

Señor:  
**JUEZ CIVIL MUNICIPAL – REPARTO**  
Bogotá D.C.

El objeto de la contienda que se inicia con el presente líbello en el cual se ejerce la **acción contractual derivada del contrato de seguro**, que se tramitará por el procedimiento **verbal**, es el de obtener el reconocimiento y pago de la indemnización contenida en la póliza de seguro de vida grupo **AA003832**, en razón del fallecimiento de **JULIÁN GIL LONDOÑO**, así como también la indemnización de los perjuicios causados con el no pago de la indemnización.

## **CAPÍTULO I. DESIGNACIÓN DE LAS PARTES**

### **1. DEMANDANTE**

- 1.1. **NIRSA ELENA AMORTEGUI LONDOÑO**, domiciliada en Sevilla, Valle del Cauca, identificada con la cédula de ciudadanía número 29.820.134 de Sevilla, Valle del Cauca.

La parte demandante se encuentra representada en este asunto por el suscrito abogado **RICARDO ANDRÉS JARAMILLO LOZANO**, domiciliado en Armenia, Quindío, identificado con la cédula de ciudadanía número 9.731.890 de Armenia, Quindío, portador de la tarjeta profesional de abogado número 176.179 del Consejo Superior de la Judicatura.

### **2. DEMANDADO**

- 2.1. **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO**, persona jurídica de derecho privado con domicilio principal en Bogotá, D.C., identificada con el Nit. 830008686-1, representada legalmente por su Presidente Ejecutivo Néstor Raúl Hernández Ospina, o por quien haga sus veces.

## **CAPÍTULO II. PRETENSIONES**

1. Que se declare la ocurrencia del siniestro amparado mediante el contrato de seguro contenido en la póliza seguro vida grupo **AA003832**, donde figura como tomador la **Cooperativa Multiactiva de Empresarios y Profesionales (COEMPRESARIAL)**, y, **La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo** como aseguradora, en lo correspondiente al asegurado **Julián Gil Londoño**, identificado con la cédula de ciudadanía número 6.463.437 de Sevilla, Valle del Cauca, en razón de su muerte accidental ocurrida el día 7 de abril de 2017.
2. Que, como consecuencia de la declaración anterior, se condene a la aseguradora demandada a pagar a favor de la aquí demandante **Nirsa Elena Amortegui Londoño**, identificada con la cédula de ciudadanía número 29.820.134 de Sevilla, Valle del Cauca, en su condición de beneficiaria designada por el asegurado, la suma de **treinta y cinco millones de pesos (\$35´000.000)**, por concepto de pago de la indemnización derivada de la realización del riesgo asegurado en el amparo de **seguro de vida**, esto es, el equivalente al setenta por ciento

70% del valor asegurado, el cual ascendía a la suma de **cincuenta millones de pesos (\$50'000.000)**.

3. Que, como consecuencia de la declaración 1ª, se condene a la aseguradora demandada a pagar a favor de la aquí demandante **Nirsa Elena Amortegui Londoño**, identificada con la cédula de ciudadanía número 29.820.134 de Sevilla, Valle del Cauca, en su condición de beneficiaria designada por el asegurado, la suma de **treinta y cinco millones de pesos (\$35'000.000)**, por concepto de pago de la indemnización derivada de la realización del riesgo asegurado en el amparo de **muerte accidental**, esto es, el equivalente al setenta por ciento 70% del valor asegurado, el cual ascendía a la suma de **cincuenta millones de pesos (\$50'000.000)**.
4. Que se declare el incumplimiento de las prestaciones a que se obligó en el contrato de seguro celebrado, **La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo**, en razón a que, no canceló de manera oportuna la indemnización a que **Nirsa Elena Amortegui Londoño**, tiene derecho, decidiendo objetarla mediante comunicación del 21 de agosto de agosto de 2018.
5. Que, como consecuencia de la declaración anterior, se condene a la aseguradora demandada a pagar a favor del aquí demandante, los intereses moratorios de que trata el artículo 1080 *Modificado, Ley 45 de 1990, art. 83, inc. 1º.- Modificado Ley 510 de 1999, art. 111.* del Código de Comercio, a partir de la fecha en que se constituyó en mora la aseguradora demandada, para el pago de la indemnización.
6. Que se declare que, la necesidad de contratar un abogado para reclamar judicialmente la indemnización constituye un perjuicio causado por **La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo**, a **Nirsa Elena Amortegui Londoño**, el cual debe ser indemnizado.
7. Que, en virtud de la declaración anterior, se condene a **La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo**, al pago de las sumas correspondientes a los honorarios profesionales, de acuerdo con el contrato de prestación de servicios celebrado con el abogado, la cual equivale a la suma de **veintiún millones de pesos (\$21'000.000)**.
8. Que todo gravamen o impuesto, como retención en la fuente, iva, etc., sean asumidos o sufragados por la demandada, esto es, los montos indemnizados serán cantidades liquidadas o netas.
9. Que cualquier pago que efectúe la demandada, se impute primero a los intereses y el restante al capital, tal como lo ordena el artículo 1653 del Código Civil.
10. Que se disponga en la sentencia, que, si los condenados no pagan dentro del término de ejecutoria, se deberá realizar la actualización de las condenas a pagar, con reajuste monetario, a la fecha en que se realice el pago definitivo, tal como lo establece el inciso final del artículo 284 del Código General del Proceso.

### CAPÍTULO III. HECHOS

Se reducen, en síntesis, a lo siguiente:

1. El día 1 de noviembre de 2016, **Julián Gil Londoño**, identificado con la cédula de ciudadanía número 6.463.437 de Sevilla, Valle del Cauca, diligenció el formulario denominado “SOLICITUD – CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA GRUPO”, número 02664, proporcionado La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo.
2. En el formulario aceptó el plan 2, con un amparo básico de \$50.000.000°, e indemnización por muerte accidental de \$50.000.000°.
3. En el mencionado formulario, **Julián Gil Londoño**, designó como beneficiaria del amparo seguro de vida, a **Nirsa Elena Amortegui Londoño**, identificada con la cédula de ciudadanía número 29.820.134, en un porcentaje equivalente al setenta por ciento 70%.
4. La compañía aseguradora, en el mencionado formulario insertó la siguiente declaración, la cual fue suscrita por **Julián Gil Londoño**:

“El asegurado principal declara que las personas del grupo familiar incluidas como asegurados en esta póliza lo han autorizado para hacer su inclusión en la misma. Como asegurado principal, garantizo que en este momento de ingreso a la póliza o aumento de valor asegurado según corresponda, tanto mi grupo familiar asegurado como yo, nos encontramos en buen estado de salud y nuestra habilidad física no se encuentra en manera alguna reducida y no hemos padecido ni se nos ha diagnosticado ninguna enfermedad tal como: diabetes I y II, VIH positivo/SIDA, cáncer, afecciones cerebrovasculares, afecciones cardiovasculares, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica “EPOC”, alcoholismo o tabaquismo.

Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier otra organización o institución a suministrar a La Equidad Seguros, mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registran o lleguen a ser registrados y obtener copia de ese documento y de sus anexos, incluso después de mi fallecimiento.”

5. El contrato de seguro se encuentra contenido en la póliza **AA003832**, donde figura como tomador la **Cooperativa Multiactiva De Empresarios Y Profesionales (COEMPRESARIAL)** y **La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo** como aseguradora.
6. Los asegurados son los que figuran en cada una de las órdenes anexas.
7. Para el día 7 de abril de 2017, **Julián Gil Londoño**, identificado con la cédula de ciudadanía número 6.463.437 de Sevilla, Valle del Cauca, se encontraba asegurado mediante la citada póliza, en el amparo básico de vida, por valor asegurado de \$50.000.000°.

8. Para el día 7 de abril de 2017, **Julián Gil Londoño**, identificado con la cédula de ciudadanía número 6.463.437 de Sevilla, Valle del Cauca, se encontraba asegurado mediante la citada póliza, en el amparo indemnización adicional por muerte accidental, por valor asegurado de \$50.000.000°°.
9. Para el día 7 de abril de 2017, **Nirsa Elena Amortegui Londoño**, identificada con la cédula de ciudadanía número 29.820.134, era beneficiaria del seguro mencionado en los hechos anteriores, en un porcentaje equivalente al setenta por ciento (70%).
10. El día 7 de abril de 2017, **Julián Gil Londoño**, identificado con la cédula de ciudadanía número 6.463.437 de Sevilla, Valle del Cauca, sufrió un accidente de tránsito que le causó, de acuerdo con la historia clínica seguida en la E.S.E. Hospital Departamental Centenario de Sevilla, Valle del Cauca, las siguientes lesiones:

“PACINETE EN ACCIDENTE DE TRANSITO APROXIMADAMENTE HACE 1 HORAS, TRAI DO POR BOMBEROS PALIDO DIAFORETIDO, CON AMPUTACION TOTAL DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO GENITALES Y REGION LUMBOSACRA SANGRADO ARTERIAL Y VENOSO ACTIVO; PUPILA MIDRIATICAS NO REACTIVAS SE REALIZA 30 MINUTOS DE MASAJE CARDIACO SE LOGRA INTUBAR PACINETE, SE PONE CATETER CENTRAL CON PASO DE EPINEFRINA EN EL MOMENTO PTE SIN SIGNOS VITALES SE INDICA FALLECIMIENTO DEL PTE A LAS 14+45”

11. Las lesiones sufridas en el citado accidente, causaron la muerte de **Julián Gil Londoño**, identificado con la cédula de ciudadanía número 6.463.437 de Sevilla, Valle del Cauca, el día 7 de abril de 2017.
12. El día 22 de mayo de 2017, **La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo**, expidió la siguiente póliza:

CODIGO DE RECAUDO		PÓLIZA		FACTURA		NIT		
131003097802		AA003832		AA097802		830008686		
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>								
COD. PRODUCTO	203009	PRODUCTO	VIDA GRUPO COEMPRESARIAL					
COD. AGENCIA	00003	CERTIFICADO	AA082498	DOCUMENTO	Renovación	TEL:	6608047	
AGENCIA	CALI	DIRECCIÓN	CLL 26 NORTE 6 N16					
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN		
22	05	DESDE	DD	MM	AAAA	HORA	00:00	
05	2017	HASTA	DD	MM	AAAA	HORA	00:00	
05	2017	01	04	05	2017	00:00	04	
05	2020	01	05	05	2017	00:00	AAAA	
<b>DATOS GENERALES</b>								
TOMADOR	COEMPRESARIAL						NIT/C	810006156
DIRECCIÓN	CARRERA 24 22-02						E-MAIL	nosiene@nosiene.com
ASEGURADO	Figuran en cada una de las ordenes anexas							
BENEFICIARIO	Figuran en cada una de las ordenes anexas							
<b>INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO</b>								
COBERTURAS		VALOR A SEGUARADO		COBERTURAS		VALOR A SEGUARADO		
Básico (Muerte)		\$960,000,000.00						
Invalidez		\$960,000,000.00						
Indemnización Adicional y Beneficios por Desmembración		\$960,000,000.00						
Anticipo por Enfermedades Graves		\$480,000,000.00						
Auxilio Funerario		\$39,000,000.00						
Renta para Gastos de Hogar								
Renta por Hospitalización								

13. Una vez ocurrido el fallecimiento de **Julián Gil Londoño**, el día 17 de abril de 2018, la beneficiaria **Nirsa Elena Amortegui Londoño**, presentó ante la compañía aseguradora la fotocopia del registro civil de defunción,

copia de las cédulas de ciudadanía de **Julián Gil Londoño** y **Nirsa Elena Amortegui Londoño**.

14. Con lo anterior, la demandante acreditó ante la aseguradora el siniestro, esto es, el fallecimiento de **Julián Gil Londoño** y la calidad de beneficiaria del seguro.
15. También acreditó la cuantía de la pérdida, toda vez que en el contrato de seguro se indicó los valores asegurados y los porcentajes correspondientes a cada beneficiario.
16. A la citada reclamación, la compañía aseguradora aquí demandada, le asignó como número de reclamo, el **10082160**.
17. Mediante comunicación del 21 de agosto de 2018, la compañía aseguradora brindó respuesta a la reclamación, en la cual objetó el pago de la indemnización.
18. La aseguradora, expuso como hecho o circunstancia excluyente de su responsabilidad, que el fallecimiento del Señor **Julián Gil Londoño**, no se encontraba amparado por cuanto al momento del ingreso a la aseguradora, no declaró sinceramente el estado de salud con el cual ingresaba a la póliza, lo que indica que incurrió en reticencia de la información.
19. La compañía aseguradora no acreditó nexo causal alguno entre la preexistencia que alegó, esto es, el hecho que la condición de hipertenso del asegurado, hubiese sido la causa del fallecimiento.
20. La compañía aseguradora no acreditó que, **Julián Gil Londoño** haya obrado con mala fe al momento del ingreso a la póliza, pues ni tan siquiera se le preguntó si era hipertenso.
21. La aseguradora aquí demandada incurrió, con su actuar para hacer efectiva la póliza, en una conducta que resulta desproporcionada, arbitraria y abusiva<sup>1</sup>.
22. El día 30 de enero de 2019, la Corte Constitucional profirió la sentencia hito de esa corporación en relación con la reticencia, esto es, la sentencia T – 027, donde se resolvieron nueve casos:

*“112. El presente asunto consta de nueve casos acumulados, de los cuales, uno (T-6.563.653) refiere a acción de tutela formulada contra sentencia proferida en segunda instancia por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot dentro de proceso verbal sumario promovido por el accionante contra Banco de Occidente S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A., con el objeto de que se ordenara el cumplimiento de una póliza de seguros de vida deudores, ante la ocurrencia del siniestro amparado.*

---

<sup>1</sup> Términos utilizados en sentencia T – 094 del 6 de marzo de 2019, de la Corte Constitucional, Magistrado Ponente ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO.

Los demás asuntos (T-6.565.840, T-6.579.174, T-6.580.365, T-6.593.057, T-6.594.184, T-6.599.768, T-6.605.576 y T-6.608.194) aluden a solicitudes de amparo instauradas contra varias entidades aseguradoras y/o financieras, por considerarse vulnerados los derechos fundamentales al mínimo vital, a la igualdad y a la vivienda, ante la negativa de hacer efectivas las respectivas pólizas de seguros con el pago de los saldos insolutos de los correspondientes créditos adquiridos por los accionantes.”

23. La Corte Constitucional, en la sentencia mencionada en el punto anterior, también insertó el siguiente razonamiento:

“67. En cuanto el deber de 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<sup>2</sup>** 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<sup>3</sup>.

68. Los anteriores parámetros han sido aplicados por esta Corporación en la resolución de varios casos similares al presente, en los cuales se ha accedido al amparo reclamado por los peticionarios, por considerarse vulnerados los derechos fundamentales invocados. Vista la jurisprudencia constitucional, la presente Sala de revisión destaca los siguientes pronunciamientos que a la fecha han sido adoptados en la materia: T-832 de 2010, T-1018 de 2010, T-751 de 2012, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-830 de 2014, T-007 de 2015, T-393 de 2015, T-282 de 2016, T-609 de 2016, T-670 de 2016, T-676 de 2016 y T-251 de 2017, cuyo alcance se pasa a exponer a continuación.

(...)

91. **Examinada la decisión judicial censurada**, que obra en medio magnético entre los folios 2 y 3 del cuaderno número 2 del expediente, a la luz de las reglas reiteradas en la presente decisión (Supra 45 a 49 del capítulo de consideraciones), **la Sala Novena de Revisión encuentra que el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot vulneró el derecho fundamental al debido proceso del demandante, pues incurrió en defecto fáctico**, pues incurrió en dos conductas. **Por una parte, no tuvo en cuenta las regla fijada por la Corte Constitucional, según la cual la reticencia (mala fe) debe ser probada por la aseguradora** y, por otra parte valoró equívocamente el dictamen de pérdida de capacidad laboral proferido por Colsubsidio el 17 de diciembre de 2013, en relación con la fecha de estructuración de invalidez del actor.” (Subrayas y negrillas fuera del texto)

<sup>2</sup> Corte Constitucional, sentencia T- 222 de 2014, reiterada en T- 282 de 2016.

<sup>3</sup> Corte Constitucional, sentencia T- 282 de 2016.

24. El día 16 de marzo de 2020, la demandante presentó derecho de petición ante la compañía que se demanda, en el cual solicitó:

“(…)

1. Que se sirva expedirme y remitirme copia íntegra de la totalidad de los documentos que reposan en el expediente correspondiente a la póliza N° **AA003832**.

2. Que se sirva expedirme y remitirme copia íntegra de los avisos o reportes de siniestro presentados en razón del fallecimiento de **JULIAN GIL LONDOÑO**, amparado con la póliza de seguro vida grupo **AA003832**.

3. Que se sirva expedirme y remitirme copia íntegra de la caratula de la póliza contentiva del contrato de seguro vida grupo **AA003832**, vigente para el día 07 de abril de 2017, así como también, sus correspondientes anexos, entre ellos, la solicitud de seguro, la declaración de asegurabilidad, las condiciones generales y exclusiones, en los términos de los artículos 1046, 1047 y 1048 del Código de Comercio y todos los demás documentos que tengan relación con el contrato de seguro en mención.

4. Que se sirva expedirme y remitirme copia íntegra de la reclamación y respectivos anexos que fue presentada a la **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE EMPRESARIOS Y PROFESIONALES (COEMPRESARIAL)**, misma que fue remitida a **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO**.

5. Que se sirva expedirme y remitirme copia íntegra de la respuesta que fue dada con motivo de la reclamación que fue presentada, mencionada en el punto anterior, así como las pruebas en que se fundamentó la respuesta.

(…)”

25. Vía correo electrónico la aseguradora brindó respuesta parcial a la anterior petición, sin que enviara el anexo o certificado correspondiente a **Julián Gil Londoño**, no obstante haber solicitado copia de la totalidad de los documentos que corresponden a la póliza y los anexos, tal como lo establecen los artículos 1046, 1047 y 1048 del Código de Comercio.

26. En virtud de lo establecido en el artículo 1° del Decreto Legislativo 564 del 15 de abril de 2020, los términos de prescripción se suspendieron.

27. Ante el no pago de la indemnización por parte de la aseguradora que se demanda, la demandante se vio en la necesidad de contratar un abogado con las condiciones profesionales idóneas para ejercer las acciones judiciales correspondientes ante la jurisdicción.

28. El valor de los honorarios pactados con el abogado contratado, equivale al 30% del total de la indemnización que le fuera reconocida a la demandante.

29. El día 6 de mayo de 2020 la demandante presentó convocatoria a conciliación extrajudicial, con el fin de agotar el requisito de procedibilidad.
30. Celebrada la respectiva audiencia, el día 19 de mayo de 2020, el Centro de Conciliación de la Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humbolt, expidió la correspondiente constancia de que trata el artículo 2° de la Ley 640 de 2001.
31. El día 1 de junio de 2020, se remitió al correo electrónico [servicio.cliente@laequidadseguros.coop](mailto:servicio.cliente@laequidadseguros.coop), en el cual se solicitó:

“Que se sirva expedirme y remitirme copia íntegra de la totalidad del o los certificado (s) o anexo (s) de la póliza de seguro N° **AA003832**, donde figure como asegurado **JULIAN GIL LONDOÑO**, quien en vida se identificó con la cédula de ciudadanía número 6.463.437 de Sevilla, Valle del Cauca, con vigencia para el día 7 de abril de 2017.

Que se indique, de no figurar en el anexo, el valor asegurado vigente para el día 7 de abril de 2017, por el amparo básico de muerte.

Que se indique, de no figurar en el anexo, el valor asegurado vigente para el día 7 de abril de 2017, por el amparo adicional por muerte accidental.

Que se indique, de no figurar en el anexo, los beneficiarios designados por el asegurado, vigentes para el día 7 de abril de 2017.

Que se indique los porcentajes que le fueron asignados a cada beneficiario.”

32. Mediante respuesta del día 26 de junio de 2020, la compañía aseguradora expresó que:

“Nos permitimos informarle que para el 07 de abril de 2017 se registra en nuestra base de datos la póliza de vida grupo AA003832 en donde el tomador es la Cooperativa Multiactiva de Empresarios y Profesionales COEMPRESARIAL en donde se encontraba asegurado el señor Julián Gil Londoño quien en vida se identificó con la cedula de ciudadanía 6.463.437 de Sevilla (Valle del Cauca).

Así mismo le manifestamos que para el 07 de abril de 2017 la póliza de Vida Grupo AA003832 registra la siguiente información para el seguro de vida de Julián Gil Londoño:

1.-Se adjunta fotocopia del certificado de seguro de vida grupo 02664, a nombre de Julián Gil Londoño, diligenciado y por firmado por él, el 01 de diciembre de 2016.

2.-El valor asegurado para el amparo de vida corresponde a \$ 50.000.000

3.-El valor asegurado para el amparo de muerte accidental corresponde a \$ 50.000.000

4.-Los beneficiarios designados son: Luisa Elena Amórtegui en calidad de cónyuge con el 70% y Juliana Gil Forero en calidad de hija con el 30%.

## CAPÍTULO IV. PRUEBAS

### 1. PRUEBA DOCUMENTAL APORTADA

- 1.1. Formulario denominado "SOLICITUD – CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA GRUPO", número 02664, proporcionado por La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo y, diligenciado por **Julián Gil Londoño**.
- 1.2. Copia de la póliza **AA003832**, donde figura como tomador la **Cooperativa Multiactiva De Empresarios Y Profesionales (COEMPRESARIAL)** y **La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo** como aseguradora.
- 1.3. Copia del croquis del accidente de tránsito sufrido por **Julián Gil Londoño**, identificado con la cédula de ciudadanía número 6.463.437 de Sevilla, Valle del Cauca, el día 7 de abril de 2017.
- 1.4. Copia de la historia clínica seguida a **Julián Gil Londoño**, identificado con la cédula de ciudadanía número 6.463.437 de Sevilla, Valle del Cauca, en la E.S.E. Hospital Departamental Centenario de Sevilla, Valle del Cauca, de fecha 7 de abril de 2017.
- 1.5. Copia del protocolo de necropsia realizado a **Julián Gil Londoño**, identificado con la cédula de ciudadanía número 6.463.437 de Sevilla, Valle del Cauca.
- 1.6. Copia de la cédula de ciudadanía y el registro civil de defunción de **Julian Gil Londoño**, así como también copia de la cédula de ciudadanía de **Nirsa Elena Amortequi Londoño**, presentadas como reclamación, a la cual le correspondió como número de reclamo, el **10082160**, según documentación que envió la aseguradora, con motivo del derecho de petición presentado.
- 1.7. Comunicación del 21 de agosto de 2018, por medio de la cual, la compañía aseguradora brindó respuesta a la reclamación mencionada anteriormente, objetando la misma.
- 1.8. Respuesta de fecha 26 de junio de 2020, brindada por la aseguradora demandada.
- 1.9. Contrato de prestación de servicios profesionales celebrado con el abogado para ejercer la acción judicial tendiente a reclamar la indemnización.
- 1.10. Constancia de no conciliación expedida por el Centro de Conciliación de la Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humbolt, donde se acredita el agotamiento del requisito de procedibilidad.
- 1.11. Registro Civil de Defunción de **Julián Gil Londoño**.
- 1.12. Certificado de existencia y representación legal de la aseguradora demandada, expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, D.C.

1.13. Certificado de existencia y representación legal correspondiente a la aseguradora demandada, expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

## 2. DECLARACIÓN DE PARTE

Solicito que en virtud de lo establecido en el artículo 191 del Código General del Proceso, en concordancia con el artículo 8 de la Convención Americana de Derechos Humanos, solicito se le permita a la aquí demandante declarar en su propio proceso para que dé a conocer todo lo relacionado con su caso.

## 3. HECHOS NOTORIOS

De conformidad con lo normado en el artículo 180 del Código General del Proceso, solicito que se tengan como hechos notorios, las resoluciones emitidas por la Superintendencia Financiera en relación con el monto de los intereses bancarios corrientes a partir del día 7 de abril de 2017 y las emitidas por el DANE en relación con la variación porcentual del índice de precios al consumidor.

## 4. INTERROGATORIO DE PARTE

- Solicito se cite a **Néstor Raúl Hernández Ospina**, en su condición de presidente y en consecuencia Representante Legal de **La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo**, o a quien haga sus veces, quien se puede ubicar en la dirección de la empresa demandada, para que absuelva el interrogatorio que en forma verbal o escrita formularé.
- En la misma diligencia se solicitará el reconocimiento de la respuesta brindada el día 26 de junio de 2020, por parte de la aseguradora, al derecho de petición elevado.

## CAPÍTULO V. JURAMENTO ESTIMATORIO

❖ **Para la pretensión 2 de condena al pago de la indemnización pactada en el contrato de seguro:**

De acuerdo con a lo ordenado en el artículo 206 de la Ley 1564 de 2012 (Código General del Proceso) me permito estimar, **bajo la gravedad del juramento estimatorio**, la pretensión número 2, en la suma de **\$35´000.000 M/cte**, la cual se estima razonadamente de la siguiente forma:

- El valor asegurado por el amparo básico de muerte es de \$50´000.000
- El porcentaje asignado por el asegurado a la aquí demandante fue el equivalente al 70% de la indemnización a pagar.

❖ **Para la pretensión 3 de condena al pago de la indemnización pactada en el contrato de seguro:**

De acuerdo con a lo ordenado en el artículo 206 de la Ley 1564 de 2012 (Código General del Proceso) me permito estimar, **bajo la gravedad del juramento estimatorio**, la pretensión número 3, en la suma de **\$35´000.000 M/cte**, la cual se estima razonadamente de la siguiente forma:

- El valor asegurado por el amparo adicional de muerte accidental es de \$50'000.000.
- El porcentaje asignado por el asegurado a la aquí demandante fue el equivalente al 70% de la indemnización a pagar.

Así las cosas, el derecho que tiene la demandante es por valor de \$70'000.000.

❖ **Para la pretensión 7 de condena al pago de la indemnización de perjuicios por la necesidad de contratar abogado para reclamar judicialmente la indemnización a que considera tiene derecho:**

De acuerdo con a lo ordenado en el artículo 206 de la Ley 1564 de 2012 (Código General del Proceso) me permito estimar, **bajo la gravedad del juramento estimatorio**, la pretensión número 6, en la suma de **\$21'000.000 M/cte**, la cual se estima razonadamente de la siguiente forma:

- El valor asegurado por el amparo básico de muerte es de \$50'000.000
- El valor asegurado por el amparo adicional de muerte accidental es de \$50'000.000.
- El porcentaje asignado por el asegurado a la aquí demandante fue el equivalente al 70% de la indemnización a pagar.
- El derecho que tiene la demandante es por valor de \$70'000.000.
- Los honorarios pactados son el 30% de la suma total reconocida en la sentencia.

Así las cosas, el valor de los honorarios que se le habrán de cancelar al abogado, equivalen a \$21'000.000.

## **CAPÍTULO VI. FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### 1. Normas:

Invoco como fundamentos de derecho la Ley 1480 de 2011, los artículos 1494 al 1501, 1618, 1620, 1621, 1622, 1624 del Código Civil; los artículos 864, 1036, 1039, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1052, 1054, 1056, 1057, 1058, 1072, 1077, 1080, 1081, 1082, 1137, 1138, 1146, 1148, 1158 y 1162 del Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

### 2. Jurisprudencia:

Sobre el deber, en cabeza de la aseguradora, de acreditar la mala fe al momento de la toma del seguro por parte del asegurado y, el nexo de causalidad entre la omisión en la información en que incurra el asegurado y el siniestro, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sido uniforme, a tal punto que se han proferido multiplicidad de decisiones, entre las cuales se encuentran las siguientes:

Sentencia T – 061 del 18 de febrero de 2020, de la Corte Constitucional, Magistrado Ponente ALBERTO ROJAS RÍOS:

“A pesar de lo anterior, la jurisprudencia de esta Corporación ha reconocido que si bien el contrato de seguro se constituye en un acuerdo de naturaleza privada que es suscrito entre particulares,

éste, en razón a que supone el desarrollo una relación contractual de carácter asimétrico, debe ejecutarse bajo el entendido de que la “autonomía de la voluntad” con la que cuentan las partes (la aseguradora y el asegurado) para pactar las condiciones del contrato, encuentra como límite el principio de *uberrimae fidae* o *abundante buena fe* que propende porque cada una de las partes actúe en respeto de los intereses de la otra y, en específico, que las aseguradoras no abusen de su posición dominante en detrimento de los derechos de los ciudadanos que acuden a ellas<sup>4</sup>.

Así, de un lado, se ha interpretado que el deber de buena fe en este tipo de relaciones contractuales implica que el asegurado tiene una serie de obligaciones y cargas que debe cumplir en relación con su contraparte; tal y como lo es la honesta declaración de todas las circunstancias que, al momento de la celebración del contrato, puedan influir en el nivel del riesgo asegurado. De esta manera, si se omite voluntariamente cumplir con esta obligación puede configurarse el fenómeno de la “reticencia”<sup>5</sup>, establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio, que genera la nulidad relativa del contrato de seguro.

Sin embargo, esta Corte ha determinado que la simple existencia de una inexactitud o incongruencia entre la realidad y la información suministrada por el contratante en la declaración de asegurabilidad no puede ser entendida automáticamente como “reticencia”, pues para que esta figura pueda configurarse es necesario que se demuestre la mala fe del asegurado al pretender evitar que el contrato de seguro le resulte más oneroso o que la aseguradora desistiera de asumirlo<sup>6</sup>.

De otro lado, es menester destacar que el deber de buena fe referido implica “*una responsabilidad mayor para quienes ejercen la posición dominante en la relación contractual*”<sup>7</sup>, esto es, las aseguradoras, por cuanto son quienes definen las condiciones materiales del contrato de seguro y, por tanto, no les es dable alegar vacíos en el texto que redactaron, para sacar provecho. Ello, al punto de que se ha desarrollado el principio de interpretación *pro consumatore*, en virtud del cual cualquier duda o problema interpretativo que surja con ocasión a la aplicación del contrato, debe ser resuelta en favor de los intereses del asegurado.

En ese sentido, si bien quien suscribe el contrato de seguro tiene la obligación de declarar con honestidad la totalidad de los factores que puedan afectar las condiciones en que se suscribe el

---

<sup>4</sup> Ver Sentencia T-027 de 2019.

<sup>5</sup> En la Sentencia T-609 de 2016 esta figura fue definida como la consecuencia que tiene lugar cuando quiera que “(...) el tomador de una póliza, rinde una declaración sobre su estado de riesgo que no concuerda con la realidad, lo que genera que la entidad aseguradora incurra en error al momento de expresar su consentimiento para obligarse, y expida una cobertura que no corresponde con la verdadera condición del tomador”.

<sup>6</sup> Ver, entre otras, las Sentencias T-316 de 2015, T-609 de 2016, T-442 de 2018 y T-027 de 2019.

<sup>7</sup> Ver Sentencia T-027 de 2019.

contrato de seguro, lo cierto es que, como se indicó con anterioridad, la mera discrepancia entre la información contenida en las declaraciones de asegurabilidad y aquella existente en la historia clínica del asegurado no implica la configuración de la “reticencia” y, en ese sentido, corresponde a la aseguradora<sup>8</sup>: **(i)** demostrar el elemento subjetivo de la reticencia, esto es, la voluntad dolosa del asegurado tendiente a engañar y sacar provecho de la omisión evidenciada; **(ii)** haber desplegado todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado, pues las aseguradoras **se encuentran vedadas de alegar reticencia si conocían o podían conocer los hechos que la constituyeron**; esto es, si se abstuvieron de verificar la información, habiendo podido hacerlo, mal haría el juez en validar su negligencia<sup>9</sup>; y **(iii)** demostrar un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado<sup>10</sup>.”

Sentencia T – 094 del 6 de marzo de 2019, de la Corte Constitucional, Magistrado Ponente ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO:

“Precisamente, por las características del contrato de seguro resulta trascendental que el tomador cumpla con la obligación de hacer una declaración veraz del estado real de riesgo, en aras de proteger la naturaleza aleatoria de este tipo de negocios. Así lo ha manifestado también la Sala de Casación Civil, entre otras, en Sentencia del 1 de septiembre de 2010<sup>11</sup>, al indicar que: “(...) *esta modalidad comercial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, comoquiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca*”.

A partir de lo anterior, cuando el tomador ha incurrido en inexactitudes en la información entregada al momento de realizar el contrato, puede generar distorsiones relacionadas con el estado de riesgo que atentarían contra la naturaleza del contrato y el principio de buena fe que lo caracterizan, por lo que de comprobarse el obrar de mala fe por parte del tomador, se

<sup>8</sup> Sobre estas cargas de las aseguradoras, ver, entre otras, las Sentencias T-316 de 2015, T-609 de 2016, T-442 de 2018 y T-027 de 2019.

<sup>9</sup> Sobre el deber de verificación aludido, esta Corte, en Sentencia T-027 de 2019, consideró que podía entenderse satisfecho en los eventos en que: “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”.

<sup>10</sup> Sobre este especial requisito, en la Sentencia T-442 de 2018 esta Corporación entendió que la aseguradora cuenta con la carga de demostrar una “relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido”.

<sup>11</sup> Radicado No. 05001-3103-001-2003-00400-01.

configura el fenómeno de reticencia previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio, y que consiste en la inexactitud en que incurre el tomador del seguro sobre hechos o circunstancias que impliquen una agravación objetiva del estado de riesgo, que de haber sido conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de fijar el contrato o advertido para celebrar uno con cláusulas más onerosas. Su configuración genera nulidad relativa del contrato.

En ese sentido, las aseguradoras tienen la obligación de demostrar el nexo de causalidad entre la información omitida y el siniestro, por un lado, evidenciando la mala fe del tomador al ocultar cierta información, y por el otro, acreditando la existencia de una “*efectiva relación causal*”<sup>12</sup> –inescindible- entre la inexactitud y el siniestro acaecido<sup>13</sup>.

(...)

Por ende, la reticencia se puede alegar cuando la información omitida ha incidido en el consentimiento de la aseguradora para asumir el riesgo contratado<sup>14</sup>, causada por inexactitud de la información registrada por el tomador en procura de sacar ventaja del desequilibrio contractual, pero para su acreditación se debe demostrar tanto el elemento objetivo consistente en el nexo de causalidad, como el elemento subjetivo derivado de la mala fe del tomador.

(...)

Inconforme con lo anterior, la señora Pechene acudió a la acción de tutela alegando la afectación de sus derechos fundamentales pues, en su opinión, los datos omitidos por su esposo no tuvieron nexo alguno con el siniestro padecido, ya que no alegó la activación de la póliza por invalidez o muerte resultantes de una enfermedad, sino por causa de muerte violenta.

Al respecto, la Sala encuentra que en el asunto de la referencia se torna viable ordenar el cumplimiento de la póliza pactada por las razones que a continuación se explican.

En primer lugar, revisado el material probatorio se evidencia que en la declaración de asegurabilidad signada el 12 de agosto de 2015, el señor Mera no manifestó padecer de diabetes ni hipertensión, dolencias acreditadas por la aseguradora mediante copia de algunos apartes de la historia clínica del asegurado<sup>15</sup> y que la demandante confirma que fueron omitidos.

Sin embargo, dicha situación no constituye causal suficiente para alegar la nulidad relativa del contrato por reticencia comoquiera que, como se vio en la parte considerativa de esta providencia, para que una aseguradora pueda negarse al pago del seguro con fundamento en la reticencia, debe acreditar siquiera dos supuestos: de un lado, el objetivo, encaminado a demostrar el

---

<sup>12</sup> Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-660 de 2017.

<sup>13</sup> Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-282 de 2016.

<sup>14</sup> Corte Constitucional del Colombia. Sentencia T-660 de 2017.

<sup>15</sup> En folio 32 del cuaderno 1. La aseguradora aportó copia de una parte de la historia clínica del actor de fecha 11 de noviembre de 2017, en la que se extrae que es diabético controlado hace 3 años.

nexo de causalidad entre la información inexacta y el siniestro; y del otro, el subjetivo, por medio del cual le corresponde a la empresa demostrar la mala fe del tomador al momento de celebrar el contrato de modo tal que su omisión haya influenciado el consentimiento de la empresa para suscribir el contrato y asumir el riesgo asegurado, que en este caso incluían invalidez y muerte.

En el *sub lite*, la Sala encuentra que ninguno de los supuestos fueron acreditados por la aseguradora para justificar la reticencia que alegó, pues, en lo que tiene que ver con el primero, no demostró en modo alguno la relación de causalidad entre la ocurrencia del siniestro (la muerte del tomador al haber sido víctima de un hecho violento) y las condiciones médicas omitidas en su declaración de asegurabilidad (antecedentes de hipertensión y diabetes). En ese sentido, no evidencia la Corte cómo las enfermedades no declaradas se relacionan con el siniestro (la muerte) toda vez que, aun si el actor las hubiera señalado, ello no habría impedido que el actor falleciera dado que su deceso sobrevino con ocasión de heridas por arma de fuego.

Y en lo que tiene que ver con el criterio subjetivo, la Sala tampoco encuentra acreditada la mala fe debido a que no se demostró que la omisión incidiera en el consentimiento de la aseguradora al momento de celebrar el contrato, y ello no ocurrió dado que la empresa no acreditó cómo la falta de conocimiento de unas patologías padecidas por el tomador afectaron su voluntad comercial al momento de cubrir el siniestro de muerte por homicidio.

En ese sentido, como lo que propició la muerte del actor fue certificado y tuvo lugar por los impactos de un arma de fuego, la falta de veracidad de las patologías sufridas por el tomador del seguro no incidieron en la asunción del riesgo de muerte por parte de la aseguradora.

En consecuencia, la negativa para hacer efectiva la póliza resulta desproporcionada, arbitraria y abusiva, pues en uso de su posición dominante, la entidad, sin acreditar la reticencia, se negó a realizar el pago fijado en la póliza, lo que terminó afectando los derechos fundamentales de la demandante. En suma, la Sala ordenará a la aseguradora que haga efectiva la póliza suscrita por el señor Mera y, en consecuencia, realice el pago de la obligación financiera suscrita por este con el banco BBVA.”

Sentencia T – 027 del 30 de enero de 2019, de la Corte Constitucional, Magistrado Ponente ALBERTO ROJAS RIOS:

“(ii) En relación con los expedientes T-6.565.840, T-6.579.174, T-6.593.057, T-6.594.184, T-6.599.768, T-6.605.576 y T-6.608.194: ¿desconocieron las entidades aseguradoras accionadas los derechos fundamentales de los demandantes, por negarse a hacer efectivas las correspondientes pólizas de seguro de vida deudores que adquirieron los accionantes, bajo el argumento de incurrir en preexistencia y/o

reticencia en el marco de los respectivos contratos de seguro? Asimismo, en el expediente T-6.599.768 se plantea la pregunta: ¿se vulneraron los derechos fundamentales de Víctor Alfonso Manrique Moreno, al no reconocerle el reintegro de las cuotas consignadas pese a que la aseguradora había pagado el saldo adeudado?

(...)

58. 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<sup>16</sup>. 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 tanto por la jurisprudencia de esta Corporación como de la Corte Suprema de Justicia.

(...)

61. Finalmente, el desconocimiento del deber de declarar –o la configuración de la reticencia– requiere, necesariamente, de una actuación de mala fe<sup>17</sup>. Por ésta se entiende, de acuerdo a la jurisprudencia de esta Corporación, que no basta con el conocimiento de la enfermedad, sino que la omisión de ésta en la declaración se debe a la intención del tomador (o asegurado) a evitar que el contrato de seguro se haga más oneroso o que el asegurador desista del contrato<sup>18</sup>. En ese sentido, la Corte Constitucional sostuvo que debe distinguirse entre inexactitud y reticencia<sup>19</sup>. La primera es de carácter objetivo y corresponde a la discrepancia que hay entre la información declarada y la situación del tomador o asegurado<sup>20</sup>; mientras que la segunda es subjetiva y consiste en la intención del tomador (o asegurado) de ocultar la información para evitar cambios contractuales<sup>21</sup>.

(...)

66. El tercer deber consiste en 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<sup>22</sup> 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<sup>23</sup>.

<sup>16</sup> Corte Constitucional, sentencia T- 251 de 2017.

<sup>17</sup> Corte Constitucional, sentencias T- 222 de 2014; T- 830 de 2014; T- 684 de 2015; T- 577 de 2015; T-058 de 2016; T- 240 de 2016; T-282 de 2016; T-251 de 2017.

<sup>18</sup> Corte Constitucional sentencias T- 222 de 2014; T- 830 de 2014; T- 684 de 2015; T- 577 de 2015; T-058 de 2016; T- 240 de 2016; T-282 de 2016; T-251 de 2017.

<sup>19</sup> Corte Constitucional, sentencia T- 251 de 2017.

<sup>20</sup> Corte Constitucional, sentencia T-222 de 2014.

<sup>21</sup> Corte Constitucional, sentencia T- 222 de 2014.

<sup>22</sup> Véase Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 04.03.2016 (SC 2803-2016), Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez.

<sup>23</sup> Establecer una obligación general de practicar exámenes médicos para todos y cada uno de los tomadores o asegurados podría implicar una carga desproporcionada para el asegurador, como se sostuvo en la sentencia C- 232 de 1997. Sin embargo, ello no implica que el asegurador, en ocasiones, se exima de hacerlo. Para ello, ver sentencia 282 de

(...)

67. En cuanto el deber de 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<sup>24</sup> 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<sup>25</sup>.

68. Los anteriores parámetros han sido aplicados por esta Corporación en la resolución de varios casos similares al presente, en los cuales se ha accedido al amparo reclamado por los peticionarios, por considerarse vulnerados los derechos fundamentales invocados. Vista la jurisprudencia constitucional, la presente Sala de revisión destaca los siguientes pronunciamientos que a la fecha han sido adoptados en la materia: T-832 de 2010, T-1018 de 2010, T-751 de 2012, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-830 de 2014, T-007 de 2015, T-393 de 2015, T-282 de 2016, T-609 de 2016, T-670 de 2016, T-676 de 2016 y T-251 de 2017, cuyo alcance se pasa a exponer a continuación.

(...)

91. Examinada la decisión judicial censurada, que obra en medio magnético entre los folios 2 y 3 del cuaderno número 2 del expediente, a la luz de las reglas reiteradas en la presente decisión (Supra 45 a 49 del capítulo de consideraciones), la Sala Novena de Revisión encuentra que el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot vulneró el derecho fundamental al debido proceso del demandante, pues incurrió en defecto fáctico, pues incurrió en dos conductas. Por una parte, no tuvo en cuenta las reglas fijadas por la Corte Constitucional, según las cuales la reticencia (mala fe) debe ser probada por la aseguradora y, por otra parte, valoró equivocadamente el dictamen de pérdida de capacidad laboral proferido por Colsubsidio el 17 de diciembre de 2013, en relación con la fecha de estructuración de invalidez del actor.”

## CAPÍTULO VII. CUANTÍA

La estimo en **noventa y un millones de pesos (\$91´000.000)**, que es el valor que arroja la suma de las pretensiones elevadas por concepto de indemnización contenida en la póliza y, la indemnización de perjuicios por el no pago de la indemnización y la necesidad consecuente de contratar abogado.

Teniendo en cuenta lo anterior, se concluye que la competencia para tramitar el proceso en razón de la cuantía, radica en cabeza del Juez Civil Municipal - Reparto.

Además, teniendo en cuenta el domicilio principal de la aseguradora demandada, es competente por el factor territorial, el Juez Civil de Municipal de la ciudad de Bogotá, D.C.

---

2016, la cual reitera el deber de realizar exámenes médicos establecido en las sentencias T-832 de 2010, T- 1018 de 2010, T- 393 de 2015.

<sup>24</sup> Corte Constitucional, sentencia T- 222 de 2014, reiterada en T- 282 de 2016.

<sup>25</sup> Corte Constitucional, sentencia T- 282 de 2016.

El trámite procesal que le corresponde al presente asunto, es el procedimiento establecido para el proceso verbal.

### **CAPÍTULO VIII. ANEXOS**

Se presentan con la demanda los siguientes documentos:

1. El poder para actuar.
2. Las pruebas anunciadas en el punto 1.1. del capítulo IV. PRUEBAS, del presente escrito.
3. Copia de la cédula y tarjeta profesional de abogado del suscrito apoderado.

### **CAPÍTULO IX. NOTIFICACIONES – CANALES DIGITALES**

- **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO**, en la carrera 9A No. 99 - 07 Piso 12 – 13 – 14 – 15 de Bogotá, D.C., correo electrónico [notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop](mailto:notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop)
- La demandante en la calle 61 # 46 – 44 barrio Brasil de Sevilla, Valle del Cauca, celular 313 7753348, correo electrónico [nirsaelena79@hotmail.com](mailto:nirsaelena79@hotmail.com)

El suscrito apoderado, en la manzana 3 casa 10 del barrio Providencia, de La Tebaida, Quindío, celular 320 6613557, correo electrónico [ricardojaramillolozano@gmail.com](mailto:ricardojaramillolozano@gmail.com)

Atentamente,



**RICARDO ANDRÉS JARAMILLO LOZANO**  
C.C. 9.731.890 de Armenia, Quindío.  
T.P. 176.179 del Cons. Sup. de la Jud.