la condición informada sí corresponde a la realidad. Justamente, **“la Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora”**, pues, de un lado, “en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, **ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades**” y, de otro lado, al ser **“la que conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro”**, la aseguradora es quien puede determinar “aquellas circunstancias que incidan en la realización del contrato, la onerosidad y las exclusiones del mismo, entre otros particulares”.

En el particular, como se ha manifestado a lo largo de esta contestación, la señora **AGUIRRE CASTRO** no tenía un conocimiento real de su condición de salud, toda vez que para el momento de la firma del formulario de asegurabilidad la misma no se encontraba inmersa en un tratamiento, ni contaba con estudios propios de cada una de las enfermedades alegadas por la demandante que le dieran a mi mandante un conocimiento sobre sus afectaciones y las consecuencias de las mismas. De igual manera, la señora **AGUIRRE CASTRO** contestó el formulario sin ninguna orientación por parte de la aseguradora, y mucho menos de la Cooperativa de Crédito **CESCA**, lugar donde firmó el formulario y en ningún momento le explicaron las consecuencias de no determinar todas sus enfermedades, y para el momento de los hechos no tenía conocimiento y no debía porque tenerlo respecto a lo que

⁷ Sentencia T027 de 2019



significa tener una enfermedad crónica o degenerativa, menos se puede exigir de mi mandante cuando es la demandante y la Cooperativa **CESCA** que pudiendo revisar la historia clínica en la etapa precontractual no lo hicieron, entendiéndose esto como un allanamiento a lo declarado por mi prohijada.

- **INEXISTENCIA DE EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LA PÓLIZA DE SEGURO EN RELACIÓN CON LOS DIAGNOSTICOS “MIASTENIA GRAVIS Y TRASTORNO DE HUMOR”.**

La aseguradora **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA** debe demostrar que los diagnósticos alegados, hacen parte de las exclusiones contenidas en sus pólizas y en razón de ello no hubiera tomado la póliza con mi mandante.

Sea entonces lo primero señalar, que dentro de las exclusiones contenidas dentro de la póliza aportada con la demanda se evidencian las siguientes:

2. EXCLUSIONES

La Equidad, no reconocerá indemnización alguna bajo el presente anexo, si el asegurado padece y se le diagnostica una de las enfermedades cubiertas que aparezca a consecuencia de o en conexión con:

- 2.1. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), o la presencia de dicho virus tal como fue reconocido por la organización mundial de la salud o cualquier síndrome o enfermedad de tipo similar bajo cualquier nombre, que sea diagnosticado por un medico autorizado.
- 2.2. Todos los tumores de la piel (excepto melanomas malignos) cáncer in sitio no invasivo.

De conformidad con lo anterior, no puede injerirse que las enfermedades *miastenia gravis y trastorno de humor* si se hubiesen declarado cambiaría el contenido, amparo o la no suscripción del contrato de seguro. Situación que dentro del escrito de la demanda no se logra evidenciar; ya que la demandante solo se ha limitado a indicar que es de relevancia que tales condiciones las hubiere conocido al momento del diligenciamiento del formulario, pero sin justamente manifestar cuál es tal relevancia. Por el contrario, lo que es muy a su conveniencia solo vino a oponerse cuando se efectuó la reclamación, por lo que la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado **solo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora**, quien, en el momento del acuerdo pese al control realizado, es engañada al esconderse el estado de salud del deudor, un control que para el caso presente fue inexistente.

Ahora bien, dentro de los diagnósticos “*miastenia gravis y trastornos de humor*” médicamente se ha establecido que para alcanzar una mejoría médica máxima



debe transcurrir como mínimo un año de tratamiento, lo cual no se puede predicar para el caso objeto de estudio, ya que ese año de tratamiento fue con posterioridad a la fecha de la toma de la póliza y suscripción de la declaración de asegurabilidad.

No es claro, como si no se encuentran dentro de las exclusiones de la póliza un diagnóstico relacionado con una enfermedad autoinmune neuromuscular o de carácter psicológico / neuropsicológico como fundamentos para no tomar la póliza, pretenda la demandante por medio de este proceso acreditar que no hubiera tomado una póliza de haberse conocido tales diagnósticos.

La demandante no aportó elementos de prueba que permitan evidenciar, siquiera de manera sumaria, que hubiese actuado en forma diligente y le hubiese informado al asegurado, en forma cierta, clara, suficiente y oportuna, las condiciones del seguro; en particular, las coberturas, la forma de solicitar su efectividad y, especialmente, las circunstancias en las que debía informar los cambios en su estado de salud y, por ende, los eventos en los que su declaración pudiese considerarse reticente.

Tampoco se observa que la compañía de seguros le hubiese ofrecido al asegurado la posibilidad de practicarse un examen médico, aportar una certificación médica reciente, otorgar el acceso a su historia clínica u otro medio idóneo para cumplir con sus deberes de debida diligencia y transparencia.

Este deber “no se suple con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse frente a determinadas patologías” o con la simple imposición de un cuestionario predeterminado anexo a la póliza. Para cumplir con este deber sustantivo, tanto al momento de la celebración del contrato como de manera previa a sus renovaciones, las entidades financieras y aseguradoras pueden acudir, entre otras, a alguna de las siguientes alternativas para conocer el estado del riesgo: (i) realizar exámenes médicos, (ii) solicitar exámenes, certificados médicos recientes o copia de la historia clínica, o (iii) consultar directamente la historia clínica, para lo cual requiere autorización.⁸

- **PRESCRIPCIÓN:**

En providencia de la Corte Suprema de Justicia SC130-2018, en punto al genuino sentido del artículo 1081 del Código de Comercio, se precisó:

(...) "Síguese de lo anterior que, por tanto, no es elemento que sirva para distinguir esas dos especies de prescripción, que una y otra se apliquen sólo a ciertas acciones derivadas del contrato de seguro o de las normas que lo regulan, esto es, que la prescripción ordinaria cobre vigencia únicamente en relación con determinadas acciones y que la extraordinaria, a su paso, tenga cabida frente a otras. Como con claridad suficiente lo consagra el inciso 1º del precepto que se analiza, la prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las

⁸ Sentencia T 379-2022



disposiciones que lo rigen...', de todas ellas por igual, reitera la Corte 'podrá ser ordinaria y extraordinaria'. Cabe afirmar, entonces, que todas las acciones de que se trata son susceptibles de extinguirse ya sea por prescripción ordinaria, ora por prescripción extraordinaria, y que, por tanto, la aplicación de una y otra de esas formas de prescripción extintiva depende de la persona que ejerza la respectiva acción o intente la efectividad de algún derecho y de la posición que ella tenga en relación, precisamente, con el hecho que motive la acción o con el derecho que persigue”.

Al decidir un recurso extraordinario de casación, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia precisó que las prescripciones ordinaria y extraordinaria que regula el artículo 1081 del Código de Comercio no se sustentan en una distinción de sujetos a quienes se les aplica. En uno y otro caso, la prescripción corre contra aquellos para quienes se deriva algún derecho del contrato de seguro, ya que aquellas personas distintas a los interesados carecen de acción, pues el contrato de seguro es para ellos res inter alios acta (lo realizado por unos puede beneficiar a otros). En tal sentido, y con base en el artículo 1081 indicado, se establecen dos criterios distintos para el conteo de la prescripción, uno subjetivo y otro objetivo, ambos aplicables al interesado en el contrato de seguro. De acuerdo al criterio subjetivo, la prescripción empieza a correr cuando el interesado ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, momento a partir del que empieza a correr el término extintivo de dos años. Según el criterio objetivo, el término de prescripción (cinco años) empieza a correr desde que nace el respectivo derecho, sin importar que el interesado conozca o haya debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

Para el presente caso, estamos frente a una prescripción extraordinaria, al haber transcurrido más de cinco años desde el momento de la declaración de asegurabilidad y toma de la póliza, momento desde el cual la aseguradora debió tener conocimiento del hecho, ya que desde la etapa contractual tuvo la posibilidad de haber solicitado la historia clínica de manera directa a mi mandante o a la EPS al contar con la autorización respectiva, situación que no ocurrió y resulta reprochable a todas luces el actuar de la aseguradora, toda vez, que únicamente cuando mi mandante realiza la solicitud para hacer efectivo la póliza que se había contratado, en ese momento la aseguradora decide desplegar una verificación de lo consignado en el cuestionario de asegurabilidad; lo cual no exime a la demandante de no encontrarse inmersa en la prescripción extraordinaria que extingue el derecho. Basta con que se configure una de las tipologías de prescripción (ya sea la ordinaria o la extraordinaria) para con ello se entienda extinguido el derecho.



- **PRESUNCIÓN DE LEGALIDAD DEL DICTAMEN DE LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**

Las Juntas de Calificación de Invalidez fueron contempladas en la Ley 100 de 1993, en su artículo 41, 42 y 43 con las modificaciones introducidas por normas posteriores, asignándoles la función primordial de dictaminar con criterio técnico el origen, el porcentaje y la fecha de estructuración de las pérdidas de capacidad laboral que sufren los afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social, con miras a establecer las prestaciones a que puedan tener derecho.

Dichas Juntas están sometidas al Manual Único de Calificación de Invalidez (Decreto 1507 de 2014) y a las normas que regulan su funcionamiento, como son el Decreto 1352 de 2013 (Por el cual se reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez) y actualmente por el Decreto compilatorio 1072 de 2015.

Estas Juntas se componen por un equipo interdisciplinario que analiza cada caso concreto sobre bases científicas, con fundamento en la historia clínica, exámenes paraclínicos, reportes, evaluaciones físicas y todas las herramientas que estén a su disposición para emitir las conclusiones que servirán de sustento a las prestaciones económicas y efectos que la Ley contempla.

Es por ello, que sus dictámenes están investidos de presunción de legalidad y solamente pueden ser controvertidos ante los Jueces Laborales, bajo la condición que se pruebe con bases científicas los errores que se enrostran, lo que indica que no son de recibo las simples afirmaciones de inconformidad en relación con estos ni sus conclusiones.

En el caso que nos ocupa, resalta la falta de sustento técnico científico que le demuestre a la jurisdicción que a los dictámenes emitidos por la Junta Nacional deba dárseles una interpretación distinta o extensiva, o ampliar por ejemplo los diagnósticos, pues analizaron de forma integral la historia clínica de la demandante y la valoraron personalmente, llegando a la conclusión que la pérdida de capacidad laboral de mi mandante data del 13 de marzo de 2020, lo que quiere decir que superado el período de rehabilitación integral se alcanzó la mejoría médica máxima de dicha patología; siendo en el caso que nos ocupa en una fecha posterior a la del diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad.



- **COMPENSACIÓN**

En caso que no sean acogidas las anteriores excepciones y sin que implique aceptación alguna de las pretensiones ni de los hechos de la demanda, solicito respetuosamente su señoría declarar probada la excepción de **COMPENSACIÓN**, de tal manera que, si llega a acreditarse que existen sumas pendientes de pago a cargo de mi representada, se tengan en cuenta todos los pagos que le hayan sido efectuados por parte de la misma con ocasión a la prima que ha venido cancelando de manera cumplida mensualmente.

- **ECUMÉNICA**

Solicito respetuosamente su Señoría declarar probada cualquier otra circunstancia exceptiva que resulte probada dentro del proceso, con capacidad de minar las pretensiones de la demanda.

CAPÍTULO IV. **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Se invoca como fundamentos de derecho la Constitución Política de Colombia, su artículo 83, el Código Civil y el Código de Comercio principalmente en sus artículos 1058, 1059, 1081 y ss. Ley 100/1993 artículos 41, 42, 43. Decreto 1507 de 2014 Resolución 3050 de 2022.

CAPÍTULO V. **SOLICITUD ESPECIAL – INTEGRACIÓN DEL CONTRADICTORIO**

De manera respetuosa me permito solicitar que al momento de integrarse el contradictorio se vincule a **CESCA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO-**, debiendo ser vinculado en calidad de intervinientes en el presente proceso en los términos del artículo 60 del Código General del Proceso.

CAPÍTULO V **PRUEBAS.**

1. DOCUMENTALES APORTADAS:

- Certificado emitido por **CESCA** evidenciando los créditos que posee la señora **AGUIRRE CASTRO** actualmente con la entidad.
- Derecho de petición elevado ante **CESCA** el día 02 de septiembre de 2024, con su constancia de envío.



- Solicito respetuosamente al Despacho tener como pruebas aportadas con esta contestación, las que ya fueron allegadas con la presentación de la demanda

2. INTERROGATORIO DE PARTE

Ruego se cite al Representante Legal de la demandante **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC** y de la vinculada **CESCA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO** para que comparezcan al Despacho a absolver el interrogatorio que le formularé en la audiencia de trámite y juzgamiento, con el objeto de establecer los hechos de la demanda y de las contestaciones.

3. DOCUMENTAL SOLICITADA

Solicito respetuosamente se oficie a **CESCA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO**, con el objeto que remita con destino a este proceso judicial, el nombre completo y datos de contacto de la asesora que estaba encargada para el mes de enero del año 2019 de brindar información sobre el diligenciamiento de las declaraciones de asegurabilidad, así mismo remita al Despacho informe solicitado en el derecho de petición del 01 de septiembre de 2024, en el cual se pretende se describa el trámite que realiza **CESCA** con la **ASEGURADORA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC** para la toma de los seguros, siendo una parte la aseguradora y la otra la tomadora, adicional se informe si la demandante **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC** brinda capacitación a los asesores de **CESCA** para que le otorgue información clara a los beneficiarios al momento de diligenciar el formulario de asegurabilidad y de ser así aportar la documental que de prueba de ello.

Esta entidad recibe notificaciones en el correo cooperativa@cesca.coop y se encuentra ubicada en la Cl. 28 #19 - 32, Manizales, Caldas.

4. TESTIMONIALES:

Solicito señor Juez, se recepcione los testimonios a los señores:

DIEGO ANDRÉS VELÁSQUEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 79789436, ubicado en la dirección Calle 26 Sur 48 78, Medellín Antioquia, celular 3002920990, correo electrónico: Diego.velasquez@automotora.com.co quien testificará respecto al estado de salud de la demandada para la época del 2018 y años posteriores, en relación al progreso de las enfermedades “miastenia gravis y trastorno de humor”.



NORMA MILENA AGUIRRE CASTRO identificada con cédula de ciudadanía No. 30391800, ubicado en la dirección Carrera 18 # 39 A 05 Manizales, Caldas, celular 3137635077, correo electrónico: mileoncia@hotmail.com quien testificará respecto al estado de salud de la demandada para la época del 2018 y años posteriores, en relación al progreso de las enfermedades “miastenia gravis y trastorno de humor”.

FERNANDO ARENAS CLAVIJO identificado con cédula de ciudadanía No. 10287368, ubicado en la dirección Carrera 18 N 39ª 05 casa 1c , Manizales, Caldas, celular 3012613294, correo electrónico: fac2062@hotmail.com quien testificará respecto al estado de salud de la demandada para la época del 2018 y años posteriores, en relación al progreso de las enfermedades “miastenia gravis y trastorno de humor”.

JORGE HERNAN SERNA ALZATE identificado con cédula de ciudadanía No. 16074362, ubicado en la dirección Calle 48G 5B 89, Manizales, Caldas, celular 3216666262, correo electrónico: Jorgeserna1.jhsa@gmail.com quien testificará respecto al estado de salud de la demandada para la época del 2018 y años posteriores, en relación al progreso de las enfermedades “miastenia gravis y trastorno de humor”.

CAPÍTULO VI

ANEXOS:

- Poder conferido mediante mensaje de datos conforme a la ley 2213 del 2022.
- Lo enunciado como prueba documental.
- Certificado de existencia y representación de la firma **CONFUTURO LAWYERS GROUP.**
- Derecho de petición enviado a **CESCA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO** el 02 de septiembre de 2024 y su constancia de envío.
- Comprobante de entrega de la contestación de la demanda y sus anexos a la demandante.



CAPÍTULO VII
NOTIFICACIONES:

A LA PARTE DEMANDANTE Y SU APODERADO:

- ✓ Calle 22 No. 23 – 23, Edificio Concha López, Oficina 302 – 305, Manizales - Caldas.
- ✓ Teléfono: 3128206497 - 3135630707
- ✓ Correo electrónico: notificacionesjudiciales@confuturolaboral.com

Atentamente,

JUAN SEBASTIÁN VASQUEZ MURILLO

CC. No75.104.934

T.P. No. 409.686 del C. S. de la J.

Abogado inscrito a la firma Confuturo Lawyers Group S.A.S