

TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE CALI
SALA CIVIL DE DECISIÓN

Santiago de Cali, veinte de septiembre de dos mil veintitrés.

Magistrado Ponente: Dr. CÉSAR EVARISTO LEÓN VERGARA.

Radicación No. 012-2019-00267-03

Acta n°. 124

Decídese a continuación el recurso de apelación formulado por la parte demandante y la aseguradora demandada en contra de la sentencia calendada el día 1° de diciembre de 2022, proferida por el Juzgado Doce Civil del Circuito, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil adelantado por Diana María Libreros Vélez, contra Banco Comercial Av Villas S.A. y otro.

I. ANTECEDENTES.

1. *Pretende la demandante que se declare civilmente responsable a la aseguradora demandada por el incumplimiento del contrato de seguro celebrado entre la señora Diana María Libreros Vélez y Axa Colpatria Seguros De Vida S.A.; y en consecuencia se la condene, (i) a cancelar integralmente la deuda con el Banco Av Villas S.A., para la adquisición del apartamento ubicado en Carrera 36D # 12 Oeste-240 Apto 404F., por el monto que asciende a la suma de \$215.270.252,00; (ii) los perjuicios inmateriales ocasionados (daño a la vida de relación, daño moral, proyecto de vida, derechos constitucionales); y los daños materiales que se logren probar.*

En igual sentido que se declare civilmente responsable al Banco Av Villas S.A., por el incumplimiento contractual del contrato de mutuo celebrado con la actora, por su actuar negligente, para reclamar a la aseguradora, la póliza que amparaba el crédito otorgado a la demandante. Y de manera subsidiaria –a las pretensiones 3 y 4- que se declare la responsabilidad civil extracontractual en contra de dicha entidad bancaria por el mismo actuar que causó perjuicios de la demandante.

Como consecuencia de lo anterior, se condene al banco demandado, (i) "a dar por cancelada la deuda" contenida en el crédito hipotecario del inmueble en mención como reparación por su actuar omiso; al pago de (ii) los daños extrapatrimoniales (daño a la relación, daño moral, proyecto de vida, derechos constitucionales); y los patrimoniales que se lleguen a probar.

Igualmente, que se condene solidariamente a las demandadas -ya sea con ocasión de la responsabilidad contractual de las demandadas o subsidiariamente por la responsabilidad extracontractual del banco-, (i) para que reintegren a la demandante, las cuotas ordinarias y extraordinarias que ha pagado injustamente, toda vez que "el crédito debió ser cancelado por la aseguradora desde la reclamación" las cuales señala expresamente en la demanda (ver pretensión No.7 de la subsanación de la demanda); (ii) así mismo, a reembolsar los gastos de la audiencia de conciliación extrajudicial. (iii) Finalmente que se condene a las demandadas al pago de los

intereses que se causen hasta que se efectuó el pago y a pagar la correspondiente indexación.

2. *Como fundamento de las pretensiones, expuso que desde el 22 de diciembre de 2015, la demandante inició el proceso de compra de un proyecto de un apartamento, el cual fue financiado inicialmente con Bancolombia S.A., quien el 10 de julio de 2017, le aprobó el crédito, en consecuencia, para el 14 de julio del mismo año, la constructora y la parte actora firmaron la escritura de compraventa del bien y al día siguiente se efectuó la entrega del inmueble.*

Que en el mes de julio del año 2017 la actora comenzó a presentar un dolor en costado izquierdo de la cara, así como "un tic nervioso en el ojo izquierdo", lo cual fue diagnosticado como "estrés laboral, inflamación del musculo masetero izquierdo", que estaba relacionado con la exigencia del cargo que ocupaba para esa época en la empresa "Claro Móvil Colombia". En seguida comenta que se llevó a cabo todo un proceso médico con diferentes especialistas, y que el 15 de julio de 2017, uno de los galenos le informa que tenía "un tumor en base de cráneo" y que debía ser intervenida quirúrgicamente lo antes posible.

Que el 18 de julio de 2017, la demandante firmó una póliza de seguros, con AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., -con ocasión del crédito-, donde suministró los datos de sus médicos tratantes, y "firmó consentimiento de tratamiento de datos personales" a petición de la aseguradora, para que tuviera acceso a la historia clínica de la Sra. Libreros que reposara en cualquier entidad o médico. Y que posteriormente, el BANCO AV VILLAS S.A., compró la cartera hipotecaria a BANCOLOMBIA, y la póliza de seguros, también fue cedida al banco demandado.

Comenta que, en el mes de agosto de 2017, se le diagnosticó a la demandante una "epilepsia causada por tumor cerebral, por lo que fue incapacitada por los meses de agosto, hasta el 17 de octubre de 2017, que fue cuando se le realizó la cirugía de "resección del tumor cerebral", donde "le quitaron el hipocampo del lóbulo temporal derecho", órgano que resalta, es una parte del cerebro "vital para el ser humano".

Que luego de la intervención quirúrgica la paciente ha venido presentando varias complicaciones como "cuadros fuertes de ansiedad, alteraciones en la memoria de corto plazo y en la memoria espacial" para lo cual ha tenido que asistir a diferentes terapias; que de los exámenes de laboratorio realizados al tumor se pudo establecer como diagnóstico que era un "Glioma WHO Grado II, es decir, Cáncer Cerebral de bajo grado, 2 de 4", resultando indispensable para su recuperación que la paciente no se encuentre en eventos estresantes.

Añade que, por la complejidad de la situación médica de la demandante, el 25 de enero de 2019, fue calificada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca con 65.6% de pérdida de capacidad laboral y ocupacional; de este modo, considera que se encuentra configurado el siniestro de la póliza contratada, lo que obliga a la aseguradora demandada a "pagar la indemnización

correspondiente a la cancelación de la deuda existente con el BANCO AV VILLAS S.A.”.

No obstante que pese a que efectuó la correspondiente reclamación, la aseguradora no ha hecho efectiva la póliza, bajo el argumento de que la demandante, "no informó del verdadero estado del riesgo sobre su vida", lo cual va en contravía de jurisprudencia de la Corte Constitucional, pues la aseguradora "no hizo ningún esfuerzo para enterarse del verdadero estado del riesgo de la demandante”.

Advierte que la demandante no devenga ningún salario –pues solo tuvo ingresos por este concepto hasta el 16 de octubre de 2018-, y que por el incumplimiento de la aseguradora, ha tenido que pagar diferentes cuotas ordinarias y extraordinarias del crédito hipotecario, lo cual sin duda ha afectado la estabilidad económica y el mínimo vital de su hogar, pues además debe mantener a su hija de 12 años de edad, ya que su padre no aporta para su manutención; igualmente, manifiesta que la deuda al momento de presentación de la demanda asciende a \$215.270.252.00.

Considera además, que existe un actuar negligente por parte del banco, quien como beneficiario, tenía el deber de hacer efectiva la póliza, pero no lo ha hecho, y por ello está también llamado a responder por los perjuicios ocasionados a la demandante, como son, su "aflicción anímica", su economía, "su derecho a una relación con el mundo normal y sana (vida de relación), y múltiples derechos constitucionales como la integridad personal y emocional", "su tranquilidad; "su plan de vida”.

3. *El BANCO AV VILLAS S.A. dio oportuna contestación a la demanda proponiendo las excepciones de mérito que denominó: "AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. es la única obligada a pagar el seguro de vida y tal indemnización debe ser abonada a la deuda que de la demandante Diana María Libreros Vélez tiene con el BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A.”; "la aseguradora se equivoca respecto de la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente (ITP).”; "la aseguradora aparentemente dejó prescribir su acción de nulidad relativa por reticencia”; "en el presente caso BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A. NO es parte del contrato de seguro y es un mero beneficiario de la póliza de vida”; "BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A. no cometió ningún tipo de negligencia”; "inexistencia de responsabilidad contractual de la demandada BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A.”; "inexistencia de responsabilidad extra-contractual del demandado BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A.”; "ausencia de solidaridad entre el BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A. y LA ASEGURADORA AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. respecto de las obligaciones contraídas por esta con la demandante Diana María”; "falta de legitimación en la causa por pasiva del BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A.”; "EL BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A. ha devengado legítima el pago de las cuotas pactadas en la relación crediticia y por lo tanto no es viable que se exija la repetición del pago (devolución de cuotas) y la exoneración de la deuda en favor de la demandante Diana María”; "el BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A. no está obligado a pagar ningún tipo de perjuicio material o inmaterial, de carácter patrimonial o extrapatrimonial en cabeza de la demandante Diana María”; "EL BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A. no está obligado a reembolsar los gastos en que incurrió el demandante en la citación a la audiencia de conciliación judicial previa”; "EL BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A. no está obligado a pagar intereses moratorios, como tampoco indexación de ningún tipo de condena”; "falta de la prueba y excesiva estimación de los perjuicios solicitados el demandante*

– (sustento de la objeción al juramento estimatorio)”; “prescripción, caducidad compensación y otras nulidades relativas”; y la genérica.

4. Por su parte la aseguradora Axa Colpatria Seguros De Vida S.A., pese a haber sido notificada en debida forma, no contestó la demanda de manera oportuna.

5. La Juez de primera instancia accedió **solo** a las pretensiones de la demanda en contra de la aseguradora, declarando el incumplimiento del contrato de seguro, y ordenando, el pago del “saldo por pagar del crédito hipotecario No. 2360441, pero teniendo en cuenta los límites de aseguramiento que contiene la póliza No. 2036403”; al igual que del “monto total de los pagos realizados” por la demandante al crédito a partir del siniestro -fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral de la demandante-, todo dentro del límite del monto asegurado; aunado a ello, el pago de \$1.856.400 por concepto de perjuicios materiales, con ocasión de los gastos de la conciliación extrajudicial; y el daño moral (\$20.000.000.00). En ese orden, declaró probadas las excepciones de la entidad bancaria demandada negando las pretensiones frente a la misma.

Así, en primer lugar comenzó por hacer referencia a los elementos de la responsabilidad civil contractual derivada del contrato de seguro, (vínculo contractual, incumplimiento, daño y nexo causal); a las reglas del contrato de seguro (arts. 1036, 1046 C. Co); y la jurisprudencia acerca de los presupuestos de la declaratoria de la nulidad relativa por reticencia, como son la mala fe, que la aseguradora desplegó “todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información dada y el estado real del asegurado” y el nexo de causalidad entre la preexistencia “y la condición que dio origen a la configuración del riesgo asegurado”.

Entonces, refirió que la aseguradora no contestó a la demanda de manera oportuna, y menos aún probó los elementos configurativos de la nulidad relativa por reticencia, además de que la nulidad relativa debía ser alegada expresamente a través de un medio exceptivo (art.282. del C.G.P), y como no lo hizo el contrato es válido y el vicio quedó saneado, por ello la aseguradora estaba obligada a asumir el pago del riesgo contratado.

En ese sentido, tuvo por hechos probados la existencia del contrato de seguro, desde el 3 de agosto de 2017; que el 5 de enero de 2019 la demandante fue calificada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral de un 65.60% por una enfermedad de riesgo común, con fecha de estructuración de 2 de agosto de 2018, correspondiendo en consecuencia a la aseguradora pagar al banco demandado “el saldo del crédito asegurado con la póliza referida desde el día de estructuración de la invalidez” incluyendo las cuotas pagadas por la demandante desde esa data, bajo los límites pactados en la póliza.

Encontró acreditado el perjuicio moral, ya que la afectación de salud de la demandante que desencadenó en su invalidez, y el no pago de la deuda le generó “congoja, tristeza, preocupación y demás sentimientos negativos en su esfera personal”, pues además de su salud debía preocuparse por el pago del crédito y que prueba de ello era el interrogatorio de parte, donde se pudo establecer la

angustia que esta situación le ha generado a la actora, lo que impide su recuperación desde el punto de vista emocional.

Por otro lado, no encontró probados los demás perjuicios, como el daño a la vida de relación porque no reunía los requisitos para concederlo y frente a los demás perjuicios solicitados de proyecto de vida y derechos constitucionales, no encontró una relación de causalidad entre el actuar demandado y el daño presuntamente sufrido, "máxime cuando los mismos no" fueron "debidamente sustentados ni en la demanda ni en los interrogatorios de parte".

En cuanto a la responsabilidad civil del banco, consideró que no se probó su actuar negligente, por cuanto le correspondía a la tomadora de la póliza y no al beneficiario hacer la reclamación del siniestro ante la aseguradora como en efecto lo realizó (art. 1036 ib), además de que la misma ley mercantil en su artículo 1077 impone al asegurado la carga de demostrar la ocurrencia del siniestro así como la cuantía de la pérdida sufrida; por otra parte manifestó que no se demostró el incumplimiento del contrato de mutuo, que se concreta una obligación crediticia celebrada entre la demandante y el banco demandado.

6. *El apoderado de la parte demandante, en contra de la anterior determinación impetró recurso de apelación proponiendo sus reparos concretos de la siguiente manera:*

6.1. *No comparte que la condena del pago de las cuotas que la demandante tuvo que realizar al banco se limiten al monto asegurado, ya que considera que la a quo "no distingue entre la solicitud de ejecución del contrato y la reparación de perjuicios", pues los artículos 1546 del Código Civil (condición resolutoria tácita) y 870 del Código de Comercio (resolución o terminación por mora), diferencian entre la "solicitud de ejecución forzada del contrato y la reparación de perjuicios, cuando se presenta un incumplimiento contractual", resultando procedente solicitar "el cumplimiento forzado del contrato o su resolución" y "en cualquiera de los dos casos, la indemnización de perjuicios", y que en el presente asunto se solicitaron los dos, por ello frente al cumplimiento se puede limitar la condena al monto asegurado, más no frente a los perjuicios, por estar fuera de la esfera contractual.*

6.2. *En cuanto a los demás daños inmateriales no concedidos, como son los daños a la vida de relación, a los planes de vida, y derechos constitucionales, por falta de prueba, advierte que "en este tipo de perjuicios la prueba tiene mucho que ver con las reglas de la experiencia, porque experiencia directa y empírica de lo inmaterial solo de manera figurada se puede obtener", además de que tienen directa relación con los derechos fundamentales de las personas, poniendo de presente que la Corte Interamericana de Derechos Humanos, los ha reconocido, lo que obliga a los jueces nacionales de acuerdo a los deberes de la Constitución Política, a repararlos.*

6.3. *Advierte que respecto de los intereses moratorios y la indexación solicitados con la demanda, no hubo pronunciamiento alguno.*

6.4. *Respecto de la absolución de responsabilidad del BANCO AV VILLAS S.A. refiere que no la comparte por cuatro razones:*

En primer lugar, porque el principio de buena fe opera en la ejecución del contrato de mutuo, por ello no se puede decir que "no es su obligación contractual reclamar el seguro", cuando ese seguro "se tomó única y exclusivamente en su beneficio". Fundamenta sus argumentos, en un salvamento de voto del magistrado Luis Armando Tolosa Villabona (CSJ SC Sentencia del 4 de noviembre de 2021, M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque), que explica que es una "aclaración doctrinal" frente a "la doctrina civilista que establece deberes más allá de la mera literalidad del contrato".

En segundo lugar, que contrario a lo expuesto por la juez de primer grado, el banco como beneficiario, hace parte del contrato de seguro, al igual que la aseguradora, el tomador y el asegurado, y que "las obligaciones del contrato de seguros son subjetivamente fungibles: las debe y las puede cumplir cualquiera, tanto el asegurado, como el tomador y también el beneficiario". En consecuencia, que si se recoció al banco como beneficiario, "le asiste toda la legitimación del que hace parte de un contrato", pues además la póliza era una exigencia de la entidad bancaria.

Como tercer argumento, advierte que no es cierto que únicamente la demandante estaba informada de su estado de salud, porque a través de la confesión, se acreditó que la entidad crediticia "al menos desde el 23 de enero de 2019" tenía conocimiento del siniestro" y que el representante legal del banco, confesó que en su poder, desde esa fecha, reposa toda la prueba documental necesaria para elevar la reclamación, por ello se prueba su negligencia al no haberla realizado. Y finalmente hace alusión a que no se resolvió la pretensión subsidiaria (No.5) sobre la responsabilidad civil extracontractual del banco, procedente en el evento de que "la conducta del Banco" no estuviera dentro "del limitado marco" que le dio la a quo al contrato de mutuo.

7. *El apoderado judicial de la aseguradora Axa Colpatria Seguros De Vida S.A., interpuso recurso de apelación en contra de la decisión de la juez de primer grado, argumentando como reparos concretos los siguientes:*

7.1. *Alega una indebida valoración probatoria porque de acuerdo a las condiciones de la póliza se pactó que "el siniestro se entiende configurado desde la calificación de la incapacidad total y permanente y no desde la fecha de estructuración" esto, de acuerdo a la cláusula 1.2 del condicionado de la póliza, donde quedó estipulado que para el reconocimiento indemnizatorio, se tendrá como prueba definitiva "el dictamen pericial en firme", dictamen que para el caso en concreto fue emitido el 25 de enero del 2019 por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, por ello el reconocimiento del "saldo insoluto de la obligación" será desde esa fecha.*

7.2. Indica que la parte resolutive de la sentencia opugnada no es clara por cuanto, no indica un valor exacto de lo que corresponde pagar a la aseguradora por la declaración del incumplimiento contractual, pues solo se ordena realizar "el pago indemnizatorio de la obligación pactada en la póliza al Banco, y reembolsarse a la demandante el valor de las cuotas que esta hubiese pagado con posterioridad a la fecha de estructuración hasta la fecha de la sentencia", sin discriminar los valores, los cuales desconoce, lo que impide realizar el pago de los mismos.

7.3. Que se incurrió en una indebida valoración probatoria sobre los perjuicios morales reconocidos por la suma de \$20.000.000, de una parte (i) porque no se probaron, también (ii) porque no se cumplen los requisitos del artículo 1616 del C.C. y (iii) en razón a que no es un amparo convenido en la póliza. Lo primero, dado que "no obra dictamen pericial en psicología o psiquiatría, concepto médico o similar que certifique una afectación emocional en la actora como resultado de los hechos narrados en la demanda", ni tampoco en la historia clínica, y que este no es un caso en los que la jurisprudencia ha aceptado que se presume dicho perjuicio.

Además que no se encuentran los presupuestos para la concesión de este perjuicio inmaterial de carácter imprevisible, pues no se demostró que el daño se hubiera causado "al tiempo del contrato" (art. 1616 ib), y tampoco se estableció "una conducta dolosa por parte de la Compañía al momento de negar la solicitud indemnizatoria" "toda vez que la asegurada en efecto había sido reticente" y menos aún "que tal perjuicio fue consecuencia inmediata o directa de no haberse cumplido la obligación o de haberse demorado su cumplimiento". Al paso que la H. Corte Suprema de Justicia, no ha reconocido este tipo de perjuicio en litigios similares, por ser indispensable la demostración "del dolo del deudor malicioso, y la previa concertación del amparo concreto de perjuicios extrapatrimoniales en el contrato".

Que no se puede olvidar que la controversia giraba en torno "la existencia o no de una obligación incumplida o cumplida tardíamente" en virtud del contrato de seguro, por ende la responsabilidad de la aseguradora se limita al monto asegurado en el contrato y concretamente "al saldo insoluto de la obligación", no obstante, se ordenó el pago de perjuicios morales sin que la póliza haya tenido cobertura para ese tipo de perjuicios.

7.4. Que existe una incorrecta valoración probatoria, frente al pago ordenado referente a la conciliación extrajudicial, porque es improcedente el reconocimiento de daño emergente o perjuicios materiales, por una parte, porque no es un amparo contratado en la póliza, toda vez que aquí solo se estudiaba el incumplimiento derivado del contrato de seguro y por la otra, dado que su reconocimiento implicaría un doble pago, además de un enriquecimiento sin justa causa, si en cuenta se tiene que la conciliación al ser un requisito prejudicial es una carga que debe asumir la demandante "para efectos de acceder al aparato jurisdiccional" y que eventualmente será reconocido en la condena en costas y agencias en derecho.

7.5. Que no se valoró bien las pruebas en lo tocante a "la confesión efectuada

en la demanda y la declaración de asegurabilidad”, que acreditan que la demandante “fue reticente al momento de solicitar sus inclusiones en la póliza, generando con ello, la nulidad relativa del contrato de seguro”, reticencia que habría sustraído a la aseguradora de expedir la póliza o la habría llevado a convenir “una prima mucho más onerosa” (art. 1058 del C. Co).

Lo explicitado porque aduce que la demandante “había sufrido y/o padecido de enfermedades graves que fueron anteriores a su aseguramiento, y que sin lugar a dudas debió haber informado” a la aseguradora. Adicionando que es importante revisar “la existencia de las enfermedades que padeció y que no fueron declaradas en el momento de perfeccionar su aseguramiento”, obligación de información que estaba a cargo de la actora “de declarar el verdadero estado del riesgo” por ser un deber contractual y legal (art. 1058 ib).

Entonces que se tenga en cuenta que a través de la confesión espontánea (art. 77 de C.G.P), según relató en los hechos de la demanda el 15 de julio del 2017, “tres días antes de que se firmara la proforma de declaración del estado del riesgo”, esto es el 18 de julio del 2017, la demandante, “ya conocía de un diagnóstico concreto de etiología neurológica” (Hecho No.11 de la demanda), y que aunque al absolver el interrogatorio ante la a quo, sostuvo “que no tenía conocimiento de que previo a la concertación del aseguramiento presentara alguna condición de salud grave o relevante en su persona, es evidente que lo aseverado en el hecho onceavo del líbello genitor contradice tal premisa”.

Por ello resulta claro que la demandante “no declaró el estado real del riesgo, puesto que en la declaración de asegurabilidad respondió de manera negativa cuando se le preguntó si había tenido antecedentes clínicos relacionados con cualquier tipo de enfermedad, incluida, obviamente las de naturaleza coronaria o cardíaca y la diabetes”, poniendo de presente el documento de la “DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD DEL SOLICITANTE”, donde indicó que NO había “sufrido o padecido de parálisis, epilepsia, vértigos, mareos, dolor de cabeza o enfermedades del sistema nervioso”.

Así, argumenta que la nulidad se encuentra probada, dado que “el consentimiento de la Compañía se vició, debido a que creyó estar asegurando a una persona en una buena condición de salud, o por lo menos, sin la existencia de las enfermedades que previo a su inclusión al seguro tenía accionante, y de los que se constataron con la confesión efectuada en el hecho 11 de la demanda y con la declaración de asegurabilidad”, citando jurisprudencia de la H. Corte Constitucional (Sentencia C-232 de 1997. M.P. Dr. Jorge Arango Mejía).

7.6. *Que no se analizó en debida forma las normas y el precedente jurisprudencial acerca de la declaración de la nulidad relativa por reticencia, en tanto, “no es necesaria la acreditación de la mala fe, ni un actuar doloso o culposo” como se dijo en la sentencia impugnada. Para sustentar su dicho, trae a colación la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, que indica que “para la demostración de la reticencia en un contrato de seguro, únicamente basta con la acreditación de la omisión de estado real del riesgo y que el hecho hubiese implicado para la aseguradora actuar de manera distinta”, elementos que refiere están acreditados por la confesión del hecho onceavo de la demanda y por la declaración de parte rendida por la representante legal de la aseguradora, que evidencia que “no era*

viable realizar el pago solicitado por la demandante”; y que la buena fe “es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado” con mayor intensidad frente a la aseguradora “en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere, y no al contrario” (CSJ SC Sentencia del 4 de marzo de 2016. M.P. Dr. Fernando Giraldo Gutiérrez, C.C. sentencia C-232 de 1997 que estudia la constitucionalidad del artículo 1058 ib.)

De este modo, refiere que “el hecho central es que, con base en ello, se incurrió en una grave deslealtad que conllevó al desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende en esta instancia judicial exigir a la Aseguradora”. Por ello reitera que se confunde la juez de primera instancia, porque la reticencia no tiene como elemento básico “el de obtener un provecho ilegítimo”, ni “sugiere la existencia de un actuar dirigido directamente a defraudar la buena fe de la relación contractual, sino que, simplemente, comporta una discrepancia entre lo que se manifiesta y lo que obedece a la realidad”, (citando la sentencia T-222 de 2014 y la sentencia de la CSJ SC de 4 de marzo de 2016, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez).

Y en gracia de discusión, aduce que la conducta de la asegurada fue “gravemente culposa”, por cuanto, en la demanda se confesó que la actora “empezó a sentir molestias de salud oculares y sintomatología palpebral de la hemicara izquierda, de forma previa a la concertación del seguro”, enfermedades que tenían una relación directa con su estado de salud y que omitió comunicar, lo que indica que no actuó con debida diligencia y cuidado al leer el contenido del formulario de asegurabilidad y diligenciarlo”.

7.7. *Que la a quo incurrió en un error de hecho, porque “para la configuración de la reticencia no es necesario que exista un nexo causal entre la enfermedad no declarada y la incapacidad total y permanente”, ya que de conformidad al artículo 1058 de C. Co., y la jurisprudencia en la materia “no es necesario que los riesgos, enfermedades o patología que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente según sea el caso” (cita nuevamente apartes de a sentencia de la C.C., C-232 de 1997. M.P. Dr. Jorge Arango Mejía y la T-222 de 2014). Que lo que se debe probar únicamente es “que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando”, que fue lo que en efecto ocurrió en el caso objeto de estudio (hecho 11 de la demanda y la declaración de asegurabilidad).*

7.8. *Que hay otro error de hecho, ya que contrario a lo dicho por el a quo, no existe ninguna disposición normativa “que obligue a las aseguradoras a realizar exámenes o valoraciones a la historia clínica de la asegurada, en la etapa precontractual o durante el aseguramiento, con el objetivo de “inspeccionar el riesgo”...”, esto en razón al principio de la buena fe que rige este tipo de contratos (art. 1058 ib), pues cuando el asegurado diligencia la declaración del estado de riesgo de su condición de salud actual, la aseguradora confía en lo declarado, por ende no se le puede imponer esta carga a la apelante (C.C. Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente, Luis Guillermo Guerrero Pérez, C.C. Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía).*

En adición refiere que “en aplicación del Art. 1158 del C. Co. la asegurada en ningún caso podrá considerarse exento de las obligaciones ni de las sanciones a que su infracción dé lugar, por cuanto, en aquel, se itera, se hace mucho más exigible el cumplimiento de tal principio en

la etapa precontractual del aseguramiento”, por ello no es razonable imponer a la aseguradora el agotamiento de exámenes y prácticas médicas para constatar lo dicho por la asegurada.

7.9. *Que la juez de primer grado no estudió la causal de exclusión contractual de la cobertura de “la incapacidad total o permanente que provenga de patologías o cuadros de salud diagnosticados antes de la suscripción del seguro”, contenida en el literal C de la cláusula 1.3.1., pues este clausulado y los documentos que integren la póliza “en conjunto definen el riesgo amparado, el objeto de aseguramiento, exclusiones y límites pecuniarios temporales pactados”, sin que se pueda interpretar algo diferente a lo pactado, por ello, refiere que es evidente que “la enfermedad o fuente patológica del estado de invalidez dictaminado tanto por Mapfre Seguros de Vida Colombia S.A. como por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca provienen de circunstancias de salud anteriores a la suscripción del seguro” que eran de nacimiento de la actora, desde “antes del 18 de julio del 2017 y que ocultó”, por ello la exclusión debe declararse.*

8. *En esta instancia, al momento de sustentar los reparos concretos, la parte demandante reiteró sus primigenias alegaciones, argumentando adicionalmente lo siguiente:*

8.1. *En lo tocante al primer reparo, adujo que no se puede limitar la reparación de perjuicios dentro del límite asegurable de la póliza, porque “[c]uando se están ejecutando forzosamente las obligaciones propias del contrato de seguro, tiene sentido que se atiendan a las estipulaciones contractuales, como el límite asegurable, pero cuando se está reparando perjuicios contractuales, solo se debe atender al artículo 1616 del Código Civil...”, normatividad que establece que “se deben pueden reparar todos los perjuicios sin importar las estipulaciones contractuales porque ellas solo regulan la ejecución de las obligaciones surgidas del contrato”, y que en ese sentido “es absolutamente previsible para AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A” que la demandante “debería pagar las cuotas del Banco si es que la aseguradora no se allanaba a ejecutar la póliza”.*

Que no se puede inadvertir que la única razón por la que la demandante tuvo que pagar las cuotas al banco, fue “la mora de la aseguradora en cumplir con su obligación de pagar la indemnización”, lo cual fue la única razón, citando apartes de sentencias reseñadas en el libro del autor Fernando Hinestrosa “Tratado de las obligaciones II. De las fuentes de las obligaciones: el negocio jurídico. Volumen I. Bogotá D.C.: Universidad Externado de Colombia. 2015” y el libro Tamayo Jaramillo, Javier, “Tratado de responsabilidad civil. Tomo I. Bogotá D.C.: Legis. 2007”; resaltando que “la sanción de reparar perjuicios el deudor solo se libera demostrando causas extrañas”, lo cual la parte demandando nunca demostró.

8.2. *En cuanto a la negativa de los perjuicios inmateriales, añade que este tipo de daños tienen relación con los derechos fundamentales de las personas, y que la Corte Interamericana de Derechos Humanos, “ha reconocido el daño a los planes de vida como daño indemnizable”, trayendo a colación las sentencias “Loayza Tamayo vs. Perú, Sentencia del 27 de noviembre de 1998. Cantoral Benavides vs. Perú, sentencia de 3 de diciembre de 2001. Masacre Plan de Sánchez vs. Guatemala, sentencia de 19 de noviembre de 2004. Molina Theissen vs Guatemala, sentencia de 4 de mayo de 2004”.*

Que la prueba en este tipo de perjuicios, “tiene mucho que ver con las reglas de

la experiencia, porque experiencia directa y empírica de lo inmaterial solo de manera figurada se puede obtener”, para ello cita jurisprudencia del Consejo de Estado, “Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014, M.P. Olga Mélida Valle De La Hoz”, aplicable para establecer el daño moral, el daño a la vida de relación, resaltando que “para nadie es difícil de entender que una gravosa deuda, después de perder un empleo muy bien remunerado por una enfermedad catastrófica, mientras que una aseguradora se niega irreflexiva y dolosamente al pago, afecta el normal desenvolvimiento de la vida cotidiana de maneras muy penosas”.

Añade que esto también afecta los planes de vida, dado que “el mero hecho de contratar un seguro ya, por sí solo, acredita que existía un plan en la vida” de la actora “el cual consistía en prevenir posibles afectaciones a su salud, por lo que es absolutamente evidente que, si ese seguro no se hace efectivo, se afectan las previsiones y planes” de vida de la demandante “para cubrirse en caso de contingencias”, por ello el contrato de seguro es más que suficiente para probar este perjuicio.

8.3. *En cuanto a la pretensión de intereses moratorios o indexación que no fue tomada en cuenta por la a quo, manifiesta que “el deudor de esta prestación ya está constituido en mora, y, por lo tanto, corresponde condenarlo respecto de los perjuicios moratorios”, ya que de conformidad al artículo 94 del C.G.P, en concordancia con el numeral 3 del art. 1608 del Código Civil, la notificación de la demanda al ejecutado, lo constituye en mora.*

8.4. *Frente a la responsabilidad del banco demandado, refiere que era obligación del banco cobrar diligentemente el seguro, manifestando que al Banco le corresponde cumplir “los deberes que tiene todo beneficiario, entre ellos, hacer efectivo el seguro, y más aún, no interponerse en el cobro del seguro como lo hizo el Banco en sus actuaciones extraprocesales e incluso en el mismo proceso”, que “la sola actuación incoherente de la defensa del Banco ya es prueba suficiente de la incuria con la que procedió”, haciendo alusión a que incluso con la contestación de la demanda propuso la excepción de prescripción de la pretensión de nulidad a favor de la demandante y en contra de la aseguradora.*

Resalta que de acuerdo a la jurisprudencia de la Corte Constitucional, “las entidades financieras y aseguradoras [deben] asesor[ar] a sus clientes de forma idónea, suficiente y oportuna, con el fin de que estos puedan tomar las decisiones que mejor se ajusten a sus intereses y necesidades” (Sentencia T-027 de 2022, citada en la sentencia T-379 de 2022).

8.5. *Advierte que la a quo desconoce que el banco por ser beneficiario es parte integral del contrato de seguro, para ello cita apartes de la doctrina. Precisa que el contrato de seguro tiene dos conceptos fundamentales como son “a. La fungibilidad de las obligaciones. b. La comunicabilidad de las excepciones”, en cuanto al segundo explica que “no importa quién demande a la aseguradora, no importa si lo hace el tomador, el asegurado o el beneficiario, la aseguradora puede oponer a cualquiera de ellos cualquiera excepción de mérito que posea, y ninguna parte se podrá escudar en que la obligación específica le pertenecía a otro sujeto”. Así entonces considera que el banco “tiene un derecho propio como beneficiario de un contrato de seguro; que en*

todo caso que con la cesión del contrato que aceptó el Banco Av Villas S.A., "adquirió la calidad de parte de ese contrato" (art.1506 del Código Civil); y que con la declaración del representante legal del Banco demandado, se puede decir que "el Banco estaba al tanto de la situación de salud" de la demandante, para ello cita textualmente dicha declaración.

9. *Por su parte, la aseguradora apelante en la oportunidad dispuesta para el efecto, sustentó sus reparos así:*

9.1. *Que de acuerdo a las condiciones generales de la póliza "el hito temporal a tener en cuenta para establecer la cobertura temporal e identificar desde cuándo puede realizarse el reconocimiento indemnizatorio, lo constituye la fecha de emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral", condiciones que obligatoriamente deben ser estudiadas por ser la "piedra angular del negocio jurídico asegurativo" (Arts. 1056 y 1127 del C. de Co., en concordancia con el Art. 1602 del C.C. normas aplicables a "la relación riesgo- efecto") (Artículos 1056 C. Co. y 1622 del C.C.). Que la decisión de la juez primigenia desconoce el artículo 1056 del C. Co., y vulnera "el principio de la autonomía privada de las partes en el negocio contractual, comoquiera que no dio aplicación a lo convenido por los contratantes y, por el contrario, otorgó una interpretación distinta a lo concertado frente a la forma en la que operaba el reconocimiento indemnizatorio".*

9.2. *En lo que corresponde al segundo reparo dijo además que, no identificó en la parte resolutive "en forma concreta y exacta los valores" y considera que se debió solicitar la información necesaria al banco demandando la información necesaria para determinar el valor al que asciende el saldo insoluto de la obligación y el valor de las cuotas pagadas por la demandante*

9.3. *Considera que no se aportaron elementos probatorios para demostrar el daño moral, además de que no se cumplieron con los presupuestos que contienen el artículo 1616 del C.C., explica, que doctrinariamente se ha dicho que "(...) a nivel contractual los daños extrapatrimoniales pueden sufrirse, no solo en aquellos contratos cuyas obligaciones impliquen bienes de la personalidad, sino también en aquellos contratos en los que se regulan intereses puramente patrimoniales de las partes, y en esa medida la única condición para su reparación es la plena prueba de su padecimiento (...) "(C. JARAMILLO Y P. ROBLES. "La reparación del daño extrapatrimonial a la persona por incumplimiento contractual: la experiencia colombiana"...). En ese sentido manifiesta que "la demandante no cumplió con la carga demostrativa de acreditar que el perjuicio moral invocado era previsible".*

En seguida, refiere que el "reconocimiento de perjuicios extra patrimoniales en esta clase de litigios es sumamente complejo, por cuanto significa para el extremo actor cumplir con la exigencia demostrativa de la existencia de dolo por parte del deudor malicioso en el contrato", pero además precisa que estos perjuicios no pueden ser reconocidos porque no se pactó dicha cobertura en la póliza.

9.4. *Que de conformidad al artículo 1079 del C. Co., el asegurador está obligado a responder únicamente hasta la concurrencia de la suma asegurada, por ende la condena debía limitarse al pago del saldo insoluto de la obligación y no a los*

perjuicios materiales, correspondientes al pago de los gastos de la conciliación que presuntamente asumió la parte actora. Aunado a que, la conciliación prejudicial, es una carga procesal que debía asumir la parte actora y que eventualmente puede ser reconocida en la condena en costas y agencias en derecho (numeral 1 del artículo 365 del Código General del Proceso, CSJ, AL3121-2021. M.P. Dra. Cecilia Margarita Durán).

9.5. Alega que la reticencia del contrato de seguro "es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar", en tanto "son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que trasladan a las aseguradoras", por lo cual atendiendo el principio de buena fe, "deben informar claramente durante la etapa precontractual todo los hechos, circunstancias y por menores, por mínimos e insignificantes que a priori parezcan, que puedan modificar el estado o la envergadura de ese riesgo".

9.6. Frente al reparo 9 (aquí denominado 7. 9.), añadió que en el presente asunto se configuró la causal de exclusión del literal C de la cláusula 1.3.1. del condicionado general de la póliza, dado que "el estado de invalidez" de la actora "dictaminado tanto por Mapfre Seguros de Vida Colombia S.A. como por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca", proviene de "circunstancias de salud anteriores a la suscripción del seguro", que conocidas por la señora LIBREROS antes del 18 de julio del 2017 decidió ocultarlas, configurándose así la exclusión (cita al autor OSSA G. J. EFRÉN). Por ello, que no debió omitir la a quo valorar las condiciones de la póliza ni sus cláusulas de exclusión.

II. CONSIDERACIONES.

1. Se encuentran reunidos los presupuestos procesales y no se advierte causal de nulidad que invalide lo actuado.

2. También se encuentra presente la legitimación en la causa de la demandante y las demandadas, las cuales no han sido objeto de controversia en el recurso de alzada, y no se advierte ninguna deficiencia en la calidad invocada por la parte actora. Igualmente se encuentra que AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. y BANCO AV VILLAS S.A. son las llamadas a resistir las pretensiones.

3. En primer lugar, se debe tener presente que el contrato de seguro de vida es una modalidad de contrato por la cual "el tomador de la póliza se obliga al pago de una prima destinada a integrar un fondo que, **en caso de invalidez** o muerte del adquirente, entrará a cubrir el daño sufrido por quienes estaban a su cargo", contrato que se desarrolla bajo el principio de la buena fe de los contratantes, por lo cual, la aseguradora, se obliga a "presentar cláusulas claras y expresas en el contrato" y el tomador de la póliza por su parte, "presentar una declaratoria sobre su estado de riesgo ajustada a la verdad y a sus antecedentes médicos".

Sin embargo, hay eventos donde el tomador de la póliza "omite exponer hechos esenciales para determinar el interés de la entidad aseguradora o el monto de la

póliza a expedir”, que pueden configurar una reticencia “cuando el adquirente tenía conocimiento de circunstancias anteriores al contrato y omitió declararlas en su estado de riesgo” y por ende el contrato estará viciado de nulidad relativa” (artículo 1058 del Estatuto Mercantil) (C.C. S T-240-2016, C.S.J. Sala Civil. Sent. 1º de septiembre de 2010 exp. 2003-00400-01).

*Con todo, el legislador ha establecido que el juez no puede reconocer de oficio la nulidad relativa (art.282 del C.G.P y 1743 C.C.), pues la misma deberá alagarse con la contestación de la demanda, sobre este punto, la Corte Constitucional en sentencia C-345 de 2017 precisó: “...**Cuando se trata de nulidad relativa se ha previsto que no puede ser declarada de oficio por el juez ni ser solicitada por el Ministerio Público en interés de la ley, sino únicamente por el requerimiento de la persona en cuyo interés se hubiere reconocido, sus herederos o cesionarios (art. 1743 C.C. y art. 900 C. Co).** Esta regla en materia de nulidad relativa ha sido destacada por la doctrina al señalar que “la acción de nulidad relativa solo la tiene el contratante a quien la ley ha querido proteger al establecer la nulidad” (C.C. sentencia C-345 de 2017 M.P. Alejandro Linares Cantillo) Resalta la Sala.*

4. Dejado claro lo anterior, es menester poner de presente que, en el régimen especial de seguros, la demanda por perjuicios “causados por la mora del asegurador”, esta permitida expresamente por el artículo 1080 del Código de Comercio (inc.2º), pues “en lugar” de reclamar los intereses moratorios, se puede pretender los perjuicios causados por el incumplimiento del asegurador.

Así entonces, la prosperidad de pretensión contractual requiere: 1. La existencia de un contrato, 2. El incumplimiento del contrato, 3. Un daño cierto y real, y 4. Un nexo causal, entre el incumplimiento y el daño. (CSJ SC 380-2018 del 22 de feb. de 2018, Rad. 2005-00368-01, CSJ SC5170-2018, entre otras). Aunado a ello, en materia de responsabilidad civil -contractual o extracontractual-, las reglas de la carga de prueba imponen al demandante -salvo excepciones legales o convencionales, o de una eventual flexibilización- demostrar los elementos constitutivos de la misma -hecho, factor de atribución, daño y nexo causal-.

5. Descendiendo al caso objeto de estudio, de las pruebas allegadas al plenario emerge:

5.1. En primer lugar que los citados elementos de la responsabilidad civil contractual frente a la aseguradora demandada -existencia del contrato objeto de debate, incumplimiento, daño y nexo causal- fueron debidamente probados en la primera instancia.

5.2. En efecto, no hay discusión en que la demandante obtuvo un crédito hipotecario a favor de BANCOLOMBIA S.A. el cual fue cedido al Banco AV Villas S.A. -en diciembre de 2017-, por valor de \$216.000.000,00 para la compra de un apartamento identificado con los folio de matrícula inmobiliaria No. 370-953452 y dos parqueaderos identificados con FMI Nos.370-953452 y 370-953514.

De este modo, con ocasión del crédito, la demandante como asegurada y tomadora (así se consignó en la carátula de la póliza) adquirió un contrato de seguro de vida con la compañía AXA COLPATRIA (aseguradora), como respaldo a la deuda; en la carátula de la "póliza de seguro de vida a mi medida deudor" No.2036403, allegada por la demandante se observa que estaba vigente desde 3 de agosto de 2017 y hasta el 3 de agosto de 2055, quedando como beneficiario oneroso BANCOLOMBIA S.A, quien cedió la póliza al BANCO AV VILLAS aquí demandada debido a la compra de cartera del crédito hipotecario en mención.

*Así entonces, según la carátula de la "póliza de seguro de vida a mi medida deudor" No.2036403, allegada por el banco demandado –junto a las condiciones generales de la póliza-, se tiene que en la renovación automática del contrato, se convino la vigencia del seguro, desde el 3 de agosto de 2018 al **3 de agosto de 2019**, y se dejó como beneficiario oneroso al BANCO AV VILLAS, en ella, se pactaron como amparos una cobertura básica de \$216.000.000,00, y por **"incapacidad asimilada" igualmente la suma de \$216.000.000,00.**, aunado a ello, en la carátula se dejó constancia de que la demandante en su calidad de tomadora y asegurada de la póliza, tuvo a su disposición "el texto de las condiciones generales de la póliza" y que "durante el proceso de negociación de la póliza", le habían explicado anticipadamente "las exclusiones, el alcance o cobertura" las cuales aceptaba.*

Dentro de las condiciones generales de la póliza allegadas por el mismo banco, se pactó como amparo básico, el denominado "1.2 AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE", donde se indicó que de acuerdo con "los términos, condiciones y límites de suma asegurada consignados en la póliza o en sus anexos" y previo pago de la prima, la aseguradora cubría el riesgo de "incapacidad total y permanente, ocurrido durante la vigencia" de la póliza, bajo las siguientes condiciones:

*"... AXA COLPATRIA cubre las lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan al asegurado desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente habilitado en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia y que venga ejerciendo habitualmente el asegurado no mayor de 75 años, siempre que la incapacidad se origine y manifieste como consecuencia de una enfermedad o un accidente que sobrevengan al asegurado durante la vigencia de esta póliza y haya persistido por un periodo continuo no menor de 120 días calendario y no haya sido provocada por el asegurado y sea calificada con **disminución de capacidad laboral igual o superior al 50%**, según dictamen emitido por un médico legalmente habilitado para calificar la incapacidad (especialista en medicina laboral o salud ocupacional) con base en el manual único de calificación de invalidez vigente a la fecha de la calificación, o por la ARP, EPS o AFP a que esté afiliado el asegurado. PARÁGRAFO: AXA COLPATRIA se reserva el derecho de examinar al asegurado y en caso de desacuerdo de AXA COLPATRIA con el dictamen médico o entidad que certifica la invalidez, se tendrá como prueba definitiva **el dictamen en firme de la junta regional de calificación de invalidez y/o de la junta nacional de calificación de invalidez o de la entidad que haga sus veces de acuerdo a la ley.**", de donde se puede deducir que el dictamen en firme de la junta regional o nacional de invalidez solo opera cuando la aseguradora no acepte el dictamen inicial presentado por la asegurada.*

De este modo, se probó que la demandante el 17 de noviembre de 2018, fue inicialmente calificada por Mapfre Seguros, con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral de 55.8%, no obstante, la calificación definitiva -y que se tendrá en cuenta en este proceso para determinar la fecha de estructuración- fue la que emitió a Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca –dictamen No. 66682127-410-, **el 25 de enero de 2019**, donde se calificó a la señora Libreros, con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del **63,60%**, por una enfermedad de origen común por los diagnósticos específicos de "Epilepsia focal estructural + Déficit cognitivo", "Trastorno depresivo de la conducta", tumor o "Glioma de bajo grado (Astrocitoma difuso I WHO II) resecado sin recidiva actual", y con fecha de estructuración de la misma de **2 de agosto de 2018**, correspondiente a "la Evaluación Neuropsicologica donde se reporta el estado clínico actual del paciente"(Dto.002DemandayAnexos.pdf. Pág.173-80. CuadernoPrimeriaInstancia.).

En este orden de ideas, es notorio que acaecido el siniestro por la pérdida de capacidad laboral de la demandante superior al 50%, la obligación condicional de la aseguradora nació a la vida jurídica, debiendo realizar el pago del saldo insoluto del crédito.

Sin perjuicio de lo expuesto, se evidencia también que la actora, presentó reclamación ante la aseguradora demandada, el 18 de diciembre de 2018 (fecha para la cual no se había emitido el dictamen final de la Junta Regional), motivada en la primera calificación de pérdida de capacidad laboral por encima del 50% realizada Mapfre Seguros -de 17 de noviembre de 2018-, para hacer efectiva la póliza, explicando los pormenores de su situación de salud, sin embargo, **la aseguradora se negó a pagar la indemnización solicitada** -mediante oficio de 11 de febrero de 2019-, en virtud de los artículos 1058 y 1158 del C. Co, dado que la demandante "no declaró su verdadero estado de salud", para decidir en este sentido argumentó lo siguiente:

Que la seguradora "procedió a solicitar copia de la Historia Clínica emitida por la fundación Santa Fe, en la que se evidencian los siguientes antecedentes:

FECHA	DIAGNOSTICO	ENTIDAD
31/07/2017	Paciente, quien hace mes y medio aumento dolor tipo corrientazos en hemicara izquierda de 20 min... de duración nuevo evento esta vez asociado a dolor retrocular y aparente tic de Ojo izquierdo se roma Neuroimagen que evidencia Glioma de Temporal insular y parahipocampal derecha se consideró epilepsia local estructural por el cual se inició Keepra 50mg cada 12 horas, sin embargo no lo tolero por lo cual se inició Vimpat (...)	CENTRO MÉDICO IMBANACO

De las fechas y tiempos de los antecedentes médicos que aparecen certificados en las historias clínicas se establece que para el 3 de agosto de 2017, fecha de inicio de vigencia de la póliza su estado de salud no era normal (...) no obstante su estado de salud firmó el formato de "Solicitud de Seguro No. 656254" donde no declaró haber padecido los antecedentes médicos

antes mencionados de acuerdo con la siguiente "Declaración de Asegurabilidad", cuyo texto, a continuación, transcribimos: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD DEL SOLICITANTE (...) 1. ¿Ha sufrido o padecido, de parálisis, epilepsia, vértigos, mareos, dolor de cabeza, o enfermedades del sistema nervioso? Respondió "NO"...". (Dto.002DemandayAnexos.pdf.Pág.169-172.CuadernoPrimeriaInstancia).

Dentro del presente asunto la parte demandante no contestó la demanda, por ende, no alegó a través de medios exceptivos, la nulidad relativa que sirvió de fundamento para negar el cumplimiento de la póliza, ni la configuración de alguna exclusión, allanándose o convalidando la actuación.

Así entonces, hasta la fecha la aseguradora no ha asumido el pago de la deuda, de acuerdo a lo pactado en la póliza de seguro, quedando la demandante a cargo de la obligación del crédito hipotecario, y debido a la mora en el cumplimiento de la póliza, ha tenido que seguir pagando las cuotas a favor del crédito, el cual según certificación del 22 de julio de 2020 emitida por el BANCO AV VILLAS S.A. fue desembolsado el "28 de diciembre de 2017 por un monto de \$215.270.252,00, a un plazo de 178 meses y una tasa del 9.20% E.A" y se encontraba en "estado vigente – **al día**" (dto.039, pág.127. Exp. Primera Instancia) y de la última certificación que obra en el plenario del 18 de julio de 2023, se evidencia que tiene un saldo de \$167.641.809,00 (dto.031, Cdo. Tribunal).

6. Dejado claro lo anterior, se pasará a resolver los reparos 7.5., 7.6., 7.7., 7.8 de la aseguradora demandada consistentes en que no se valoró bien las pruebas que demostraban la reticencia en que incurrió la parte demandante, como son la confesión del hecho 11 de la demanda, y el documento de declaración de la asegurabilidad; que el a quo se equivocó al analizar las normas y la jurisprudencia que habla de la declaración de la nulidad relativa por reticencia, ya que, "no es necesaria la acreditación de la mala fe, ni un actuar doloso o culposo", ni la existencia de un nexo causal entre la enfermedad no declarada y la pérdida de capacidad laboral; al paso que no es obligación de las aseguradoras realizar exámenes o valoraciones a la asegurada, en la etapa precontractual o durante el aseguramiento, con el objetivo de "inspeccionar el riesgo".

En ese sentido, de acuerdo a la normatividad y jurisprudencia antes reseñada, (art.282 del C.G.P y 1743 C.C. y C.C sentencia C-345 de 2017) es claro que la nulidad relativa no puede ser declarada de oficio, dado que requiere que la parte demandada como contratante interesada la alegue a través de la contestación de la demanda, en ese sentido, como aquí en el proceso la aseguradora apelante se mostró silente a la hora de proponer las excepciones de fondo, resulta palmario que al haber alegado esta nulidad solo a través de sus escritos de apelación y sustentación, este no es el escenario idóneo para debatir cualquier cuestión frente a la invalidez del contrato de seguro por reticencia, por ello ninguno de reparos mencionados prosperan, pues el a quo, ni siquiera tenía que analizar de fondo si se configuraban o no los presupuestos para declarar dicha nulidad.

7. Tampoco es de recibo el motivo de inconformidad de la aseguradora apelante (reparo 7.9), en lo tocante a que el a quo no estudió la causal de exclusión

contenida en el **literal C de la cláusula 1.3.1.**, del clausulado general de la póliza que indicaba que la aseguradora quedaba liberada de toda responsabilidad: "...Cuando el asegurado con anterioridad a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de seguro, sufra y le haya sido diagnosticada **la enfermedad o lesión** que de manera directa o indirecta sea la causante de la muerte o la incapacidad del asegurado, salvo que AXA COLPATRIA previo estudio acepte cubrir tales enfermedades o lesiones en condiciones especiales." Resalta la Sala.

7.1. En ese sentido, tiene decantado la jurisprudencia que en virtud de la libertad contractual (art. 1056 del Código de Comercio), en el contrato de seguro "pueden establecerse eventos excluidos de amparo, como forma de restringir la responsabilidad del asegurador respecto a los riesgos objeto del contrato", esto a través de "cláusulas de exclusión", que buscan "dejar por fuera de cobertura algunas situaciones que podrían estar allí comprendidas y que, por ende, de acontecer no son indemnizables... (SC4574, 21 ab. 2015, rad. n.º 2007-00600-02)".

Y frente a las limitaciones de dichas estipulaciones, se ha dicho que **"sólo tienen eficacia** en cuanto tengan «una justificación técnica y no obedezcan al capricho del asegurador (Cfr. SC191-2002 del 30 de septiembre de 2002, rad. n.º 4799, sobre las garantías)» (SC4527, 23 nov. 2020, rad. n.º 2011-00361-01); así mismo, «su interpretación es restrictiva, en cuanto se trata de una cláusula de exclusión, vale decir, que relaciona las circunstancias que le permiten exonerarse de la obligación de asumir la indemnización que le corresponde, motivo por el cual, **atendiendo los deberes de claridad y precisión que le son exigibles, no le es dado intentar subsumir hechos no previstos puntualmente como tales**» (SC, 4 nov. 2009, rad. n.º 1998-4175-01)" (CSJ SC Sentencia de 4 de abril de 2022, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo) Resalta la Sala.

La Corte Constitucional a su vez ha señalado que la falta de claridad de las cláusulas contractuales en los seguros de vida de grupo -similares al contrato aquí estudiado-, afectan la buena fe del tomador y rompe el equilibrio del contrato, así:

"...cuando las cláusulas no definen de la manera explícita las condiciones de la cobertura debido a la incorporación de textos de excesiva vaguedad o **exclusiones de carácter eminentemente genérico**, se vulnera la buena fe del tomador en tanto no resulta posible establecer el alcance de la cobertura. En ese marco, y en síntesis, las partes del contrato de seguro deben tener un acceso equitativo a la información relevante, sobre el alcance del riesgo asegurado -por una parte- y la cobertura real del contrato -por otra" // "la carga de declarar sinceramente la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud) no puede traducirse en una imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de un establecimiento ambiguo de la cobertura, mediante cláusulas simplemente genéricas o mediante una alusión descontextualizada de las condiciones generales del contrato, carente de la precisión que se obtiene mediante las condiciones específicas del mismo"(C.C. Sentencia T-402/15, M.P. María Victoria Calle Correa).

Para ejemplificar lo que se viene diciendo, se debe hacer alusión a un asunto donde dicha Corporación estableció lo siguiente: **"...No es dable para Mapfre que, so pretexto de una causal ambigua e imprecisa como la incorporada en el clausulado contractual: "Enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia preexistente", pretenda exonerarse o eximirse de afectar la póliza de seguro. Al respecto, se advierte que la Corte ha sido enfática al sostener que la aseguradora tiene la obligación de redactar de manera clara, precisa y taxativa todas las exclusiones posibles y eliminar cualquier tipo de ambigüedad**, toda vez que, en el ejercicio de su posición

dominante, es la parte que elabora el contrato de seguro, de tal suerte que el tomador o asegurado quedan sometidos a lo establecido e impuesto por la aseguradora en la póliza.” (C.C. Sentencia T-027-19, M.P. Alberto Rojas Ríos) Resalta la Sala.

Además, es preciso traer a colación por analogía, que para las exclusiones particulares por patologías preexistentes en los seguros de salud, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, -en concordancia con los postulados de la Corte Constitucional-, ha establecido lo siguiente:

*“...al momento de perfeccionar el contrato, **es dable que la aseguradora excluya la cobertura frente «algunas patologías existentes»**, para lo cual «la entidad oferente podrá practicar un examen de ingreso, previo consentimiento del contratista, con el objeto establecer en forma media el estado de salud de un individuo» (artículo 21) (...) Luego, si como resultado de exámenes médicos realizadas al beneficiario antes de suscribir el contrato o, incluso, por su aceptación expresa -como cuando se reconoce en la declaración de estado de salud-, se detectan patologías, es dable que el asegurador excluya tratamientos asociados a las mismas.*

En este evento se exige del prestador la mayor especificidad, lo que se traduce en la concreción de las preexistencias detectadas y las exclusiones asociadas a las mismas (...) El anterior entendimiento fue resguardado por la jurisprudencia constitucional, en sede de acción de tutela, al analizar el valor jurídico de las exclusiones en los contratos que celebran las entidades prestadoras de planes voluntarios de salud(...)” (CSJ SC Sentencia de 4 de abril de 2022, MP. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo).

7.2. *Así entonces, al margen de los anteriores fundamentos jurisprudenciales, se debe decir que la exclusión alegada por la parte demandante -solo con ocasión del recurso de apelación- resulta del todo ineficaz, ya que no cumple con los principios de claridad y precisión que rigen este tipo de contratos, dado que es genérica y ambigua.*

*Lo anterior porque, no se especifica cuáles son las enfermedades o anomalías preexistentes que de encontrarse relacionadas con la causa de la incapacidad -o muerte- de la demandante se entendían excluidas, ya que, en el clausulado únicamente se indicó que cuando **“con anterioridad”** a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de seguro, sufra y le haya sido diagnosticada **la enfermedad o lesión** que de manera directa o indirecta sea la causante de la muerte o la incapacidad del asegurado”, por ello se cataloga como una cláusula abstracta y genérica, que claramente vulnera el principio de buena fe de la asegurada y tomadora de la póliza y por ello no se le puede otorgar validez.*

Es más, ni siquiera hay prueba de que se hayan realizado exámenes médicos a la demandante para excluir las enfermedades específicas que padecía con anterioridad a la suscripción del contrato. De este modo, no hay lugar a decretar de oficio la exclusión contenida en el literal C de la cláusula 1.3.1 (art.282 del C.G.P).

8. *Por otro lado el apoderado judicial de la aseguradora Axa Colpatria Seguros De Vida S.A, alega que la fecha del siniestro debe ser la fecha en que se emitió el dictamen de pérdida de capacidad laboral por la Junta Regional de Calificación*

de Invalidez del Valle del Cauca -25 de enero de 2019- y no la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral -2 de agosto de 2018-, de conformidad a lo pactado en el parágrafo de la cláusula 1.2 del condicionado de la póliza y que el reconocimiento de la indemnización debe ser desde esa data (reparo 7.1.).

8.1. *En términos generales, en materia de interpretación de los contratos ha señalado la Corte Suprema de Justicia, que para buscar la común intención de los contratantes, el Juez debe apoyarse en pautas legales tales como el 1.618 del C.C. según la cual conocida la intención de las partes debe estarse más a ella que al tenor literal del contrato, o el artículo 1.622, según el cual 'las cláusulas de un contrato se interpretarán unas por otras, dándosele a cada una el sentido que mejor convenga al contrato en su totalidad', o cuando señala en su inciso final que las cláusulas de un contrato se interpretarán 'por la aplicación práctica que hayan hecho ambas partes, o una de las partes con aprobación de la otra'.*

O la estatuida en el artículo 1621, según la cual debe estarse a la interpretación que mejor cuadre con la naturaleza del contrato, o la regla establecida en el artículo 1620, según la cual, 'el sentido en que una cláusula pueda producir algún efecto deberá preferirse a aquel en que no sea capaz de producir efecto alguno'.

Y entratándose de contratos mercantiles, en virtud de la integración impuesta por el art. 822 del C.Co, también deberá tener en cuenta el artículo 871, conforme al cual, 'los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe, y en consecuencia, obligarán no sólo a lo estipulado expresamente en ellos, sino además a todo lo que corresponde a su naturaleza, según la ley, la costumbre o la equidad natural' (se destaca), o el que recoge el artículo 835, que ordena presumir esa buena fe, aún la exenta de culpa. (Sent. Cas. Civ. 28 de febrero de 2005, Exp. No. 7504).

Ya en particular, sobre la forma en que los jueces deben abordar la interpretación de las cláusulas del contrato de seguro ha dicho la Corte Suprema de Justicia: "Ante la situación así descrita, conviene recordar que, como se historió en providencia del 29 de enero de 1998 (Exp, 4894), de antaño, la doctrina de esta Corte (CLXVI, pág., 123) tiene definido que el contrato de seguros debe ser interpretado en forma similar a las normas legales y sin perder de vista la finalidad que está llamado a servir, esto es comprobando la voluntad objetiva que traducen la respectiva póliza los documentos que de ella hacen parte con arreglo a la ley (arts, 1048 a 1050 del C. de Co.), los intereses de la comunidad de asegurados y las exigencias técnicas de la industria; que, "en otras palabras, el contrato de seguro es de interpretación restrictiva y por eso en su ámbito operativo, predomina el texto de la que suele denominarse 'escritura contentiva del contrato' en la medida en que, por definición, debe conceptuársela como expresión de un conjunto sistemático de condiciones generales y particulares que los jueces deben examinar con cuidado".

*En ese orden, cabe anotar que el artículo 3 decreto 1507 de 2014, -por medio del cual se expidió el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional-, definió a la **fecha de estructuración** como: "...la fecha en que una persona pierde un grado o porcentaje de su capacidad laboral u ocupacional, de cualquier origen, como consecuencia de una enfermedad o accidente, y que se determina con base en la evolución de las secuelas que han dejado estos. **Para***

el estado de invalidez, esta fecha debe ser determinada en el momento en el que la persona evaluada alcanza el cincuenta por ciento (50%) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional.

Ahora bien, se tiene que en el parágrafo de la cláusula 1.2. alegado por la parte apelante se dispuso: "...AXA COLPATRIA se reserva el derecho de examinar al asegurado y en caso de desacuerdo de AXA COLPATRIA con el dictamen médico o entidad que certifica la invalidez, se tendrá como prueba definitiva el dictamen en firme de la junta regional de calificación de invalidez y/o de la junta nacional de calificación de invalidez o de la entidad que haga sus veces de acuerdo a la ley...", sin que se haya detallado específicamente desde qué momento se entiende configurado el siniestro.

En ese sentido, de la lectura de la anterior clausula, se debe decir que no resulta aplicable al caso en concreto, ya que el dictamen en firme de la junta regional o nacional de invalidez solo opera cuando la aseguradora no acepte el dictamen inicial presentado por la asegurada, aspecto que no aconteció en el presente asunto, ya que la aseguradora no objetó el dictamen de pérdida de capacidad laboral inicial emitido por Mapfre Seguros el 17 de noviembre de 2018, presentado por la demandante con su reclamación.

De esta forma, no es posible acoger las suplicas de la parte apelante, ya que tampoco se observa que en el contrato de seguro se haya pactado concretamente que el siniestro se entiende configurado desde la fecha en que se emitió el dictamen de pérdida de capacidad laboral, aunado a ello la Corte en varias oportunidades ha dicho que, "en un contrato de cláusulas predispuestas como el de seguro, debe ser interpretada en contra del predisponente y a favor del adherente, según se desprende del inciso segundo del artículo 1624 del Código Civil, en armonía con la jurisprudencia sobre la materia" (CSJ Sentencia de 7 de marzo de 2019, SC665-2019), por ello, como la condición más beneficiosa para la asegurada es que se tenga en cuenta la fecha del siniestro **desde la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral, esto es desde el 2 de agosto de 2018**, siendo este el momento en el que la demandante alcanzó el 50% de PCL -y no desde el 25 de enero de 2019 como pretende el apelante-, se mantendrá la decisión de primera instancia frente a este punto.

9. En ese orden, se debe decir que tanto la parte demandante como la aseguradora apelante muestran inconformidad frente a los perjuicios, por ello se resolverán dichos reparos de manera conjunta así:

Ha establecido el legislador y la jurisprudencia que para que sea exigible el pago de la indemnización reclamada con base en una póliza se requiere (i) que se demuestre el contrato de seguro, (ii) la ocurrencia del siniestro asegurado y (ii) la cuantía de la pérdida, si a ello hubiere lugar (art. 1077 C. de Co.), y según lo discutido por las partes, habrá que definir "si la negativa de la aseguradora a cubrirlo es justificada y legal" (CSJ SC Sentencia de 26 de octubre de 2020, M.P., Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo).

Así entonces, como viene de verse aquí no está en discusión, la existencia del seguro de vida, ni la ocurrencia del siniestro ya que está probado que la demandante fue dictaminada con una pérdida de capacidad laboral superior al 50%; en cuanto a la cuantía corresponde al saldo del crédito dejado de pagar por la aseguradora que asciende a \$167.641.809,00 según la última certificación enviada por el banco en esta instancia.

*Con todo, se debe tener en cuenta que la demandante solicitó además **el pago de los perjuicios generados con el incumplimiento del contrato de seguro de vida**, esto se puede evidenciar principalmente de los hechos 36 y 37 del libelo demandatorio y las pretensiones 7 a 10, de la subsanación de la demanda, pues requiere el pago de daños patrimoniales, como son las cuotas que la actora ha tenido que abonar al crédito pese a que la aseguradora las debió sufragar desde la ocurrencia del siniestro, el pago de los gastos prejudiciales de la conciliación que se llevó a cabo con el fin de solucionar de manera pronta el conflicto y unos daños extrapatrimoniales como daño moral, a la vida de relación, a los planes de vida, y a derechos constitucionales, los cuales considera la actora que no se hubieran causado si la aseguradora hubiera cumplido su obligación.*

*Al respecto, el Código de Comercio establece, que el asegurado o el beneficiario, "en lugar" de demandar los intereses moratorios que trata el inciso 1° del artículo 1080, "tendrán derecho a demandar", **"la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador"** (inc.2° ib). En ese sentido, la Corte ha precisado que dichos perjuicios deben ser debidamente probados así:*

*"...el legislador, atendiendo el carácter prevalentemente dinerario de la prestación del asegurador, acudió a la fórmula de fijar normativamente la indemnización que debe pagar por su incumplimiento en el pago de la prestación a su cargo, imponiéndole, en consecuencia la obligación de pagar la tasa de interés moratorio allí prevista, en cuyo caso el asegurado o el beneficiario, quedan exonerados de probar, tanto la existencia del perjuicio, puesto que la ley lo presume, como su monto, ya que ésta lo señala. Sin embargo, los faculta para reclamar, en lugar de tales intereses moratorios, los perjuicios de otro orden que les cause **el incumplimiento del asegurador**, supuesto en el cual **quedan supeditados a las reglas generales** que gobiernan la materia, entre ellas, la de demostrar la existencia del perjuicio, su monto y su calidad de cierto y directo. (CSJ, SC 143 de 30 sep. 2004, rad. n° 7142).*

*Ciertamente, constituye principio universal que **quien reclama la indemnización debe acreditar la existencia del daño**, (...) Como punto de partida para ese propósito se tiene que el daño indemnizable corresponde a toda lesión causada a los derechos patrimoniales o extrapatrimoniales de la víctima, infiriéndose, por tanto, la diferencia que en derecho se ha establecido respecto del perjuicio material y el moral...Ahora, a voces del artículo 1613 del Código Civil el perjuicio material comprende el daño emergente y el lucro cesante, aquél lo representa la pérdida, gasto o erogación económica ocasionada a la víctima en razón del hecho generador de la responsabilidad cuyo resarcimiento se pretende; el segundo es la ganancia o provecho no reportado para el lesionado, también originado por el hecho determinante de la indemnización, conceptos que se desprenden del artículo 1614 de la misma obra" (CSJ SC Sentencia de 26 de octubre de 2020, M.P., Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo) Resalta la Sala.*

9.1. *Para continuar con el análisis de los motivos de alzada, alega la parte demandante en el reparo 6.1., que la condena realizada en contra de la aseguradora, en lo tocante al pago de las cuotas que la demandante tuvo que*

pagar al banco no se puede condicionar al límite asegurado, pues corresponde a una reparación de perjuicios "debido a la inejecución ilícita del contrato de seguro" por ello considera que la a quo "no distingue entre la solicitud de ejecución del contrato y la reparación de perjuicios", indicando que en este caso se pidieron las dos cosas.

*Así entonces, el perjuicio acerca de las cuotas pagadas por la actora al crédito en los últimos años se encuentra probado, pues en esta instancia por requerimiento de esta Corporación fue allegado un extracto del crédito por parte del banco demandado (dto.032Anexo2 20230718- Pagos, Cdo. Tribunal) -del cual se corrió traslado a la parte demandante y no se opuso al mismo-, donde informa los pagos que la demandante ha realizado desde la fecha del siniestro -itérese 2 de agosto de 2018 fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral-, que ascienden a **\$136.403.454,78** -hasta el 4 de julio de 2023-.*

Por lo anterior, se puede decir no existe discusión frente al reconocimiento del perjuicio material derivado de los pagos que tuvo que realizar la demandante al crédito desde el momento del siniestro, además, como ya se dijo, de acuerdo a los hechos y las pretensiones de la demanda se tiene que dichos rubros derivan del incumplimiento de la aseguradora en pagar la indemnización (inc.2º, art.1080 C.Co.).

*En ese sentido, lo que se solicita específicamente la parte actora con esta pretensión, no es el cumplimiento del contrato de seguro, sino los perjuicios generados por la tardanza del pago del siniestro, por ello **NO** se puede limitar el pago de este perjuicio a los límites estipulados en el contrato de seguro, de modo que la Sala considera que erro el a quo al condicionar el pago de este daño al monto asegurado en la póliza, en consecuencia, se revocará parcialmente el numeral tercero de la sentencia objeto de alzada, dejando solo la condena al pago de dichos rubros sin limitarlos a las condiciones de la carátula de la póliza.*

9.2. *Por otra parte, la actora refiere que el a quo no se pronunció frente a los intereses moratorios y la indexación solicitados con la demanda (ver reparo 6.3.), aspecto que es cierto, y por ello, en virtud del artículo 287 del C.G.P, hay lugar a complementar la sentencia del a quo.*

9.2.1. *De la pretensión reconocida por el a quo, frente a la condena a la aseguradora por el saldo del crédito que asciende a \$167.641.809,00, se reconocerán los intereses moratorios comerciales sobre el saldo del crédito solamente desde que cobre ejecutoria la presente decisión y hasta cuando se produzca el pago.*

9.2.2. *En cuanto a los perjuicios solicitados por el incumplimiento, de acuerdo con lo explicado en los numerales 9 y 9.1 resulta evidente que no hay lugar a reconocer los intereses moratorios por el incumplimiento en el pago por parte de la aseguradora dispuestos en el artículo 1080 del C.Co., toda vez que la misma*

norma prevé que el asegurado **solo** tiene derecho a solicitar, bien sea (i) los réditos moratorios o (ii) los perjuicios causados por la mora del asegurador, pues ambos cumplen el mismo fin que es la indemnización que debe pagar por su incumplimiento en el pago por parte de la aseguradora, y en el presente asunto ya se reconocieron estos últimos.

Así las cosas, solo hay lugar a ordenar la indexación frente a cada una de las sumas que la demandante haya abonado al crédito, pues dichos rubros son susceptibles de corrección monetaria de acuerdo al I.P.C.

La Corte Suprema de Justicia tiene dicho que la corrección monetaria no representa una nueva pretensión del demandante, sino que corresponde a "un aspecto implícito de la súplica resarcitoria", y que su fin es hacer que "el quantum del daño a reparar -que se determina en moneda corriente- no se vea disminuido en perjuicio del demandante por las oscilaciones de una economía inestable", por ende "...si la obligación no es pagada oportunamente, se impone reajustarla, para representar el valor adeudado, porque esa es la única forma de cumplir con el requisito de la integridad del pago" (CSJ SC Sentencia de 12 de agosto de 2005, M.P. Edgardo Villamil Portilla).

Bajo esos argumentos, se deberá actualizar cada una de las sumas de dinero que pagó la demandante a favor del crédito desde la fecha de estructuración del siniestro, entonces, cada una de las cuotas que obran el extracto del crédito allegado en esta instancia por parte del banco demandado (dto.032Anexo2 20230718- Pagos, Cdo. Tribunal) se deberán indexar desde el momento del pago de cada una de ellas de acuerdo con la fórmula: $Va = \text{valor de la cuota} \times \frac{\text{índice final (fecha de la sentencia)}}{\text{índice inicial (fecha del pago)}}$, valores que se especificarán en la parte resolutive de la presente providencia, y que arrojan un total de **\$169.564.835,63**.

Por estas razones habrá que adicionar la sentencia de primera instancia, a fin de (i) reconocer los intereses moratorios comerciales sobre el saldo del crédito desde que cobre ejecutoria la presente sentencia y hasta cuando se realice el pago; (i) negar los intereses moratorios que trata el artículo 1080 del C. Co. sobre las cuotas pagadas al crédito por la actora como ya se dijo y (iii) conceder la indexación solicitada sobre dichos pagos.

9.3. En cuanto al reparo 7.2. de la parte demandada consistente en que el juez de primer grado no precisó en el resuelve de la sentencia opugnada los valores exactos que debe pagar la aseguradora tanto del saldo insoluto del capital como de las cuotas pagadas por la demandante posteriores a la fecha del siniestro, conforme establece el artículo 280 del C.G.P, y que ni siquiera se ordenó a la entidad financiera suministrar dicha información.

Tiene establecido el legislador que la condena al pago de "frutos, intereses, mejoras, perjuicios u otra cosa semejante" se deberá realizar en la sentencia "por cantidad y valor determinados" y que excepcionalmente en los casos que se

autorice por la ley una condena en abstracto "se liquidará por incidente que deberá promover el interesado..." (art.283 del C.G.P).

Sobre esta temática tiene dicho la Corte que "...[e]n línea de principio, la sentencia define íntegro el thema decidendum, termina el proceso y contiene en sumas determinadas las condenas... El aserto precedente es comprensible por concernir al derecho de acceso a la administración de justicia, el debido proceso, defensa o contradicción, la plenitud, precisión y certeza de toda decisión judicial, la regularidad, celeridad, dinamismo, economía, eficiencia y pronta resolución de los litigios... **En esta perspectiva, el ordenamiento sienta la directriz general de la condena concreta, singular, precisa o determinada del derecho reconocido, máxime tratándose de la reparación de daños**" (CSJ SC Sentencia de 28 de abril de 2011, M.P. William Namén Vargas).

Se debe decir que en esta instancia, para tener claridad acerca del saldo y los pagos realizados por la demandada frente al crédito objeto de litigio, se ofició al Banco Av Villas S.A., a fin de que allegara la información actualizada del crédito, y el banco certificó que para el 18 de julio de 2023, el saldo de la obligación correspondía a \$167.641.809,00, así mismo, allegó un documento llamado extracto de crédito, donde se puede observar la fecha de pago y los montos pagados por la demandante desde el 2 de agosto de 2018, fecha del siniestro, documentos a los cuales se les corrió traslado sin que la parte demandante se pronunciara frente a los mismos.

Así las cosas, de acuerdo a las pruebas obrantes en el plenario se acogerá el reparo propuesto por la parte actora toda vez que la condena al pago de perjuicios e intereses aquí ordenada debe versar sobre un valor determinado, por lo cual se deberá adicionar en primer lugar, el numeral segundo de la sentencia apelada para especificar que el valor a pagar por parte de la aseguradora por el saldo insoluto corresponde a \$167.641.809,00, más los intereses moratorios comerciales sobre dicha suma desde que cobre ejecutoria la presente decisión y hasta cuando se produzca el pago (dto.031Anexo120230718 - Certificación, Cdo. Tribunal).

Y habrá que adicional el numeral tercero, en el sentido de precisar que el valor y fecha de los pagos realizados por la parte actora -desde el 2 de agosto de 2018- serán los que reposan en el documento denominado extracto del crédito por parte del banco demandado, los cuales serán debidamente indexados (dto.032Anexo2 20230718- Pagos, Cdo. Tribunal).

9.4. El reparto 7.4 de la aseguradora demandada, consistente en que no es procedente el reconocimiento del daño emergente, referente al monto pagado por la demandante con ocasión de la conciliación prejudicial, porque no es un amparo contratado en la póliza y porque su reconocimiento implicaría un doble pago, dado que la conciliación al ser un requisito prejudicial es una carga que debe asumir la demandante "para efectos de acceder al aparato jurisdiccional", eventualmente podría ser reconocida al momento de liquidar la condena en costas y agencias en derecho.

Entonces, el numeral 3º del artículo 366 del Código General del Proceso, predica que en la liquidación de las costas y agencias en derecho, se "incluirá el valor de

*los honorarios de auxiliares de la justicia, **los demás gastos judiciales hechos por la parte beneficiada con la condena, siempre que aparezcan comprobados, hayan sido útiles y correspondan a actuaciones autorizadas por la ley...***

De este modo, una cosa es la condena al pago de la indemnización de perjuicios y otra la condena en costas, pues los primeros son "la disminución patrimonial que por factores externos al proceso en sí mismo considerado, pero con ocasión de él, hubiese podido sufrir la parte", y las segundas comprenden "aquellos gastos que, debiendo ser pagados por la parte de un determinado proceso, reconocen este proceso como causa inmediata y directa de su producción" (CSJ SC Sentencia de 26 de octubre de 2020, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo).

*Por esas razones, este motivo de apelación está llamado a abrirse paso, porque el pago de la conciliación que sufragó la demandante, **NO** puede tenerse como perjuicio, producto del incumplimiento de la aseguradora, en la medida en que aun cuando es cierto que su realización puede derivar de la negativa de la compañía de seguros a reconocer su obligación contractual, tal erogación no pueden ser resarcida por vía de perjuicios sino a través de la liquidación de costas propia de todo proceso judicial, consecuentemente, se revocará el numeral séptimo de la sentencia apelada.*

9.10. *A continuación se pasará a resolver conjuntamente los reparos frente a los perjuicios inmateriales, de una parte, **la parte demandada** alega en su reparo 7.3. que se incurrió en una indebida valoración probatoria sobre los perjuicios morales reconocidos por la suma de \$20.000.000, de una parte (i) porque no se probaron, también (ii) porque no se cumplen los requisitos del artículo 1616 del C.C. y (iii) en razón a que no es un amparo convenido en la póliza.*

*Y por la otra **la parte demandante**, considera que se debe conceder los demás daños inmateriales negados, como son los daños a la vida de relación, a los planes de vida, y derechos constitucionales, y que no se puede alegar falta de prueba porque se deben valorar según las reglas de la experiencia trayendo Jurisprudencia del Consejo de Estado y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (reparo 6.2.).*

9.11. *Se debe resaltar que el criterio establecido por la H.Corte Suprema de Justicia, órgano de cierre de la Jurisdicción Civil, **compartido por esta Sala de decisión**, consiste en el daño moral, debe estar debidamente probado, pues refiere:*

*"En lo atinente al daño moral en sentido estricto o puro, (...) **requiere como presupuesto indispensable para su reparación "ser cierto" (CSJ SC, 28 sept. 1937, GJ. T XLV, pág. 759), lo que en términos procesales significa que debe ostentar pleno respaldo probatorio.**" (CSJ SC Sentencia de 13 de junio de 2014, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez).*

La misma Corporación añadió que: "si bien es cierto que cualquier tipo de perjuicio injustamente causado da lugar a una acción que busque su reparación, en esto del

resarcimiento de daños morales, no puede dejarse de admitir que como en la vida en sociedad es usual que los seres humanos tengamos molestias, inquietudes, incertidumbres y perturbaciones de ánimo, todas ellas no pueden llegar a ser resarcibles, como simples molestias que son parte del diario vivir. **Tampoco puede actuarse mecánicamente, desde luego que, así como acontece con el daño patrimonial, en aquel debe existir certidumbre, lo que implica que en el proceso existan medios de convicción que den cuenta de su existencia e intensidad,** «"... toda vez que -para decirlo con palabras de la Corte- es apenas su cuantificación monetaria, y siempre dentro de restricciones caracterizadamente estrictas, la materia en la que al juzgador le corresponde obrar según su prudente arbitrio..."C.S. J. Auto de 13 de mayo de 1988 sin publicar)» (CSJ SC del 25 de noviembre de 1992, rad. 3382, G.J. CCIX, n° 2458, pág. 670)" (Sentencia de 21 de febrero de 2018, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez) Resalta la Sala.

Ahora bien, la a quo tuvo por probado este perjuicio, debido a la afectación de salud de la demandante que desencadenó en su invalidez, y el no pago de la deuda le generó "congoja, tristeza, preocupación y demás sentimientos negativos en su esfera personal", porque a pesar de su estado de salud debía preocuparse por el pago del crédito y que prueba de ello era el interrogatorio de parte de la actora, argumentos que no se comparten por la Sala como se pasará a explicar.

En cuanto a la declaración de la demandante, debe ser desvirtuada por dos razones, de una parte, porque de acuerdo a las pruebas allegadas por la misma actora, se tiene que el 17 de octubre de 2017 se le practicó una cirugía de resección de "tumor cerebral glioma de alto grado" (ver dictamen inicial de MAPFRE), y que posterior a la cirugía presentó "...Trastorno depresivo mayor", "síntomas depresivos sin síntomas psicóticos, mucha ansiedad, minusvalía y desesperanza, no ideas suicidas" (ver dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle dela Cauca). Entonces, en este caso, más que en cualquiera otro, se requería plena prueba de que su estado anímico se dio como consecuencia de la justificada negativa al pago que realizó la aseguradora el 11 de febrero de 2019 al pronunciarse acerca de la reclamación.

Y por la otra, si tenemos en cuenta el escrito de demanda, específicamente los hechos 11 y 12, tres días antes de suscribir el contrato de seguro y diligenciar a declaración de asegurabilidad, la demandante ya tenía conocimiento de que padecía un "tumor en base de cráneo", así lo dijo expresamente, por ello, se puede decir que era consciente de la reticencia en que incurrió al momento de celebrar el contrato, lo cual le restaba posibilidades de abrigar expectativas acerca de sus pretensiones, pues obro de mala fe; ahora, la imposibilidad de realizar el estudio de ese vicio del consentimiento, se dio como consecuencia de una omisión de la defensa de la aseguradora al no plantear oportunamente excepciones.

De este modo, obsérvese que de acuerdo al dictamen de pérdida de capacidad laboral, la demandada después de su intervención quirúrgica -17 de octubre de 2017-, sufría de crisis de ansiedad y depresión, antes de la reclamación a la aseguradora realizada el 2 de agosto de 2018, de donde se sigue que no se acreditó que la falta de pago le hubiera generado la crisis o que la misma se hubiera intensificado por el incumplimiento, cuestión que sería muy sencilla de

acreditar si desde antes de la negativa de la aseguradora se encontraba en tratamiento médico.

Tampoco se puede deducir tal perjuicio con las pruebas documentales, las cuales en su mayoría dan cuenta de la relación contractual con la aseguradora y el banco demandando; pero además debe tenerse en cuenta que la actora pago de su propio peculio la suma de \$136.403.454 lo que sin lugar a dudas demuestra su solvencia económica, así que era menester acreditar que se había producido su congoja por la mora en que incurrió la aseguradora, de acuerdo a las circunstancias indicadas.

Bajo ese análisis, se concluye que el perjuicio moral no fue probado para que haya lugar a su reparación, por ello habrá que revocar la decisión de primera instancia en su numeral cuarto, para en su lugar negar dicho perjuicio. Cabe precisar que por sustracción en materia la Sala se abstendrá de analizar los demás motivos de apelación que conforman el reparo.

9.12. *Continuando con el daño a la vida de relación, a los planes de vida, y derechos constitucionales (a la integridad personal y moral señalada en la demanda), es preciso traer a colación la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, que habla acerca de los distintos tipos de daños extrapatrimoniales así:*

"(...) esa tesitura abierta de [dichos perjuicios] con una tipología de daños de ese linaje, ha experimentado en el derecho comparado una, para algunos, exagerada profusión de modalidades, proclive tal categorización a la dispersión, carente de rigor por comprender los mismos intereses, quizás yuxtapuestos y no claramente diferenciados unos de otros. En efecto, se habla de perjuicio sexual, daño estético, perjuicio juvenil, psico-físico, por pérdida de la calidad de vida, anatómico-funcional, perjuicio del sufrimiento, al placer, daño a la serenidad familiar, daño existencial, al proyecto de vida, daño a la vida de relación, daño biológico, etc. Tendencia esta que llega entonces a consolidarse conceptualmente en la concesión de tantos resarcimientos como intereses extrapatrimoniales resulten afectados, al margen de la denominación con que se la distinga.

(...) Esa especie de inflación de daños extrapatrimoniales ha dado lugar a que se proclame la necesidad de ir con prudencia a la hora de implementar o establecer nuevos perjuicios de ese linaje en tanto los mismos no se encuentren técnicamente definidos de modo tal que, más que el bien directamente afectado, se mire y precise el interés jurídico lesionado, de suerte que no sea objeto de múltiple reparación por encontrarse protegido o solapado en dos o más clases, pues, como ya es sabido, la responsabilidad civil es meramente resarcitoria, de modo que no puede convertirse en fuente de lucro para el damnificado ni en factor de expoliación para el dañador, como lo sostiene un autorizado expositor." (SC9193-2017).

Aquí es del caso señalar que el perjuicio del daño al proyecto de vida y el daño a los derechos constitucionales (a la integridad personal y moral), no han tenido

un desarrollo jurisprudencial por parte de la Corte Suprema de Justicia, el primero de ellos se puede encasillar dentro del daño a la vida de relación, porque así lo ha realizado en otras ocasiones el Alto Tribunal, por cuanto el daño a la vida de relación comprende no sólo el perjuicio fisiológico, sino la alteración a las condiciones de existencia generada por la mutación del proyecto de vida o devastación del entorno de una población (ver Sentencia SC5686-2018) y el segundo, puede ser interpretado como un perjuicio moral el cual ya fue estudiado con anterioridad y se negó su reconocimiento.

En ese sentido no existen medios probatorios en este proceso que la demandante haya tenido que posponer alguna actividad como consecuencia de que la aseguradora no respondió a tiempo a su deber, así como tampoco se acreditó cuál es su nuevo proyecto de vida ni que pasos a dado para alcanzarlo.

9.13. *Como consecuencia de lo hasta aquí expuesto, esta Sala no se pronunciará frente a los demás elementos como son el hecho dañoso y el nexo causal que se debe cumplir para la declaración de la responsabilidad deprecada, porque ante la falta de prueba del daño, indispensable para la prosperidad de la presente demanda, inane resulta el estudio de los demás requisitos, pues así lo ha establecido la jurisprudencia al decir que:*

"...ha de reiterar la Corte que resultaría inútil cualquier estudio adicional alrededor del planteamiento expuesto, pues, como quedó visto, nunca podría arribarse a una sentencia condenatoria, en la medida en que no aparece cabalmente evidenciado el daño, debiéndose, en todo caso, memorar, como de antiguo lo ha pregonado la Sala, que "... dentro del concepto y configuración de la responsabilidad civil, es el daño un elemento primordial y el único común a todas las circunstancias, cuya trascendencia fija el ordenamiento. De ahí que no se dé responsabilidad sin daño demostrado, y que el punto de partida de toda consideración en la materia, tanto teórica como empírica, sea la enunciación, establecimiento y determinación de aquél, ante cuya falta resulta inoficiosa cualquier acción indemnizatoria" (G.J. t. CXXIV, pág. 58).

De esta manera, se adicionará la decisión de primer grado toda vez que aunque se pronunció sobre la negativa de los perjuicios extrapatrimoniales de daño a la vida de relación, a los planes de vida, no lo especificó en la parte resolutive.

10. *En ese sentido solo queda pasar a resolver los motivos de alzada de la parte demandante respecto al BANCO AV VILLAS S.A.*

10.1. *En su reparo 6.4. precisa la apelante que se debe acceder a las pretensiones contractuales en contra del banco porque se probó su negligencia al no haber dirigido a la asegurador ninguna reclamación de la póliza, porque como beneficiario de la póliza tenía el deber de hacerlo; además que adquirir la póliza era una exigencia de la entidad bancaria para efectos de realizar el préstamo adquirir el seguro; y que no es cierto que solo la demandante podía saber de su estado de salud porque "al menos desde el 23 de enero de 2019, tiene pleno conocimiento del acaecimiento del siniestro". Por otra parte, refiere*

que la a quo no hizo referencia a la pretensión subsidiaria (No.5) sobre la responsabilidad civil extracontractual del banco -lo cual no es cierto ver numeral sexto de la parte resolutive de la sentencia opugnada-.

En primer lugar, se debe precisar que el contrato de mutuo celebrado entre la actora y el banco, al ser real, es decir que se perfecciona con la entrega de la cosa (arts. 2221 y 2222 del C.C.), y en el asunto en concreto, se encuentra debidamente cumplido con la entrega del dinero a la demandante, sobre lo cual no hay discusión.

*Ahora, en relación con el seguro de vida, se debe decir que en el interrogatorio de parte de la representante legal del Banco Av Villas S.A., en dos oportunidades dijo que en este tipo de préstamos, el contrato de seguro de vida al igual que el de incendio y terremoto, **era obligatorio** y que la deudora tenía la posibilidad de escoger la compañía de seguros, precisando además, "hay que tener presente que la señora Libreros con antelación al 28 de diciembre de 2017 ya había contratado una póliza, esa póliza la había contratado con AXA de manera que cuando se produjo la compra de cartera se dio igualmente la póliza de ...riesgo [de] vida...", "el banco aprueba luego de un trámite que se adelanta internamente, luego de una revisión de cada una de las pólizas, aprueba las mismas y en desarrollo de esa relación, pues hay que tener en cuenta que el banco se constituye como beneficiario oneroso dentro de esa relación aseguraticia entre la señora Libreros que funge como tomadora de cara a la aseguradora y el banco a su vez, es beneficiario por el importe de las obligaciones adquiridas por la señora libreros del crédito desembolsado el 28 de diciembre del año 2017" (Dto.036LinkAudioyVideodeAudiencia. Min.42:18).*

*También indicó en su declaración la representante legal, que la entidad crediticia, solo tuvo conocimiento del estado de salud de la demandante hasta el mes de **enero del año 2019**, -como también lo aceptó la parte demandante- sin que haya prueba que demuestre lo contrario, pues no hay constancia de que eso haya ocurrido antes, por ello, se advierte que resultaba imposible para la aseguradora elevar la reclamación ante la aseguradora cuando no tenía conocimiento de la configuración del siniestro, amén de que carece de interés jurídico para realizar esa reclamación ante la aseguradora, pues titular del mismo era el asegurado.*

En ese escenario, es procedente traer a colación una sentencia de la Corte Suprema de Justicia, en la cual habla acerca de un seguro de vida grupo deudores, que se asemeja al contrato aquí estudiado pese a ser de grupo y no individual, entonces, el Alto tribunal explica que dentro de las características de este seguro, se tiene que:

*"(...) **6.6.** Por el contrario, en el seguro de vida de deudores se cubre el riesgo consistente en la muerte del deudor, así como **su eventual incapacidad total o permanente**. Así, ha dicho la Corte que 'el riesgo que asume el asegurador es la pérdida de la vida del deudor, evento que afecta tanto al asegurado mismo, como es obvio, como eventualmente a la entidad tomadora de la póliza, en el entendido de que su acreencia puede volverse de difícil cobro por la muerte de su deudor, pero **el específico riesgo asumido por la compañía de seguros en la póliza objeto de litigio, no es la imposibilidad de pago del deudor por causa de su muerte, porque si así fuera podría inferirse que la póliza pactada con un riesgo de tal configuración tendría una connotación patrimonial y se asemejaría a una póliza de seguro de crédito**. Lo que se aseguró es lisa y llanamente el suceso incierto de la muerte del deudor, independientemente de si el patrimonio que deja permite que la*

acreencia le sea pagada a la entidad bancaria prestamista' (Sent. Cas. Civ. de 29 de agosto de 2000, Exp. No. 6379).

6.7. El interés asegurable que en este tipo de contratos resulta relevante se halla en cabeza del deudor, así sea que al acreedor también le asista un interés eventual e indirecto en el seguro de vida grupo deudores. (...)" (CS CS 28 de mayo de 2015, M.P. Jesús Vall De Rutén Ruiz, SC6709-2015)

En ese sentido, se tiene que el interés asegurable se encuentra de manera predominante en la asegurada, y está representado en su vida por eso tiene la calidad de asegurada, y el acreedor es beneficiario a título oneroso como aquí se probó, al paso que lo que se asegura no es la imposibilidad de pago del deudor por causa de su muerte, sino el suceso incierto de la muerte o invalidez de la deudora, independientemente de si el patrimonio permite que la acreencia le sea pagada a la entidad bancaria prestamista, porque no se trata de un seguro de crédito sino de vida precisamente.

Bajo esos derroteros, se concluye que no se probó la negligencia en que incurrió el banco demandado, ya que no tuvo conocimiento del siniestro, sino solo hasta enero de 2019, fecha para la cual la demandante ya había elevado la reclamación ante la aseguradora -2 de agosto de 2018-, y esta última había fijado su posición de negar el amparo de la póliza, al paso que como se dijo a pesar de que el banco sea un beneficiario oneroso no le asistía interés asegurable para reclamar la póliza, por esas razones no es posible declarar la responsabilidad contractual ni extracontractual, pues no se logró probar el presupuesto de la culpa.

Como consecuencia de lo anterior se mantendrá la decisión de primera instancia.

11. Finalmente, se observa que la parte demandante al momento de descorrer traslado a la sustentación solicita que se compulse copias en contra de la parte demandada ante la autoridad competente por la posible comisión de un delito, toda vez que "cuando en medio de la alegación de nulidad de la notificación de la demanda por parte de la aseguradora demandada, se presentó en su escrito un link de internet modificado que pudo haber inducido a error a los jueces de primera y segunda instancia en este caso".

Sin embargo, una vez revisado el expediente, se observa que la juez de primera instancia, mediante providencia del 8 de febrero de 2022, ya le resolvió a la parte demandante sobre este pedimento, negando su solicitud, en razón a que para el despacho eran actuaciones que no ameritaban dicha compulsas, y que si la parte demandante consideraba pertinente interponer las correspondientes denuncias ya sea disciplinarias o penales lo podía hacer directamente, sin que el memorialista haya recurrido dicha providencia. En adición, considera la Sala que dichos argumentos no serán estudiados, en razón a que no se tratan de reparos dirigidos en contra de la sentencia apelada (núm.3º, art.322 del C.G.P.).

12. En ese orden de ideas, para rememorar lo hasta aquí dicho, habrá que adicionar el numeral segundo de la sentencia apelada para indicar el saldo insoluto del crédito, además de los intereses comerciales aquí reconocidos a partir de la ejecutoria de la sentencia y hasta el pago total; de igual manera

adicionar el numeral tercero, para precisar los valores y fechas de los pagos realizados por la parte actora -desde el 2 de agosto de 2018- según el extracto del crédito remitido por el banco así como su correspondiente indexación.

También habrá que revocar el numeral cuarto y en su lugar negar el daño moral deprecado, precisando además que se niegan los perjuicios extrapatrimoniales de daño a la vida de relación y a los planes de vida, en tanto el a quo no lo especificó en la parte resolutive; igualmente revocar el numeral séptimo de la sentencia apelada, para en su lugar negar el perjuicio por pago de la conciliación prejudicial.

Por otro lado, ante la prosperidad parcial de la alzada de la aseguradora demandada, la Sala se abstendrá de condenarla en costas (núm.2, art.365 del C.G.P), lo mismo ocurrirá frente a la parte actora respecto a la aseguradora, no obstante, habrá que condenar en costas a la demandante a favor del demandado BANCO AV VILLAS, frente al cual no prosperaron los reparos.

III. DECISIÓN.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Santiago de Cali, en Sala Civil de Decisión, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

IV. RESUELVE.

1. *Adicionar el numeral segundo de la sentencia apelada para indicar el saldo insoluto del crédito que deberá pagar la COMPAÑÍA DE SEGUROS AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. es de \$167.641.809,00.*

Igualmente ordenar el pago de los intereses moratorios comerciales sobre la anterior suma, desde que cobre ejecutoria la presente decisión y hasta cuando se produzca el pago.

2. *Adicionar y modificar el numeral tercero, para precisar los valores de los pagos realizados por la parte actora desde el 2 de agosto de 2018 según el extracto del crédito remitido por el banco, el cual quedará así:*

*"...una vez satisfecha la orden anterior, se ordena a la COMPAÑÍA DE SEGUROS AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., a reembolsar a favor de la señora DIANA MARIA LIBREROS VELEZ los pagos realizados con sus propios recursos a partir del día 02 de agosto de 2018 inclusive, al crédito hipotecario no. 2360441, **debidamente indexados desde la fecha de pago de cada uno, valores que a continuación se relacionan:***

FECHA DE PAGO	VALOR TOTAL PAGADO	VALOR INDEXADO
2/08/2018	\$ 2.176.673,00	\$2.967.771,98
2/08/2018	\$ 8,00	\$10,90
2018/09/04	\$ 2.180.000,00	\$2.972.308,16
5/09/2018	\$ 16,24	\$22,10
2/10/2018	\$ 2.197.000,00	\$2.986.764,03

8/11/2018	\$	2.191.275,00	\$2.975.694,31
9/11/2018	\$	2.200.060,00	\$2.987.624,11
3/12/2018	\$	226,39	\$306,50
25/09/2019	\$	3.050.893,00	\$4.000.197,39
25/09/2019	\$	2.544.365,00	\$3.336.060,21
25/09/2019	\$	2.536.196,00	\$3.325.349,37
25/09/2019	\$	2.527.740,00	\$3.314.262,24
25/09/2019	\$	40.806,00	\$53.503,04
10/10/2019	\$	2.200.000,00	\$2.879.802,77
29/11/2019	\$	2.200.000,00	\$2.876.743,29
3/12/2019	\$	2.966.835,00	\$3.869.747,50
3/12/2019	\$	2.430.291,00	\$3.169.914,24
3/12/2019	\$	2.568.246,00	\$3.349.853,51
3/12/2019	\$	2.494.851,00	\$3.254.122,13
3/12/2019	\$	2.485.560,00	\$3.242.003,55
3/12/2019	\$	2.476.607,00	\$3.230.325,84
3/12/2019	\$	2,61	\$3,40
23/12/2019	\$	2.256.365,00	\$2.943.056,43
23/12/2019	\$	3.635,00	\$4.741,25
22/01/2020	\$	2.247.919,00	\$2.919.663,79
22/01/2020	\$	12.081,00	\$15.691,16
2/03/2020	\$	2.226.000,00	\$2.855.852,74
5/03/2020	\$	34,00	\$43,62
3/06/2020	\$	2.258.893,00	\$2.913.513,61
3/06/2020	\$	2.265.107,00	\$2.921.528,41
30/06/2020	\$	2.266.390,00	\$2.923.183,22
30/06/2020	\$	730,00	\$941,55
22/07/2020	\$	2.260.203,00	\$2.915.203,24
22/07/2020	\$	3.797,00	\$4.897,35
31/08/2020	\$	2.264.000,00	\$2.920.378,81
1/10/2020	\$	2.384.649,00	\$3.068.113,92
1/10/2020	\$	351,00	\$451,60
29/10/2020	\$	2.324.600,00	\$2.990.854,26
29/10/2020	\$	1.352,00	\$1.739,49
1/12/2020	\$	2.324.299,00	\$2.983.379,23
1/12/2020	\$	701,00	\$899,77
21/12/2020	\$	2.320.986,00	\$2.979.126,80
21/12/2020	\$	5.014,00	\$6.435,77
8/02/2021	\$	2.323.130,00	\$2.951.103,12
8/02/2021	\$	7,87	\$9,99
2/03/2021	\$	2.317.200,00	\$2.928.731,40
2/03/2021	\$	13,80	\$17,44
5/04/2021	\$	2.310.910,00	\$2.903.434,53
5/04/2021	\$	20,09	\$25,24
3/05/2021	\$	2.304.299,00	\$2.866.400,60
3/05/2021	\$	1,00	\$1,24
2/06/2021	\$	2.324.188,00	\$2.892.735,92
2/06/2021	\$	812,00	\$1.010,63

1/07/2021	\$ 2.322.722,00	\$2.614.727,96
1/07/2021	\$ 378,00	\$425,52
30/07/2021	\$ 2.322.213,00	\$2.614.154,97
30/07/2021	\$ 1,79	\$2,01
2/09/2021	\$ 2.322.068,00	\$2.857.004,60
2/09/2021	\$ 1.932,00	\$2.377,07
30/09/2021	\$ 2.320.936,00	\$2.855.611,82
30/09/2021	\$ 669,00	\$823,11
2/11/2021	\$ 2.322.552,00	\$2.843.131,24
2/11/2021	\$ 1,00	\$1,22
29/11/2021	\$ 2.321.911,00	\$2.842.346,57
29/11/2021	\$ 993,00	\$1.215,57
29/12/2021	\$ 2.322.236,00	\$2.822.076,40
29/12/2021	\$ 1,28	\$1,55
9/02/2022	\$ 2.323.000,00	\$2.732.264,53
3/03/2022	\$ 2.328.000,00	\$2.711.060,73
5/04/2022	\$ 2.325.625,00	\$2.674.933,05
5/04/2022	\$ 2.375,00	\$2.731,72
2/05/2022	\$ 2.320.796,00	\$2.647.115,17
17/06/2022	\$ 2.329.004,00	\$2.642.895,41
17/06/2022	\$ 6.996,00	\$7.938,88
27/07/2022	\$ 2.313.600,00	\$2.604.459,17
22/08/2022	\$ 2.336.000,00	\$2.603.053,83
29/09/2022	\$ 2.338.320,00	\$2.581.628,84
29/09/2022	\$ 7,68	\$8,47
8/10/2022	\$ 2.316.813,00	\$2.539.659,23
8/10/2022	\$ 9.087,00	\$9.961,04
9/12/2022	\$ 2.326.247,00	\$2.499.012,79
9/12/2022	\$ 2.318.753,00	\$2.490.962,22
2/01/2023	\$ 2.329.199,00	\$2.458.487,98
1/02/2023	\$ 2.322.157,00	\$2.411.018,68
1/02/2023	\$ 7,04	\$7,30
2/03/2023	\$ 2.314.949,00	\$2.378.545,53
2/03/2023	\$ 68,00	\$69,86
3/04/2023	\$ 2.315.017,00	\$2.360.166,80
2/05/2023	\$ 2.328.118,00	\$2.363.202,10
2/06/2023	\$ 2.321.018,00	\$2.348.950,72
4/07/2023	\$ 2.320.653,00	\$2.336.877,72
4/07/2023	\$ 365,00	\$367,55
	\$ 136.403.454,78	\$169.564.835,63

(fecha y monto del pago tomados del dto.032Anexo2 20230718- Pagos, Cdo. Tribunal)

Se advierte que la condena **no queda supeditada al monto asegurado en la póliza**, como quedó explicado a lo largo de este proveído.

Adicionalmente, frente a las anteriores sumas de dinero debidamente indexadas, se niegan los intereses moratorios que trata el artículo 1080 del C.Co., como quedó expuesto.

3. Revocar el numeral cuarto de la decisión objeto de apelación, para en su lugar negar el daño moral solicitado por la parte actora; y adicionar, que se deniegan los perjuicios extrapatrimoniales de daño a la vida de relación y a los planes de vida.

4. Revocar el numeral séptimo de la sentencia apelada, para en su lugar negar el perjuicio por pago de la conciliación prejudicial.

5. Sin condena en costas para la aseguradora apelante ante la prosperidad parcial de su recurso de alzada.

6. Condenar en costas a la parte demandante, se fijan por concepto de agencias en derecho la suma 1 smlmv, a favor del BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A.

Sin condena en costas para la demandante a favor de la aseguradora demandada ante la prosperidad parcial de su recurso de alzada.

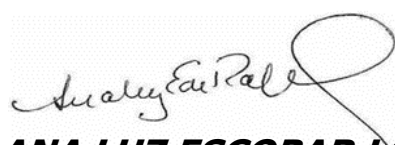
7. Devuélvase el expediente al Juez de conocimiento para lo de su cargo.

Notifíquese y cúmplase.

Los Magistrados,



CÉSAR EVARISTO LEÓN VERGARA



ANA LUZ ESCOBAR LOZANO



JORGE JARAMILLO VILLARREAL

Esta decisión fue enviada por medios virtuales por el Magistrado Ponente a los demás integrantes de la Sala y aprobada por ellos en igual forma.