

Señores

**JUZGADO SEGUNDO (2°) CIVIL MUNICIPAL DE VALLEDUPAR**

E. S. D.

**REFERENCIA:** VERBAL

**RADICACIÓN:** 20001-40-03-002-2023-00424-00

**DEMANDANTE:** EDUARDO CHARRYS ORTIZ

**DEMANDADO:** ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

**ASUNTO:** CONTESTACIÓN DE REFORMA DE LA DEMANDA

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi calidad de apoderado de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**, entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida al Control y Vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, conforme al poder adjunto. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, comedidamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA REFORMA DE LA DEMANDA** formulada por el señor Eduardo Charrys Ortiz, en contra de la compañía que represento, manifestando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

### **CAPITULO I**

### **CONTESTACIÓN A LA REFORMA DE LA DEMANDA**

#### **I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA REFORMA DE LA DEMANDA**

**Frente al hecho Primero:** Si bien es cierta la existencia de la obligación identificada con el No. 105791549 a cargo del señor Eduardo Charrys Ortiz con el Banco GNB Sudameris, el Honorable Despacho no puede perder de vista que la entidad bancaria es una persona jurídica diferente a mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Por esta razón, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al hecho Segundo:** No es cierto en la forma en que fue expuesto por el extremo actor en su libelo, pues contrario a lo señalado y como consta en la documental que reposa en el expediente, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., frente a la causa que nos ocupa expidió únicamente el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No.

994000000003, cuyo tomador es el Banco GNB Sudameris y asegurado el señor Eduardo Charrys Ortiz, con una vigencia comprendida desde el 01 de octubre de 2020 y hasta el 30 de septiembre de 2022. A través de dicho contrato se amparó el riesgo de *vida básico*, dentro del cual se consagra, la muerte, la incapacidad total y permanente, entre otros. No obstante, desde este momento se hace necesario advertir que el seguro no puede hacerse efectivo, pues indiscutiblemente se configura la nulidad del contrato de seguro por la reticencia con la que el asegurado declaró su estado de salud al momento previo a la inclusión en el seguro.

Conforme con lo anterior, al momento de la suscripción del contrato de seguro, de manera libre, voluntaria y en total uso de sus facultades, el señor Eduardo Charrys Ortiz cuando solicitó su aseguramiento, diligenció cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. Sin embargo, pese a la claridad de las preguntas, el asegurada no manifestó sus preexistencias, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas omisivas o negativas constituían una falta a la verdad. Es decir que, a pesar de que el señor Charrys Ortiz, conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 01 de noviembre de 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de las patologías, descritas en la historia clínica e informe de evaluación neuropsicológica, consistentes en: **(i)** Hipertensión Arterial desde el año 2013; **(ii)** Infarto agudo al miocardio desde 2015, y **(iii)** Cardiopatía isquémica desde el año 2015.

Como soporte de lo expuesto, se tiene la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas omisivas que faltan a la verdad, diligenciada por el asegurado, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD			
Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con la siguiente?			
Accidente cerebro vascular	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	S <input checked="" type="checkbox"/> NO
Cancer / Tumores	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	S <input checked="" type="checkbox"/> NO
Infección por VIH	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	S <input checked="" type="checkbox"/> NO
Diabetes mellitus	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	S <input checked="" type="checkbox"/> NO
Hipotiroidismo	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	S <input checked="" type="checkbox"/> NO
Ceguera	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	S <input checked="" type="checkbox"/> NO
Amputaciones de causa traumática	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	S <input checked="" type="checkbox"/> NO
Insuficiencia renal	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	S <input checked="" type="checkbox"/> NO
Cardíacas y vasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos, cirugía de corazón abierto, colocación de stent y/u otros)			S <input checked="" type="checkbox"/> NO
Mentales: (Neurosis, ansiedad, depresión, demencia, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia controlada y/u otros)			S <input checked="" type="checkbox"/> NO
Solo para mujeres: ¿Está embarazada actualmente?			S <input checked="" type="checkbox"/> NO
Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? ¿Cual?			S <input checked="" type="checkbox"/> NO
¿El cliente requiere remisión médica?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	
Si su respuesta es "SI", indique:	<input type="checkbox"/> Por edad y monto	<input type="checkbox"/> Por enfermedad declarada	<input type="checkbox"/> Por extraprima (Supera monto y plazo)
En caso de "No", indique:	<input type="checkbox"/> Cláusula hipertensión (Hasta 30 millones)	<input type="checkbox"/> Enfermedad con extraprima automática (hasta 55 millones)	<input type="checkbox"/> Buen estado de salud

**Documento:** Declaración de Asegurabilidad del 01 de noviembre de 2018.

**FIRMA Y HUELLA**

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresadamente lo siguiente:

1. Tanto mis actividades como mi profesión u oficio declaradas en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico aficiones que afecten mi integridad. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguro no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal Colombiano.
2. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por tanto la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del código de comercio y en el artículo 10 de la Ley 1712 de 2014.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los 1 días del mes de noviembre del año 2018 en la ciudad de Bogotá.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA  
Firma Autorizada

FIRMA SOLICITANTE  
C.C. 7471687

HUELLA INDICE DERECHO

ASEGURADORA

**Documento:** Declaración de Asegurabilidad del 01 de noviembre de 2018.

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Eduardo Charrys Ortiz respondió de forma omisiva y faltando a la verdad, las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, se dio lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Todo esto debido a que el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar este, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, a pesar de que el ahora demandante conocía de sus padecimientos de salud, intervenciones quirúrgicas y antecedentes familiares con anterioridad al 01 de noviembre de 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la compañía aseguradora que se encontraba asegurándolo.

En resumen, el señor Charrys Ortiz fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 99400000003. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que el asegurado omitió informar al momento de su inclusión en dicho contrato son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido la *“hipertensión arterial desde el año 2013 con Infarto Agudo al Miocardio y Cardiopatía Isquémica para el año 2015 (...)”*, al igual que *“HERNIORAFIA INGUINAL IZQ. RESECCIÓN DE QUISTE TESTICULAR”* con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En este sentido, basta con examinar las anotaciones incluidas en la historia clínica del demandante, para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

**Frente al hecho Tercero:** No es cierto en la forma en que fue expuesto por el extremo actor en su libelo, pues si bien, la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000003 contempla dentro de sus amparos el de Incapacidad Total y Permanente, no es cierto que el valor asegurado corresponda a un monto fijo de \$350.000.000, contrario a esto, el valor asegurado en cualquier momento de la vigencia corresponderá al saldo insoluto de la deuda, conforme con lo consignado en la caratula del contrato de seguro.

5. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado para cada deudor será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito.

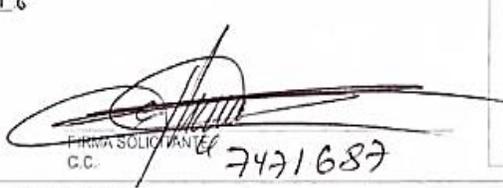
El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de la Aseguradora seleccionada.

**Documento:** Aparte Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003

Aunado a lo anterior, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que para el 01 de noviembre de 2018, fecha en la cual el señor Eduardo Charrys Ortiz solicitó su aseguramiento, hizo una declaración (declaración de asegurabilidad) que contenía diecinueve (19) manifestaciones que buscaban determinar el real estado de salud del demandante en el momento del aseguramiento. Se recalca que estas manifestaciones fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las dichas manifestaciones, el asegurado declaró que no padecía de ninguna enfermedad, no tenía antecedentes y no se encontraba en tratamiento por ninguna causa, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas manifestaciones constituían una falta a la verdad, para su estado de salud. Es decir, a pesar de que el señor Charrys Ortiz conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de noviembre de 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de Hipertensión Arterial, Infarto agudo al miocardio y Cardiopatía isquémica. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian la falta de verdad del Asegurado, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD			
Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?			\$ NO
Accidente cerebro vascular	SI	NO	\$ NO
Cáncer / Tumores	SI	NO	\$ NO
Infección por VIH	SI	NO	\$ NO
Diabetes mellitus	SI	NO	\$ NO
Hipotiroidismo	SI	NO	\$ NO
Ceguera	SI	NO	\$ NO
Amputaciones de causa traumática	SI	NO	\$ NO
Insuficiencia renal			\$ NO
Cardíacas y vasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos, cirugía de corazón abierto, colocación de stent y/u otros)			\$ NO
Mentales: (Neurosis, ansiedad, depresión, demencia, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia controlada y/u otros)			\$ NO
Solo para mujeres: ¿Está embarazada actualmente?			\$ NO
Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? ¿Cuál?			\$ NO
¿El cliente requiere remisión médica? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
Si su respuesta es "SI", indique: <input type="checkbox"/> Por edad y monto <input type="checkbox"/> Por enfermedad declarada <input type="checkbox"/> Por extraprima (Supera monto y plazo)			
En caso de "No", indique: <input type="checkbox"/> Cláusula hipertensión (Hasta 30 millones) <input type="checkbox"/> Enfermedad con extraprima automática (hasta 55 millones) <input type="checkbox"/> Buen estado de salud			

**Documento:** Declaración de Asegurabilidad del 01 de noviembre de 2018.

FIRMA Y HUELLA	
Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:	
1. Tanto mis actividades como mi profesión u oficio declaradas en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico adiciones que afecten mi integridad. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguro no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal Colombiano.	
2. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por tanto la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los artículos 1068 y 1158 del código de comercio o en la cláusula de productividad de esta póliza.	
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento	
a los <u>1</u> días del mes de <u>NOVIEMBRE</u> del año <u>2018</u> en la ciudad de <u>BARRANQUILLA</u>	
 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA Firma Autorizada	 FIRMA SOLICITANTE C.C. <u>7421687</u> ASEGURADORA
	 HUELLA INDICE DERECHO

**Documento:** Declaración de Asegurabilidad del 01 de noviembre de 2018.

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Eduardo Charrys Ortiz faltó a la verdad al aseverar que las manifestaciones consignadas en la declaración de asegurabilidad correspondían a su estado de salud. En este sentido y como se expondrá a continuación, tal conducta constituye una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que el Asegurado (Q.E.P.D.) había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

Es decir, a pesar de que el señor Eduardo Charrys Ortiz conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de julio del año 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo, aún y

cuando la enfermedades padecidas constituyen patologías que de acuerdo con lo establecido en el condicionado general de la póliza se encuentran gravadas con extraprima. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Hipertensión Arterial, el Infarto agudo al miocardio y la Cardiopatía isquémica del demandante con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

**Frente al hecho Cuarto:** No me consta lo afirmado por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., que no tienen relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

No obstante, desde este momento es importante manifestar como se expondrá más adelante que conforme con lo consignado en la documental alegada, la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003 expedida por mi representada, no podrá resultar afectada puesto que en este caso se encuentra patente la falta de cobertura material del contrato de seguro, al encontrarnos frente a un riesgo expresamente excluido de cobertura, como quiera que se configuró la exclusión de *“Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora”*, ante la conducta reticente del señor Eduardo Charrys Ortiz al momento del diligenciamiento y suscripción de la declaración de asegurabilidad contenida en la Solicitud Individual para Seguro de Vida Grupo Deudores del 01 de noviembre de 2018.

En el mismo sentido, se deja patente que la mencionada ausencia de cobertura material respecto al contrato de seguro también se encuentra sustentada en la carencia de Dictamen expedido por las entidades autorizadas conforme a las pólizas adquiridas, pues contractualmente se estipuló que para afectar el amparo de Incapacidad Total y Permanente del asegurado, era requisito sine qua non el aporte de Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral mayor al 50% emitida por autoridad competente, sin embargo, en el presente caso se allegó documental expedida por la CLINICA GENERAL DEL NORTE, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas en las condiciones del seguro, por tal motivo es improcedente afectar la Póliza Vida Grupo Deudores.

**Frente al hecho Quinto:** No es cierto en la forma en que fue expuesto por el extremo actor en su libelo. Lo anterior por cuanto si bien de la documental allegada se identifica un documento denominado *“FORMATO PARA EL DICTAMEN MEDICO LABORAL DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL O DEL ESTADO DE INVALIDEZ PARA LOS EDUCADORES AFILIADOS AL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO”* con fecha de valoración del 23 de diciembre de 2021, no puedo incurrirse en error al predicar que con este hecho se configuró el siniestro conforme con lo referido en el artículo 1077 del Código de Comercio, puesto que, como se

ha indicado en precedencia, el demandante fue reticente al momento en que suscribió la declaración de asegurabilidad bajo la gravedad de juramento el 01 de noviembre de 2018, marcando negativamente las diecinueve (19) manifestaciones que buscaban determinar el real estado de salud del demandante en el momento del aseguramiento. Lo que deviene en la inminente nulidad del contrato de seguro, y en el mismo sentido la procedencia de la exclusión contenida en el condicionado general y particular de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000003. Por consiguiente, no se ha demostrado la afectación del amparo por incapacidad total y permanente, al evidenciar que no se encuentran los elementos materiales probatorios que soporten la calificación realizada.

**Frente al hecho Sexto:** No me consta lo afirmado por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., que no tienen relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

No obstante, se pone de presente en este momento que efectivamente por parte de mi prohijada el día 09 de febrero de 2020, se remitió respuesta completa y de fondo a la petición elevada por parte de BANCO GNB SUDAMERIS S.A., objetando la solicitud presentada y declinando el pago de a indemnización ante la ausencia de materialización del riesgo asegurado. Motivo por el cual no me pronunciaré de fondo frente a la citación realizada en el líbello, toda vez que consiste en una transcripción literal parcial de las manifestaciones efectuadas que se constatan en la documental que reposa en el expediente.

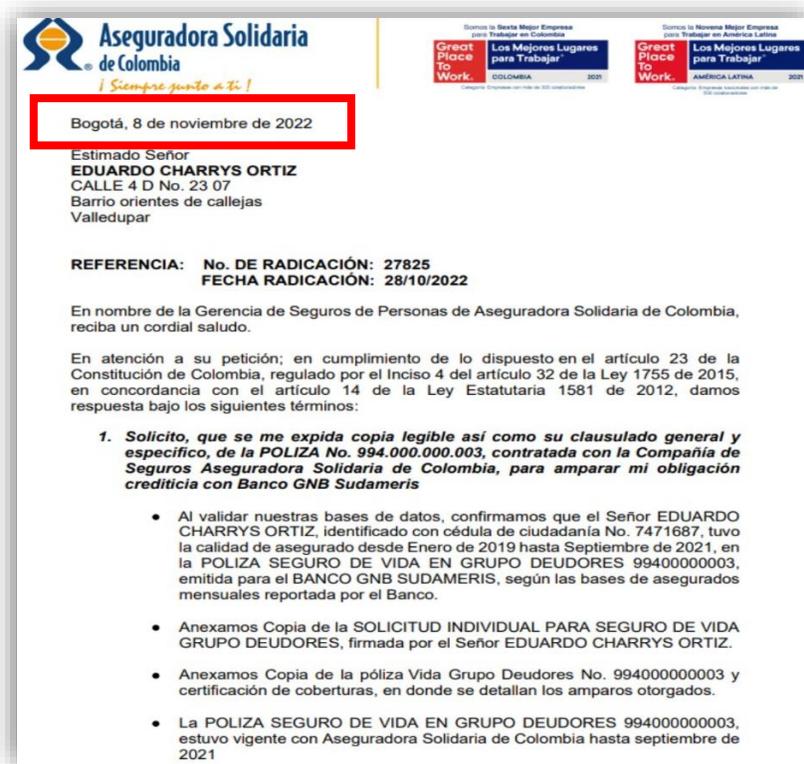
**Frente al hecho Séptimo:** No es cierto en la forma en que fue expuesto por el extremo actor en su líbello. En este punto es importante poner en conocimiento del Despacho que con posterioridad a la solicitud impetrada por la entidad bancaria, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. recibió solicitud por parte del señor Eduardo Charryz Ortiz, frente a la cual se dio respuesta total y de fondo a la petición, la cual consistía en:

*“1. Solicito, que se me expida copia legible así como su clausulado general y específico de la PÓLIZA No. 994.000.000.003 contratada con la Compañía de Seguros Aseguradora Solidaria de Colombia, para amparar mi obligación crediticia con Banco GNB Sudameris.*

*2. Solicito, que se me expida certificación en la conste, el valor que se cancela como prima de seguros de la póliza no. 994.000.000.003 contratada con la Compañía de Seguros Aseguradora Solidaria de Colombia, para amparar mi obligación crediticia con Banco GNB Sudameris y su periodicidad de pago.*

3. Solicito que se certifique, monto inicial del crédito que adquirí con el Banco GNB Sudameris, cuántas cuotas y porque valor he cancelado hasta la fecha, saldo actual del crédito.”

De cara con lo anterior, mi representada remitió respuesta a cada uno de los puntos contenidos en su solicitud, pues, sobre el primer punto se remitió copia de la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003 y certificación de coberturas, en donde se detallan los amparos otorgados, al igual que el Clausulado general y particular. Ahora bien, en relación con la segunda y tercera petición del accionante, mi representada manifestó no tener competencia para dar respuesta, puesto que la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. es un vehículo societario totalmente distinto al Banco GNB Sudameris SA, quien es el competente para tramitar las solicitudes incoadas por el gestor, puesto que, la entidad legitimada a fin de atender la petición de remisión de las certificaciones donde conste el valor de la prima del seguro junto con su periodicidad de pago y monto inicial del crédito junto con las cuotas, el valor que se ha cancelado hasta la fecha y el saldo actual del crédito es Banco GNB Sudameris.



**Documento:** Respuesta derecho de petición del 08 de noviembre de 2022.

**Frente al hecho Octavo:** Debe decirse que lo enunciado no es un hecho sino una serie de consideraciones subjetivas, sin sustento fáctico y/o probatorio alguno, realizadas por el apoderado de la parte demandante. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso y de esta forma el demandante debe probar sus dichos a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

**Frente al hecho Noveno:** Debe decirse que lo enunciado no es un hecho sino una serie de consideraciones subjetivas, sin sustento fáctico y/o probatorio alguno, realizadas por el apoderado de la parte demandante. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso y de esta forma el demandante debe probar sus dichos a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

**Frente al hecho Décimo:** No me consta lo afirmado por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., que no tienen relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al hecho Décimo Primero:** No es cierto en la forma en que fue expuesto por el extremo actor en su libelo, puesto que, de la revisión realizada a la documental allegada por el extremo actor, es posible concluir que si bien la solicitud de conciliación se radicó el día 07 de julio de 2023 ante el Centro de Conciliación de la Fundación PAZ PACIFICO, la audiencia para la cual se convocó a la compañía Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., se adelantó el día 14 de julio de 2023 a las 16:30. Obteniendo como resultado la expedición de constancia de no acuerdo.

## CAPÍTULO II

### PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS Y DE CONDENA DE LA REFORMA A LA DEMANDA

**ME OPONGO A LA TOTALIDAD** de las pretensiones incoadas por el demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que en este caso, **(i)** el aseguramiento del señor Eduardo Charrys Ortiz debe ser declarado nulo en aplicación de lo preceptuado en el artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia con la que este último suscribió la solicitud individual para seguro de vida grupo deudores, dentro de la cual se encuentra la declaración de asegurabilidad. Asimismo, **(ii)** existe una falta de cobertura material al estar ante un riesgo expresamente excluido dentro del amparo de Incapacidad Temporal y Permanente, y **(iii)** El demandante omitió las cargas dispuestas en el artículo 1077 del C.Co., ante el incumplimiento de su deber probatorio respecto a la práctica de valoración de incapacidad por parte de las entidades debidamente autorizadas y convenidas a través de contrato de seguro.

#### I. DECLARATIVAS

**Oposición frente a la pretensión Primera:** **ME OPONGO** a la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., pues si bien, no hay duda sobre la existencia del contrato

de seguro, el mismo no podrá hacerse efectivo, toda vez que la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003 suscrita por el señor Eduardo Charrys Ortiz. Lo anterior como quiera que para el caso que nos ocupa se encuentra configurado:

- (i) **Nulidad del contrato de seguro:** No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro materializado en la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003, como quiera que el señor Eduardo Charrys Ortiz fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente su verdadero estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de *Hipertensión Arterial, el Infarto agudo al miocardio y la Cardiopatía isquémica*. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que el asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro el 01 de noviembre de 2018, siendo supremamente relevantes para el asegurador para la gestión del riesgo a través de aplicación de extra prima e incluso la decisión de no suscribir el contrato. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos mencionados con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado, y en consecuencia el aseguramiento del señor Eduardo Charry Ortiz debe seguir su misma suerte, por cuanto fue reticente al negar todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en la declaración de asegurabilidad se le preguntó expresamente al demandante a través de diecinueve (19) oportunidades para suscribir de manera íntegra y transparente si sufre o ha sufrido enfermedades descritas en el cuestionario, o se encuentra en tratamiento frente a aquellas u otro síntoma o antecedente, dentro de los cual se recalca “(...) **Cáncer / Tumores (...)** **Hipertensión arterial (...)** **Cardiacas y vasculares** (enfermedad coronaria, **infarto agudo de miocardio**, taquicardia y /o arritmias, bloqueos cardiacos, cirugía de corazón abierto, colocación de stent y/u otros) (...) **Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? ¿Cuál?**” (Subrayado y negrilla fuera del texto).

- (ii) **Falta de cobertura material ante la configuración de exclusión para el amparo de Incapacidad Total y Permanente:** Como se ha indicado en precedencia y se desarrollará más adelante, para el presente caso se presentó la falta de cobertura material del contrato de seguro materializado en la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003 ante la materialización de la exclusión dispuesta en el contrato que es ley para las partes, aplicable al amparo que pretende se afecte y ha sido consagrado como el de Incapacidad Total y Permanente, esto es “*Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la*

póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la aseguradora” como ocurrió en este caso, pues como ha resultado probado, el demandante no solamente fue reticente al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, sino que, no permitió que la aseguradora aceptara el verdadero riesgo a amparar, sobre el cual evidentemente se hubieren pactado condiciones onerosas conforme con las tablas de extra prima o incluso, retraerse de la celebración del contrato asegurativo.

- (iii) **Inexistencia de obligación de indemnizar por incumplimiento de las cargas del artículo 1077 del código de comercio:** Para el caso que nos ocupa, debe enunciarse que pese a que se trata de una condición sine qua non para el reconocimiento de la indemnización por este tipo de amparos, el ahora demandante no aportó a la presente acción un dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por alguna entidad autorizada y reconocida para tal fin como, EPS, ARL, AFP, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, o mediante Acta de Junta Médica Laboral Militar y/o de Policía. Situación que en este caso no se probó y que en adición soporta la ausencia de demostración de la ocurrencia del siniestro para la afectación del amparo por Incapacidad Total y Permanente.

**Oposición frente a la pretensión Segunda: ME OPONGO** a la prosperidad de la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable declarar el incumplimiento contractual a cargo de la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., por las siguientes razones:

- (i) **Nulidad del contrato de seguro:** No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro materializado en la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003, como quiera que el señor Eduardo Charrys Ortiz fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente su verdadero estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de *Hipertensión Arterial, el Infarto agudo al miocardio y la Cardiopatía isquémica*. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que el asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro el 01 de noviembre de 2018, siendo supremamente relevantes para el asegurador para la gestión del riesgo a través de aplicación de extra prima e incluso la decisión de no suscribir el contrato. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos mencionados con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado, y en consecuencia el aseguramiento del señor Eduardo Charry Ortiz debe seguir su misma suerte, por cuanto fue reticente al negar todas sus patologías y

antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

- (ii) **Falta de cobertura material ante la configuración de exclusión para el amparo de Incapacidad Total y Permanente:** Como se ha indicado en precedencia y se desarrollará más adelante, para el presente caso se presentó la falta de cobertura material del contrato de seguro materializado en la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003 ante la materialización de la exclusión dispuesta en el contrato que es ley para las partes, aplicable al amparo que pretende se afecte y ha sido consagrado como el de Incapacidad Total y Permanente, esto es “*Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la aseguradora*” como ocurrió en este caso, pues como ha resultado probado, el demandante no solamente fue reticente al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, sino que, no permitió que la aseguradora aceptara el verdadero riesgo a amparar, sobre el cual evidentemente se hubieren pactado condiciones onerosas conforme con las tablas de extra prima o incluso, retraerse de la celebración del contrato asegurativo.
- (iii) **Inexistencia de obligación de indemnizar por incumplimiento de las cargas del artículo 1077 del código de comercio:** Para el caso que nos ocupa, debe enunciarse que pese a que se trata de una condición sine qua non para el reconocimiento de la indemnización por este tipo de amparos, el ahora demandante no aportó a la presente acción un dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por alguna entidad autorizada y reconocida para tal fin como, EPS, ARL, AFP, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, o mediante Acta de Junta Médica Laboral Militar y/o de Policía. Situación que en este caso no se probó y que en adición soporta la ausencia de demostración de la ocurrencia del siniestro para la afectación del amparo por Incapacidad Total y Permanente.

## II. **DE CONDENA**

**Oposición frente a la pretensión Primera: ME OPONGO** a la pretensión por cuanto es consecuencial a la principal y como aquella no es procedente, esta pretensión tampoco lo es, además porque en este caso no es jurídicamente viable imponer condena alguna respecto de la compañía de seguros, más aún cuando ha sido soportado, **(i)** el aseguramiento del señor Eduardo Charrys Ortiz debe ser declarado nulo en aplicación de lo preceptuado en el artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia con la que suscribió la solicitud individual para seguro de vida grupo deudores, **(ii)** existe una falta de cobertura material al estar ante un riesgo expresamente excluido dentro del amparo de Incapacidad Temporal y Permanente por omitir declarar las enfermedades o accidentes preexistentes al ingreso en la póliza, y **(iii)** No se soportaron las cargas dispuestas en el artículo 1077 del C.Co., ante la elaboración de Dictamen de Pérdida de

Capacidad Laboral por parte de un ente distinto a las personas jurídicas u organismos debidamente autorizados y convenidos a través de contrato de seguro.

**Oposición frente a la pretensión Segunda: ME OPONGO** a la pretensión por cuanto es consecuencial a la principal y como aquella no es procedente, esta pretensión tampoco lo es, además porque en este caso no es jurídicamente viable imponer condena alguna respecto de la compañía de seguros, más aún cuando ha sido soportado, **(i)** el aseguramiento del señor Eduardo Charrys Ortiz debe ser declarado nulo en aplicación de lo preceptuado en el artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia con la que suscribió la solicitud individual para seguro de vida grupo deudores, **(ii)** existe una falta de cobertura material al estar ante un riesgo expresamente excluido dentro del amparo de Incapacidad Temporal y Permanente por omitir declarar las enfermedades o accidentes preexistentes al ingreso en la póliza, y **(iii)** No se soportaron las cargas dispuestas en el artículo 1077 del C.Co., ante la elaboración de Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral por parte de un ente distinto a las personas jurídicas u organismos debidamente autorizados y convenidos a través de contrato de seguro.

En el mismo sentido, y en el evento improbable que por parte del honorable Despacho no sean valorados los argumentos de inviabilidad de afectación del contrato de seguro, se pone de presente que por parte del demandante no se ha acreditado la configuración del siniestro y mucho menos el presunto cumplimiento de sus obligaciones crediticias con la entidad Banco GNB Sudameris, incumplimiento las cargas probatorias que le asisten conforme con la acción invocada en contra de mi prohijada.

**Oposición frente a la pretensión Tercera: ME OPONGO** a la condena para el pago intereses moratorios por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores pretensiones y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente a Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. Sin perjuicio de lo anterior, es de precisar que para que sea procedente el reconocimiento de los intereses consagrados en el artículo 1080 del C.Co., es requisito imperativo que se presentara una reclamación en los términos del artículo 1077 del C.Co., es decir, se debe demostrar la realización del riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida. Ahora bien, en el caso de marras observamos que la solicitud de indemnización no cumple con los requisitos del artículo 1077 antes referido, es decir, no se hizo la reclamación en debida forma. En ese mismo sentido, la solicitud de indemnización no puede ser tenida en cuenta como reclamación, como quiera que la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003, se pactaron requisitos sine qua non para la procedencia del amparo de Incapacidad total y permanente por lo que, no se demostró la realización del riesgo asegurado. En adición, se soportó la reticencia del demandante y la configuración de exclusión que deviene en la falta de cobertura material del contrato de seguro. Así entonces, es claro que el extremo demandante no cumplió con las cargas contempladas en el artículo 1077 del C.Co., y por tal motivo no se podrá tener en cuenta el conteo de intereses por mora.

**Oposición frente a la pretensión Cuarta: ME OPONGO** a la condena en costas y agencias en derecho por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores

pretensiones y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada. Por el contrario, solicito se condene en costas y agencias en derecho al extremo actor.

### OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Objeto el juramento estimatorio presentado por el extremo demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso, oponiéndome enfáticamente frente al mismo, en atención a que la parte demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, puesto que no aportó prueba detallada del perjuicio cuya indemnización deprecia. De este modo, no resulta procedente lo solicitado respecto del reconocimiento y pago en favor de la parte Demandante de la obligación No. 105791549, por los argumentos que constituyen la improcedencia de la afectación del contrato de seguro que se describen a continuación:

**Nulidad del contrato de seguro:** No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro materializado en la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003, como quiera que el señor Eduardo Charrys Ortiz fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente su verdadero estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de *Hipertensión Arterial, el Infarto agudo al miocardio y la Cardiopatía isquémica*. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que el asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro el 01 de noviembre de 2018, siendo supremamente relevantes para el asegurador para la gestión del riesgo a través de aplicación de extra prima e incluso la decisión de no suscribir el contrato. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos mencionados con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado, y en consecuencia el aseguramiento del señor Eduardo Charry Ortiz debe seguir su misma suerte, por cuanto fue reticente al negar todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en la declaración de asegurabilidad se le preguntó expresamente al demandante a través de diecinueve (19) oportunidades para suscribir de manera íntegra y transparente si sufre o ha sufrido enfermedades descritas en el cuestionario, o se encuentra en tratamiento frente a aquellas u otro síntoma o antecedente, dentro de los cual se recalca "(...) **Cáncer / Tumores (...) Hipertensión arterial (...) Cardiacas y vasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, taquicardia y /o arritmias, bloqueos cardiacos, cirugía de corazón abierto, colocación de stent y/u otros) (...) Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? ¿Cuál?"**

**Falta de cobertura material ante la configuración de exclusión para el amparo de Incapacidad Total y Permanente:** Como se ha indicado en precedencia y se desarrollará más adelante, para el presente caso se presentó la falta de cobertura material del contrato de seguro materializado en la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003 ante la materialización de la exclusión dispuesta en el contrato que es ley para las partes, aplicable al amparo que pretende se afecte y ha sido consagrado como el de Incapacidad Total y Permanente, esto es “*Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la aseguradora*” como ocurrió en este caso, pues como ha resultado probado, el demandante no solamente fue reticente al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, sino que, no permitió que la aseguradora aceptara el verdadero riesgo a amparar, sobre el cual evidentemente se hubieren pactado condiciones onerosas conforme con las tablas de extra prima o incluso, retraerse de la celebración del contrato asegurativo.

**Inexistencia de obligación de indemnizar por incumplimiento de las cargas del artículo 1077 del código de comercio:** Para el caso que nos ocupa, debe enunciarse que pese a que se trata de una condición sine qua non para el reconocimiento de la indemnización por este tipo de amparos, el ahora demandante no aportó a la presente acción un dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por alguna entidad autorizada y reconocida para tal fin como, EPS, ARL, AFP, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, o mediante Acta de Junta Médica Laboral Militar y/o de Policía. Situación que en este caso no se probó y que en adición soporta la ausencia de demostración de la ocurrencia del siniestro para la afectación del amparo por Incapacidad Total y Permanente.

En conclusión, dado que en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio, el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Eduardo Charrys Ortiz debe declararse nulo, debido la actitud reticente de este durante el diligenciamiento de la Solicitud Individual para Seguro de Vida Grupo Deudores con el cual no solo negó sus patologías, sino que además omitió sus antecedentes quirúrgicos y familiares durante la etapa precontractual del perfeccionamiento de sus seguros.

### **CAPÍTULO III**

#### **EXCEPCIONES DE MÉRITO O FONDO FRENTE A LA REFORMA DE LA DEMANDA**

##### **1. FALTA DE COBERTURA MATERIAL POR TRATARSE DE UN DICTAMEN NO EXPEDIDO POR INSTITUCIÓN AUTORIZADA**

Es importante que el Honorable Despacho tenga en consideración que se encuentra patente la falta de cobertura material de la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003, al no aportarse Dictamen expedido por las entidades autorizadas conforme a las pólizas adquiridas, pues

contractualmente se estipulo que para afectar la cobertura de Incapacidad Total y Permanente del asegurado, se debía aportar calificación de pérdida de capacidad laboral mayor al 50% emitida por autoridad competente, sin embargo, en el presente caso se allega calificación emitida por la CLINICA GENERAL DEL NORTE, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas en las condiciones del seguro, por tal motivo es improcedente acceder a las pretensiones del extremo actor.

Es fundamental que el Honorable Despacho tome en consideración que en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la Compañía Aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio, puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado. Es de esta forma, como se explica que al suscribir el contrato de seguro respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos y no otorgar otros. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza:

*ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir **todos o algunos** de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.*

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

*“(...) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual **se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado**”.<sup>1</sup>*  
(Subrayado y negrilla fuera del texto”

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00

entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio, con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones en las cuales asumen los mismos. En este orden de ideas y como se ha venido exponiendo de forma transversal en el documento, no resulta jurídicamente admisible trasladar una eventual obligación indemnizatoria a mi poderdante, como quiera que la póliza no presta cobertura material. Lo anterior, aterrizado al caso concreto quiere decir que de la mera lectura de las condiciones de la póliza de seguro se entiende que allí se amparó el riesgo siempre que el asegurado allegara dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por autoridad competente, las cuales eran: EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de Calificación de Invalidez o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía, lo cual no ocurre en el caso en concreto, puesto que se aportó una calificación emitida por la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, entidad que no se encontraba autorizada conforme a lo contractualmente pactado, por lo que, la Aseguradora no podrá ser llamada a reconocer pago alguno con cargo a las pólizas objeto de litigio.

Ahora bien, es importante mencionar que lo anteriormente dicho fue puesto de presente a la aseguradora en el condicionado general de la póliza de seguro vida grupo, a saber:

Para todos los efectos del presente amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de ciento veinte (120) días, no haya sido provocada por el asegurado, y haya sido calificada con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Las incapacidades producidas por enfermedades o patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad. La incapacidad total y permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

**Documento: Aparte Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003**

En conclusión, se encuentra patente la falta de cobertura material de la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003, que amparó la obligación número 105791549. En virtud de que no se cumplen las condiciones pactadas contractualmente para que surja así la obligación condicional a cargo de mi representada, lo cual es totalmente válido en virtud del artículo 1056 del Código de Comercio el cual consagra la posibilidad de que, el asegurador a su arbitrio podrá asumir riesgos y establecer las condiciones para asumirlos, ahora bien, teniendo en cuenta que, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el señor Eduardo Charrys Ortiz no fue emitido por una entidad habilitada para ello, es claro que no mi representada no puede ser condenada, pues conforme a las condiciones de las pólizas, las instituciones autorizadas son: ARL, EPS, AFP, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente, por tal motivo es inviable afectar el contrato de seguro expedido por parte de mi procurada.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

**2. FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES AL ESTAR ANTE UN RIESGO EXPRESAMENTE EXCLUIDO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.**

Sobre el particular el Honorable Despacho deberá tener en cuenta que en este caso no podrá afectarse la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003 expedida por mi representada, puesto que en este caso se encuentra patente la falta de cobertura material del contrato de seguro, al encontrarnos frente a un riesgo expresamente excluido de cobertura. Lo anterior, como quiera que se configuró la exclusión de “*Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora*”, evento que para el caso en concreto se configuró con creces por medio de la conducta reticente del señor Eduardo Charrys Ortiz al momento del diligenciamiento y suscripción de la declaración de asegurabilidad contenida en la Solicitud Individual para Seguro de Vida Grupo Deudores del 01 de noviembre de 2018.

Ahora bien, es importante señalar que en materia de seguros, el asegurador según el Artículo 1056 del Código de Comercio podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Motivo por el cual, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. De modo que, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza de Seguro de Vida Grupo en sus Condiciones particulares señala una serie de exclusiones aplicables al amparo de Incapacidad Total y Permanente entre las cuales se encuentra configurada la exclusión contenida en el numeral 9.2.:

**EXCLUSIONES**

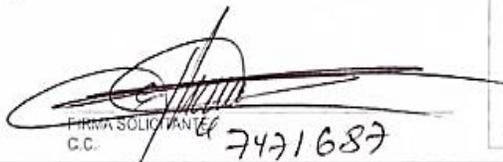
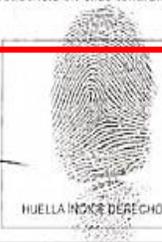
Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

**Documento: Aparte Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003**

Frente a lo anterior, debe decirse que antes de solicitar su vinculación al contrato de seguro vida grupo el señor Eduardo Charrys Ortiz padecía de **(i)** Hipertensión Arterial desde el año 2013; **(ii)** Infarto agudo al miocardio desde 2015, y **(iii)** Cardiopatía isquémica desde el año 2015. No obstante se tiene la citada declaración de asegurabilidad suscrita por el demandante el 01 de noviembre de 2018, en la que se evidencian las respuestas omisivas que faltan a la verdad, diligenciada por el asegurado:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD			
Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?			\$ NO
Accidente cerebrovascular	SI	NO	\$ NO
Cáncer / Tumores	SI	NO	\$ NO
Infección por VIH	SI	NO	\$ NO
Diabetes mellitus	SI	NO	\$ NO
Hipotiroidismo	SI	NO	\$ NO
Ceguera	SI	NO	\$ NO
Amputaciones de causa traumática	SI	NO	\$ NO
Insuficiencia renal	SI	NO	\$ NO
Cardíacas y vasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos, cirugía de corazón abierto, colocación de stent y/u otros)	SI	NO	\$ NO
Mentales: (Neurosis, ansiedad, depresión, demencia, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia controlada y/u otros)	SI	NO	\$ NO
Solo para mujeres: ¿Está embarazada actualmente?			\$ NO
Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? ¿Cual?			\$ NO
¿El cliente requiere remisión médica?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		
Si su respuesta es "Si", indique:	<input type="checkbox"/> Por edad y monto <input type="checkbox"/> Por enfermedad declarada <input type="checkbox"/> Por extraprima (Supera monto y plazo)		
En caso de "No", indique:	<input type="checkbox"/> Cláusula hipertensión (Hasta 30 millones) <input type="checkbox"/> Enfermedad con extraprima automática (hasta 55 millones) <input type="checkbox"/> Buen estado de salud		

**Documento:** Declaración de Asegurabilidad del 01 de noviembre de 2018.

FIRMA Y HUELLA	
Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:	
1. Tanto mis actividades como mi profesión u oficio declaradas en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico adiciones que afecten mi integridad. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguro no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal Colombiano.	
2. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por tanto la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del código de comercio o en la cláusula de irreductibilidad de esta póliza.	
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento	
a los <u>1</u> días del mes de <u>NOVIEMBRE</u> del año <u>2018</u> en la ciudad de <u>Bogotá</u>	
 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA Firma Autorizada	 FIRMA SOLICITANTE C.C. <u>7421687</u>
	 HUELLA ÍNDEX DERECHO
ASEGURADORA	

**Documento:** Declaración de Asegurabilidad del 01 de noviembre de 2018.

**Transcripción parte esencial:** "2. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por tanto la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del código de comercio o en la cláusula de irreductibilidad de esta póliza (...) Como constancia de haber entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento."

En conclusión, los hechos del presente proceso se enmarcan en la exclusión contenida en título “EXCLUSIONES” contenido en el numeral 9.2. de las condiciones generales y particulares de la póliza, en tanto la conducta del señor Eduardo Charrys Ortiz fue reticente al momento del diligenciamiento y suscripción de la declaración de asegurabilidad contenida en la Solicitud Individual para Seguro de Vida Grupo Deudores del 01 de noviembre de 2018, dentro de la cual omitió informar de buena fe el verdadero estado del riesgo, obviando sus diagnósticos de Hipertensión Arterial, Infarto agudo al miocardio, y Cardiopatía isquémica, entre otros. Los cuales se estructuraron en fechas previas al perfeccionamiento del contrato de seguro, lo que a grandes rasgos evidencia la falta de cobertura material de la póliza vida grupo al estar ante un riesgo expresamente excluido de amparo.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

### 3. FALTA DE ACREDITACIÓN DE LA OCURRENCIA DE SINIESTRO

No existe obligación indemnizatoria a cargo de la Compañía Aseguradora respecto de la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en estas, esto es, el fallecimiento de la asegurada o la incapacidad total y permanente calificada por institución autorizada conforme. Lo anterior en concordancia con las condiciones generales y particulares de las pólizas en cuestión.

Para efectos de fundamentar lo anteriormente mencionado, es importante traer al presente escrito lo preceptuado en el artículo 1072 del Código de Comercio, pues en este se define como siniestro:

*“ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.”* (Subrayado fuera del texto original)

Por otra parte, la Corte Constitucional<sup>2</sup> se ha pronunciado acerca del artículo citado en los siguientes términos:

*“En la generalidad de los contratos de seguros, la obligación contraída por el asegurador de pagar al asegurado o al beneficiario, según el caso, la prestación acordada, está sometida al cumplimiento de una condición suspensiva, cual es la ocurrencia del siniestro. De conformidad con el artículo 1072 del Código de Comercio, siniestro es la realización del riesgo asegurado. El riesgo es definido en el artículo 1054 como el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario y cuya realización da origen a la obligación del asegurador.”*  
(Subrayado y Negrita fuera de texto)

<sup>2</sup> Sentencia de la Corte Constitucional T-720 de 2013 del 17 de noviembre de 2013 Mp. Gabriel Eduardo Mendoza.

Así las cosas, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, por cuanto, cómo se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, la parte demandante no ha acreditado la realización del riesgo, pues, no aportó Dictamen de pérdida de capacidad laboral superior al 50% emitido por las entidades convenidas para ello, EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de Calificación de Invalidez o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía, lo cual no ocurre en el caso en concreto. Dicho de otra manera, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado, no se cumplió con la condición suspensiva necesaria para que surgiera la obligación indemnizatoria en cabeza de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.

En conclusión, al tenor del artículo 1072 del Código de Comercio no ha surgido la obligación condicional a cargo de la compañía aseguradora en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado, puesto que la parte actora no aportó dictamen de pérdida de capacidad laboral mayor al 50% emitido por las entidades autorizadas, lo que indica que el señor Charrys Ortiz no acreditó su estado de invalidez, por lo que no podrá surgir obligación a cargo de mi prohijada y de esta forma será improcedente afectarse los amparos de la póliza.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

#### **4. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.**

Es fundamental que desde ahora el Honorable Despacho tome en consideración que el asegurado Eduardo Charrys Ortiz, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la compañía aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, antecedentes familiares y hallazgos médicos, que definitivamente incidieron agravando el riesgo asegurado, quede haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento del contrato de seguro materializado en la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En términos generales, 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. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras, y, en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**”<sup>3</sup>. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

En el presente caso, como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando el asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. Verbi gracia, la Corte Constitucional, mediante sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que **(i)** la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y **(ii)** que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

*“Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo.*

*Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación.*

---

<sup>3</sup> BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

**En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro.** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De este modo, es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a duda, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

*“En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.*

*Pese a lo anterior, en los casos en los que la compañía aseguradora incurre **en error inducido por el asegurado**, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora**”.*  
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

*“Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las “declaraciones de asegurabilidad” de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001, **se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las***

**pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo.**

*Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”<sup>4</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del 03 de abril de 2017, el Magistrado Ponente Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, reiteró la tesis de la Corte Suprema de Justicia al explicar:

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”<sup>5</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, analizando lo siguiente:

*“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, **si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.***

<sup>4</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

<sup>5</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

*Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.*

*En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.*

*Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.<sup>6</sup>” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

No obstante, y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del C.Co. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador,** puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra,** es especial y distinta de*

---

6 Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01.

*la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte involucra toda una serie de elementos y entendimientos que deben ser tomados en cuenta en el momento de estudiar el fenómeno de la reticencia. Los elementos más representativos y dicentes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

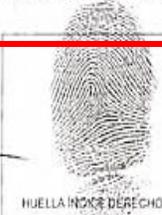
- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto, aduciendo que, el día 01 de noviembre de 2018, fecha en la cual el asegurado solicitó su aseguramiento ante la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido, otorgándole múltiples opciones y disponiendo de un espacio suficiente para que en caso de que ninguna de las opciones describiera sus patologías este de su

puño y letra diligenciara sus enfermedades. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor Eduardo Charry Ortiz respondió negativamente a la totalidad de las opciones, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que el señor Eduardo Charry Ortiz, conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de noviembre de 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del demandante. Documento que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD			
Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?			
Accidente cerebrovascular	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Cancer / Tumores	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades Hepáticas	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Infección por VIH	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Pulmones	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Hipertlipidemia	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Hipotiroidismo	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Coolesterol	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Ceguera	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Triglicéridos	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Amputaciones de causa traumática	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Insuficiencia renal			SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Cardíacas y vasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos, cirugía de corazón abierto, colocación de stent y/u otros)			SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Montales: (Neurosis, ansiedad, depresión, demencia, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia controlada y/u otros)			SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Solo para mujeres: ¿Está embarazada actualmente?			SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?			SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
¿Cuál?			
¿El cliente requiere remisión médica? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
Si su respuesta es "Si", indique: <input type="checkbox"/> Por edad y monto <input type="checkbox"/> Por enfermedad declarada <input type="checkbox"/> Por extraprima (Supera monto y plazo)			
En caso de "No", indique: <input type="checkbox"/> Cláusula hipertensión (Hasta 30 millones) <input type="checkbox"/> Enfermedad con extraprima automática (hasta 55 millones) <input type="checkbox"/> Buen estado de salud			

**Documento:** Declaración de Asegurabilidad del 01 de noviembre de 2018.

FIRMA Y HUELLA	
Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:	
1. Tanto mis actividades como mi profesión u oficio declaradas en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico aficiones que afecten mi integridad. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguro no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.	
2. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por tanto la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del código de comercio o en la cláusula de irreductibilidad de esta póliza.	
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento	
a los <u>1</u> días del mes de <u>NOVIEMBRE</u> del año <u>2018</u> en la ciudad de <u>BELLANZAGA</u>	
 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA Firma Autorizada	 FIRMA SOLICITANTE C.C. <u>7471687</u>
	 HUELLA INDICE DERECHO
ASEGURADORA	

**Documento:** Declaración de Asegurabilidad del 01 de noviembre de 2018.

**Transcripción parte esencial:** "2. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por tanto la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del código de comercio o en la cláusula de irreductibilidad de esta póliza (...) Como constancia de haber entendido y aceptado lo anterior,

*declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.”*

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Charry Ortiz declaró que no padecía de ninguna enfermedad, antecedente clínico o patología que requiriera tratamiento, y que su estado de salud era normal, lo cual es falso. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas omisiones constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el entonces asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el honorable Despacho tenga en cuenta que el asegurado no informó a mi representada que padecía de **(i)** Hipertensión Arterial desde el año 2013; **(ii)** Infarto agudo al miocardio desde 2015, y **(iii)** Cardiopatía isquémica desde el año 2015. Patologías sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador. A continuación, se muestran que estas enfermedades son anteriores a la fecha en que se celebró el certificado individual de seguro:

- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

**Resumen de historia clínica**

Paciente de 69 años, que asiste a la primera sesión evaluativa en compañía de esposa, quien manifiesta "tiene dificultades en memoria, no duerme, se ha descuidado en su presentación e higiene", en la actualidad se encuentra en incapacidad permanente, en proceso de inicio de estudio por medicina laboral. El paciente ingresa con actitud de receptividad, sin compromiso en marcha u otro aparente, aspecto general apropiado a la edad, orientado alopsíquica y autopsíquicamente, responde coherentemente. Refiere fallas en memoria, dificultades para retener información, "se me olvidan las cosas, soy rector de un Colegio", con inicio hace aproximadamente 2 a 3 años. Dentro de las conductas manifiestas en la actualidad la esposa menciona "olvidos sobre cosas resientes, pide créditos sin control, hambre sin control, toca mandarlo a bañarse, se pone la misma ropa, se molesta por momentos, pero no se muestra agresivo, finalmente sede, ha incrementado las descargas de orina". Ausencia de dificultades de memoria episódica o biográfica, no presenta desorientación espacial ni temporal.

Antecedentes Personales: Hipertensión  
Antecedentes familiares, Cáncer.

Resultados de Resonancia magnética: (2021-08-09) Cambio de señal multifocal de la sustancia blanca bifrontoparietal, sugestivo de encefalopatía aterosclerótica subcortical. Correlacionar con antecedentes. - Dolicoectasia vértebro-basilar. - Cambios involutivos del parénquima encefálico.

**Documento:** Historia Clínica del señor Eduardo Charrys Ortiz. Informe evaluación neuropsicológica. Rehabilitación Integral y Medicina Especializada RIMED.

**Transcripción parte esencial:** "Antecedentes Personales: Hipertensión (...)  
Antecedentes familiares, Cáncer (...)"

Partiendo de los resultados de la evaluación realizadas, se determina que Eduardo Charrys Ortiz presenta según el CIE 10. F01.2 Demencia vascular subcortical, lo anterior bajo el cumplimiento de criterior como: a) antecedentes de hipertensión arterial b) hallazgos de la RM sobre afectación en zonas profundas de la sustancia blanca (Cambio de senal multifocal de la sustancia blanca bifrontoparietal, sugestivo de encefalopatía aterosclerótica subcortical. Correlacionar con antecedentes. - Dolicoectasia vértebro-basilar. - Cambios involutivos del parénquima encefálico) c) cumplimiento de criterios de demencia vascular, incluyendo la

**Documento:** Historia Clínica del señor Eduardo Charrys Ortiz. Informe evaluación neuropsicológica. Rehabilitación Integral y Medicina Especializada RIMED.

**Transcripción parte esencial:** "(...) antecedentes de hipertensión (...)"

**ANTECEDENTES PERSONALES**

REVISION POR SISTEMAS.: NICTURIA ANTECEDENTES PERSONALES: HTA LOSARTAN ASA AMLODIPINO QX HERNIORRAFIA INGUINAL IZQ, RESECCION DE QUISTE TESTICULAR, ALERGIAS NIEGA, TRAUMA NIEGA, TOXICO NIEGA

**Documento:** Historia Clínica del señor Eduardo Charrys Ortiz. Caja de Compensación Familiar de la Guajira (COMFAGUAJIRA).

**Transcripción parte esencial:** "(...) HTA LOSARTAN (...)"

II. ANTECEDENTES		
ANTECEDENTES PERSONALES	Patologicos	HIPERTENSION ARTERIAL
ANTECEDENTES PERSONALES	Otros	LOSARTAN TAB 100 1 TAB CADA 12 HORAS AMLODIPINO TAB 10 MG 1 TAB CADA 12 HORAS

**Documento:** Historia Clínica Ambulatoria del señor Eduardo Charrys Ortiz. Unidad Ambulatoria Riohacha.

**Transcripción parte esencial:** "(...) ANTECEDENTES PERSONALES (...) Patológicos (...) HIPERTENSIÓN ARTERIAL (...) ANTECEDENTES PERSONALES (...) Otros (...) LOSARTAN TAB 100 1 TAB CADA 12 HORAS AMLODIPINO TAB 10 MG 1 TAB CADA 12 HORAS"

ANTECEDENTES PERSONALES - PATOLÓGICOS							
Enf. Infecciosas de la	NO	Enf. Infecciosas (VIH, ETS)	NO	Parasitosis	NO	Fiebre Tifoidea	NO
Paludismo	NO	Tuberculosis	NO	Neumonía	NO	Hipertension	SI
Traumatismos	NO	Transfusiones	NO	Cirugias	SI	Alergias	NO
Diabetes	NO	Otros Antecedentes	SI				

Observaciones	Antecedentes
23/07/21	HTA
23/07/21	NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTO O ALIMENTO
23/07/21	HTA
23/07/21	Otros
23/07/21	Cirugias
23/07/21	NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTO O ALIMENTO

IPSI PALAIMA | NIT: 900165729-0  
PALAIMA URIBIA | CALLE 13A NO 108-45 | Tel: 7177282-3147530233

Generado por Eidyhealth 1.0

**Documento:** Historia Clínica de Medicina Interna del señor Eduardo Charrys Ortiz. IPSI PALAIMA.

**Transcripción parte esencial:** "(...) ANTECEDENTES PERSONALES (...) Patológicos (...) HIPERTENSIÓN ARTERIAL (...) ANTECEDENTES PERSONALES (...) Otros (...) LOSARTAN TAB 100 1 TAB CADA 12 HORAS AMLODIPINO TAB 10 MG 1 TAB CADA 12 HORAS"

ILDATOS DE LA CONSULTA	
No Cita 13838409 Fecha de Atencion 2022/03/10 Medico YUMAIRA FERNANDEZ	Especialidad MEDICINA GENERAL
Motivo de la Consulta RIESGO CARDIOVASCULAR/ TELECONSULTA POR DISCAPACIDAD COGNITIVA	
Enfermedad Actual PACIENTE DE 69 AÑOS DE EDAD QUIEN PADECE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO PERMANENTE CON MILOSARTAN 100MG VO CADA 12 HORAS - AMLODIPINO 10MG VO CADA 24 HORAS - HIDROCLOROTIAZIDA 25MG VO CADA 24 HORAS - TELECONSULTA REALIZADA POR ESPOSA POR ANTECEDENTES DE ANSIEDAD, TRASTORNO COGNITIVO Y POR RESONANCIA MAGNETICA MUESTRA CAMBIOS DE SEÑAL MULTIFOCAL INVOLUTIVA DEL PARENQUIMA ENCEFALICO ACTUALMENTE EN MANEJO POR PSIQUIATRIA, MEDICINA INTERNA Y NEUROLOGIA. TRATAMIENTO CON CERTRALINA TAB 50 MG 1 TAB AL DIA, QUETIAPINA TAB 25 MG 1 TAB AL DIA. ESPOSA MANIFIESTA SE ENCUENTRA RADICADO EN VALLEDUPAR EN PROCESO DE TRANSPLADO.	

**Documento:** Historia Clínica Ambulatoria del señor Eduardo Charrys Ortiz. Unidad Ambulatoria Riohacha.

**Transcripción parte esencial:** "(...) PACIENTE DE 69 AÑOS DE EDAD QUIEN PADECE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO PERMANENTE CON MILOSARTAN 100MG VO CADA 12 HORAS - AMLODIPINO 10 MG VO CADA 24 HORAS - HIDROCLOROTIAZIDA 25MG VO CADA 24 HORAS (...)"

ILDATOS DE LA CONSULTA	
No Cita 13302940 Fecha de Atencion 2021/09/28 Medico DALGIS ELENA REDONDO MENA	Especialidad PSICOLOGIA
Motivo de la Consulta CONSULTA DE VALORACION PSICOLOGICA	
Enfermedad Actual PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 69 AÑOS DE EDAD, QUIEN ASISTE A INTERCONSULTA DE VALORACION PSICOLOGICA, EN COMPAÑIA DE SU ESPOSA, QUIEN MANIFIESTA QUE ESTA PRESENTANDO TRASTORNOS DE SUEÑO, DE MEMORIA, ANSIEDAD, CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL DESDE HACE MUCHOS AÑOS. ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO. ANTECEDENTES PATERNO DE CANCER. INGRESA AL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR. DURANTE LA CONSULTA SE MUESTRA RECEPTIVO, ANIMADO, DESORIENTADO EN TIEMPO. SE REALIZA ACTIVIDAD DIACHTICA PARA ESTIMULAR LOS PROCESOS DE ATENCION, CONCENTRACION Y MEMORIA. SE BRINDA LA ATENCION CUMPLIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD.	

**Documento:** Historia Clínica Ambulatoria del señor Eduardo Charrys Ortiz. Unidad Ambulatoria Riohacha.

**Transcripción parte esencial:** "(...) CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DESDE HACE MUCOS AÑOS. ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO (...) INGRESA AL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR (...)"

A partir de la recopilación realizada a las anotaciones visibles en la historia clínica del demandante, se demuestra fehacientemente que el señor Charrys Ortiz fue diagnosticado con Hipertensión Arterial al menos desde el año 2013, es decir, con ostensible anterioridad a la fecha en que fue perfeccionado el contrato de seguro, siguiendo un tratamiento riguroso y permanente. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente,

constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co. y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** el señor Eduardo Charrys Ortiz ya contaba con múltiples diagnósticos de relevancia para el mes de noviembre de 2018, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y **(ii)** que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Eduardo Charrys Ortiz por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. debe declararse nulo, debido a que no informó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro pese a tener pleno conocimiento de sus afecciones y encontrarse en tratamiento permanente. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes constituían enfermedades de gran relevancia para el estudio de la gestión del riesgo, y que se encuentran catalogadas como aquellas por las cuales se puede extraprimar el contrato de seguro o sencillamente negarse a la inclusión en la póliza.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

#### **5. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.**

Conforme con lo establecido en el presente caso y de llegarse a afirmar de manera deliberada en insistir en la postura de que el señor Charrys Ortiz no incurrió en una conducta reticente con la suscripción falsa de su estado de salud en la declaratoria de asegurabilidad pese al conocimiento de sus patologías, alegando un deber en cabeza de la compañía aseguradora de practicar exámenes médicos tendientes a verificar el estado del riesgo. Desde este momento se sostiene ante el honorable Despacho que es desacertado jurídicamente afirmar que en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Puesto que, como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes.

Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del C.Co. señala, sin lugar a una interpretación diferente, que el asegurado debe cumplir con la carga de ubérrima buena fe y lealtad, y así informar a la compañía aseguradora de todos los aspectos que conforman el riesgo trasladado, so pena que se dé aplicación a las consecuencias fijadas por el artículo 1058 del C.Co. Al respecto, el artículo 1158 del Código de Comercio indica lo siguiente:

*“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.*

El citado artículo demuestra que **es facultad** de las aseguradoras la realización de exámenes médicos a sus clientes para verificar que la información otorgada por los mismos en la declaración de asegurabilidad es veraz, pues esta carga precontractual a cargo del tomador o asegurado tiene estrecha relación con el principio de la *ubérrima bona fidei*. La razón de esto es que, en el contrato de seguros la compañía aseguradora no puede asumir los riesgos sin conocer el grado de peligrosidad que estos representan, y la única fuente de conocimiento del estado del riesgo que el asegurador tiene es precisamente la información que otorga el interesado, ya que se presupone que él tiene contacto directo con el mismo.

En otras palabras, la norma es muy clara al **(i)** deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y **(ii)** establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio. Sobre este punto, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

*“Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, **deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio** que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones*

a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar.

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, **obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida.** Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (*uberrimae bona fidei*), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico<sup>7</sup>.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales<sup>8</sup>. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer<sup>9</sup>. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

De modo similar, la misma Corte Constitucional a través del Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez en otra sentencia del año 2017, expuso:

*“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al*

<sup>7</sup> Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es *uberrimae bona fidei contractus*, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

<sup>8</sup> Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

<sup>9</sup> Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)<sup>10</sup>

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez<sup>11</sup>, en donde estableció lo siguiente:

**“De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 id previene que «aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar»**

**No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».**

**Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.**

<sup>10</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerezo Pérez. Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

<sup>11</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 04 de Marzo de 2016, Magistrado Ponente. Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

(...)

*Ahora bien, no puede pasarse por alto que, tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.”*  
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Corolario, no sobra resaltar que la doctrina más reconocida en el tema se ha pronunciado en el mismo sentido que los fallos anteriormente expuestos, al establecer:

*“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...”<sup>12</sup>*  
(subrayado y negrilla fuera del texto original).

Por otro lado, no puede dejarse de lado lo expuesto por la jurisprudencia de análisis de constitucionalidad de la Corte Constitucional (C-232 de 1997) en donde claramente, al analizar el artículo 1058 del C.Co., explicó que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una*

<sup>12</sup> LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

*obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Conforme con lo expuesto, no es admisible que los operadores judiciales y el extremo activo pretendan que, por cada contrato de seguro se realice un examen médico, pues es impensable y poco práctico, debido a que el funcionamiento de los contratos de seguro se perfecciona por prácticas distintas. Lo anterior en virtud a que, si fuera obligación de las aseguradoras la realización de estos exámenes médicos, se omitiría la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad y no tendría fundamento alguno el artículo 1058 del Código de Comercio, que prevé la reticencia como causal relativa del contrato de seguro cuando el asegurado/tomador no declara el verdadero estado del riesgo, en otras palabras, dejaría de ser una obligación contractual para la parte asegurada declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, situación inviable para el presente negocio jurídico, pues la piedra angular de este tipo contractual es la *ubérrima buena fe “BONA FIDES”*.

En resumen, conforme con lo predicado por la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún,

cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

## **6. LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

En este punto resulta fundamental precisarle de manera respetuosa al Honorable Juez que, la prueba de la mala fe no es un requisito *sine qua non* para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas. Soporte de este hecho es, tal y como fue soportado, la omisión a la verdad por parte del señor Eduardo Charrys Ortiz en la declaración de asegurabilidad mediante la afirmación de su estado de salud normal, sin antecedentes, pese a conocer fehacientemente no solo de sus antecedentes familiares de Cáncer y HTA, sino además sus patologías preexistentes y las que persistían al momento del perfeccionamiento del contrato de seguro por las cuales se encontraba en tratamiento.

Al respecto, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido muy clara al explicar lo siguiente:

**“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...)** 4.3. *Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca*

*como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”.<sup>13</sup> (negrilla y subrayas fuera del texto)”.*

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez<sup>14</sup>, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

*“Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sometido a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma».”*

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede llegarse a entender, que, para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado. Es más, la Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997, que es la providencia que se pronuncia acerca de la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que*

<sup>13</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

<sup>14</sup> Ibidem.

*inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**". (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

Ahora, si bien se tiene conocimiento de pronunciamientos constitucionales frente a la carga de la prueba de la mala fe, debe entenderse que en estos se está cometiendo un yerro, en la medida que la buena fe es exigible del asegurado en el momento precontractual de la declaración del estado del riesgo, y no cuando la aseguradora se encuentra demostrando la reticencia del contrato de seguro.

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C. Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que **(i)** el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y **(ii)** que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente. Condiciones indispensables que para el caso que nos ocupa han sido soportadas con las pruebas de la declaración reticente por parte del señor Eduardo Charrys al momento de perfeccionar el contrato de seguro.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

**7. LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

La compañía aseguradora efectuó el cobro de la prima conforme a lo preceptuado en el artículo 1066<sup>15</sup> del C.Co., esto es que, el asegurado o tomador cancele la prima según los términos contractuales pactados por las partes. No obstante, en atención a que el señor Eduardo Charrys Ortiz fue reticente en la declaración del estado del riesgo, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena según el artículo 1059<sup>16</sup> del Código de Comercio.

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que su honorable Despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

*“ARTÍCULO 1059. Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena”*

En conclusión, dado que el señor Charrys Ortiz fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la compañía aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que la Aseguradora Solidaria de Colombia tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

<sup>15</sup> ARTÍCULO 1066. El tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

<sup>16</sup> ARTÍCULO 1059. Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

**8. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que el Honorable Despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

*“ARTÍCULO 1059. <RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE PENA>. Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena”.*

En conclusión, dado que el señor Eduardo Charry Ortiz fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, al igual que sus antecedentes familiares, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él para la gestión del riesgo. De este modo, es claro que Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

**9. IMPOSIBILIDAD DE CONDENAR AL PAGO DE INTERESES MORATORIOS TODA VEZ QUE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA NO HA NACIDO.**

Es claro que para que nazca a la vida la obligación indemnizatoria y sobre todo condicional de mi representada, se requería que el asegurado cumpliera con la carga establece en el artículo 1077 del C.Co., ante la ausencia de acreditación de la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida no puede predicarse la existencia de obligación alguna y por ende tampoco puede considerarse que mi representada se encuentre en mora, dado que, no es posible predicarse la mora de una obligación inexistente, por lo dicho es claro que ningún respaldo encuentra la solicitud de pago de intereses de mora cuando por la parte demandante, no ha demostrado la configuración del siniestro a través de Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral por parte de las entidades convenidas a través del contrato de seguro que es ley para las partes y tampoco la cuantía de la pérdida. Por lo anterior mientras se encuentren insatisfechos los dos presupuestos anteriores no es posible afirmar que haya nacido obligación alguna y mucho menos que se encuentre insatisfecha.

Debe decirse que en este caso se encuentra insatisfecho el cumplimiento de la acreditación del siniestro y la cuantía de la pérdida y que siendo estos dos elementos esenciales en los términos del artículo 1077 del C.Co., para acreditar el derecho a recibir una indemnización por parte del asegurador debe afirmarse enfáticamente que mientras no se pruebe tales presupuestos no es posible considerar que ha nacido a la vida jurídica la obligación indemnizatoria y sobre todo condicional de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. Por lo dicho, salta a la vista en esta instancia no se ha acreditado la ocurrencia del siniestro ni la cuantía de la pérdida, y por ende no podría tampoco predicarse la mora de una obligación que no ha surgido como consecuencia de la misma omisión en la acreditación.

Ahora bien, debe dejarse claro que en el hipotético y remoto evento en que el Honorable Despacho considere que la indemnización es procedente y que existe obligación por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C, se deberá tener en consideración que la certeza sobre dicho derecho sólo quedará probado al momento de proferirse sentencia, porque en ninguna medida la parte Demandante demostró la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, por lo que si el Despacho encontrara sustento de tal pretensión es claro que ello implicaría que los presupuestos del artículo 1077 del C.Co., se demostraron en el curso del proceso, después de surtirse el debate probatorio y por ende no podría condenarse al pago de intereses moratorios desde el momento en que se efectuó una solicitud de indemnización (que no es en ninguna medida una reclamación) sino únicamente a partir de la decisión judicial.

Como sustento de lo anterior, se encuentra que la Corte Suprema de Justicia en cuanto al momento en el que se empiezan a causar los intereses moratorios, ha establecido en distintas oportunidades que éstos empiezan a causarse a partir de la ejecutoria del fallo judicial que da certeza a la obligación. Específicamente, en la reciente sentencia del 26 de mayo de 2021, en la que se indicó textualmente:

**“Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para disponer que la eventual causación de los indicados réditos, será a partir de la ejecutoria del presente fallo”<sup>17</sup>**

Aunado al anterior pronunciamiento, es relevante resaltar cómo la Corte Suprema ha dicho que la sanción a la que corresponde los intereses de mora no puede ser aplicada de manera objetiva sino

---

<sup>17</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC1947-2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo. 26 de mayo de 2021.

que debe atenderse al caso concreto a fin de evaluar el motivo de retardo en el pago, lo anterior en palabras de la Corte al indicar que:

*“De igual modo, en providencia del 29 de abril de 2005, reiteró: “ a la luz de los principios generales relativos al retardo en el cumplimiento de las obligaciones, principios en los que claramente se sustenta el precepto contenido en el artículo 1080 del C. de Co., desde el momento en que de acuerdo con este precepto ha de entenderse que comienza la mora del asegurador, es decir desde el día en que la deuda a su cargo es líquida y exigible, o mejor, lo habría sido racionalmente si no hubiere diferido sin motivo legítimo la liquidación de la indemnización y el consiguiente pago, dicho asegurador, además de realizar la prestación asegurada, está obligado al resarcimiento de los daños”*

*Los fragmentos jurisprudenciales que acaban de citarse explican que la aseguradora sólo incurre en mora cuando no pague la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha de la reclamación, si ésta se ha hecho debidamente por el asegurado y con el cumplimiento de las cargas probatorias sobre la existencia del siniestro y el valor del daño.*

*Pero esta sanción-ha afirmado esta Corte-no se impone de manera objetiva, pues para que haya lugar a ella es necesario que la falta de pago de la indemnización carezca de causa justificada o le sea imputable al asegurador, por lo que el juez deberá entrar a valorar en todos los casos el motivo de retraso en la liquidación. En ese orden- prosiguió esta corporación- si la excusa de la aseguradora consiste en que no fue posible determinar el monto del daño, y logra probar ese hecho en el proceso, entonces no habrá lugar a imponerle sanción alguna, porque es claro que la falta de satisfacción oportuna de la obligación no se debió a su culpa, tal como ha sido explicado por esta sala: “En consecuencia, el monto líquido de la prestación es presupuesto estructural de la obligación de pagar el capital asegurado y de la mora (in illiquidis mora non fit), razón por la cual, en ausencia de comprobación, no es exigible ni la indemnización ni la sanción moratoria<sup>18</sup>. (Sentencia de 27 de agosto de 2008.Exp- 1997-14171-01”*

Lo anterior, deja claro que como a la fecha no se ha demostrado que ocurriera el siniestro es decir la pérdida de capacidad laboral superior al 50%, cuya fecha de estructuración se ubique dentro de la cobertura temporal de la póliza y que no resulte aplicable ninguna exclusión. De este modo, es claro que únicamente con la decisión final que adopte el juzgador se podrá establecer si efectivamente se cumplen las cargas del artículo 1077 del C.Co., y en efecto se otorgará certeza al derecho pretendido, por lo que de ninguna manera se podría condenar al pago de intereses

<sup>18</sup> Corte Suprema de Justicia, sentencia SC 5681 de 2018, MP. Ariel Salazar Ramírez

moratorios desde que el demandante efectuó la solicitud de indemnización comoquiera que tal pedimento nunca se constituyó en una verdadera reclamación que acreditara los dos presupuestos antes enunciados. Luego, antes de proferirse el fallo no existe certeza sobre la obligación presuntamente pendiente de indemnizar.

Por lo anteriormente expuesto, solicito al Despacho declarar probada esta excepción.

## 10. PRESCRIPCIÓN

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante tener en cuenta que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

*“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*

*La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.*

*La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*

*Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Se destaca entonces el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria. Pues en tanto la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no se efectúa esa distinción. Sobre este particular, y en especial, para establecer la diferencia entre los dos tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

*“(…) En este orden de ideas, resulta claro que el legislador colombiano del año 1971, siguiendo un criterio ciertamente diferente al establecido por la legislación civil nacional y buena parte de la comparada –en general-, prohijó para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (…)*

*La primera, según se acotó en líneas anteriores, de stirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el vengero prescriptivo.*

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...)), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”<sup>19</sup> (Subrayado fuera del texto original)*

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que en caso de acreditarse en el transcurso del proceso que la demanda se interpuso en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia del hecho que da base a la acción, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del C. Co.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

#### **11. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.**

Solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley o en el Contrato con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y prescripción contemplada en el artículo 1081 del C.Co, y cualquier otra causal que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de mi representada, y se la exima de toda obligación indemnizatoria, ello en atención a lo reglado por el artículo 282 del Código General del Proceso.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

### **CAPÍTULO IV**

#### **EXCEPCIONES DE MÉRITO O FONDO DE CARÁCTER SUBSIDIARIO**

##### **1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL**

<sup>19</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

**VALOR ASEGURADO.**

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que en este sentido sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

**“ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA.** *El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”.*

La norma antes expuesta es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Suprema de Justicia, ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

*“Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo*

*1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización”<sup>20</sup> (Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

<sup>20</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo

En ese sentido, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la porción de riesgo asumido.

**5. VALOR ASEGURADO**

El valor asegurado para cada deudor será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito.

El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de la Aseguradora seleccionada.

**Documento:** Aparte Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000003.

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado y que el contrato de seguro no presta cobertura por las razones previamente anotadas. En todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Juzgado en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

**2. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN.**

Conforme con lo expuesto y de manera subsidiaria, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, al Banco GNB Sudameris, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

**3. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO GNB SUDAMERIS S.A.**

En este punto es preciso resaltarle al despacho que en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, ostenta la naturaleza

---

Rúgeles. EXP 5952.

de asegurada en la póliza. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

*(...) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan, en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales operaciones e implementar mecanismos para asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.*

*En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo.<sup>21</sup> (...)*

Como se observa, las pólizas de seguro de vida grupo deudores están estructuradas bajo la finalidad de proteger las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que el único beneficiario de cualquier tipo de indemnización únicamente puede ser la entidad bancaria que otorgó el crédito. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

*(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.<sup>22</sup> (...)*

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora

<sup>21</sup> Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

<sup>22</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro se asocia a la obligación crediticia No. 105791549. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el Banco GNB Sudameris. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

Por todo lo anterior, el Despacho debe tener en cuenta que el único beneficiario de la indemnización es el Banco GNB Sudameris, dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de indemnización por parte de mí representada. Situación que debe ser tenida en consideración, por lo que consecuentemente, el Despacho no tendrá otra salida que ante una eventual condena en contra de mí procurada, reconocer que la indemnización únicamente puede ser recibida por la entidad bancaria, en la medida que es esta quien figura como beneficiaria en la póliza de seguro.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

#### **4. GENÉRICA O INNOMINADA.**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, frente a la demanda, que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro contemplada en el artículo 1081 del Código de Comercio.

### **CAPÍTULO V** **MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

#### **1. DOCUMENTALES**

- 1.1. Copia de la Póliza Vida Grupo
- 1.2. Condiciones particulares de la Póliza Vida Grupo.
- 1.3. Certificación de Condiciones del Seguro Vida Grupo Deudores – Créditos Libranza Banco GNB Sudameris.
- 1.4. Certificación de Asistencias y Beneficios del Seguro Vida Grupo Deudores – Créditos Libranza Banco GNB Sudameris.
- 1.5. Copia de la Solicitud Individual para Seguro de Vida Grupo Deudores.
- 1.6. Copia de la Respuesta al derecho de petición radicado por el señor Eduardo Charrys Ortiz el 28 de octubre de 2022.
- 1.7. Derecho de petición enviado a REHABILITACIÓN INTEGRAL Y MEDICINA ESPECIALIZADA - RIMeD, a fin de obtener la historia clínica del señor Eduardo Charrys Ortiz identificado con la cédula de ciudadanía No. 7471687, correspondiente al período

comprendido desde el año 2011 hasta el 2022, con sus respectivo anexos y soporte de radicación.

- 1.8. Derecho de petición enviado a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA (COMFAGUAJIRA), a fin de obtener la historia clínica del señor Eduardo Charrys Ortiz identificado con la cédula de ciudadanía No. 7471687, correspondiente al período comprendido desde el año 2011 hasta el 2022, con sus respectivo anexos y soporte de radicación.
- 1.9. Derecho de petición enviado a la IPSI PALAIMA, a fin de obtener la historia clínica del señor Eduardo Charrys Ortiz identificado con la cédula de ciudadanía No. 7471687, correspondiente al período comprendido desde el año 2011 hasta el 2022, con sus respectivo anexos y soporte de radicación.
- 1.10. Derecho de petición enviado a la IPSI SOL WAYUU, a fin de obtener la historia clínica del señor Eduardo Charrys Ortiz identificado con la cédula de ciudadanía No. 7471687, correspondiente al período comprendido desde el año 2011 hasta el 2022, con sus respectivo anexos y soporte de radicación.

## 2. INTERROGATORIO DE PARTE:

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **EDUARDO CHARRYS ORTIZ**, en su calidad de accionante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

El señor **CHARRYS**, podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

## 3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos, renovaciones y condiciones de la póliza de vida grupo.

## 4. TESTIMONIALES

- a. Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **JESÚS MAURICIO PINZÓN PÉREZ**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.295.412, profesional médico adscrito a la Compañía Aseguradora, para que a través de su experticia se evidencie la experiencia previa de la compañía frente a casos similares y cómo hubiera procedido la

Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del asegurado.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho desde la óptica de un profesional en salud, la experiencia que ha tenido la Compañía en casos en los cuales los consumidores han tenido los antecedentes patológicos del señor Charrys y como se precedió sobre el particular, asimismo corroborar cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías clínicas del asegurado así como de la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el entonces Asegurado, de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en calle 100 # 9ª-45 piso 12 de la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico [mpinzon@solidaria.com.co](mailto:mpinzon@solidaria.com.co). No obstante, comedidamente solicito al honorable Juez que, en aplicación de los artículos 103, 171 y siguientes del C.G.P., se autorice a los testigos en mención para comparecer ante su Despacho de forma remota en ejercicio del uso de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y/o medios electrónicos, con el objetivo de facilitar y agilizar el acceso a la administración de justicia, así como ampliar su cobertura. Lo anterior, como quiera que los testigos actualmente se encuentran domiciliados y además residen en la ciudad de Bogotá.

## 5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

Debido a que el Ministerio de Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”.

5.1. Comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **AL ACCIONANTE**, señor Eduardo Charrys Ortiz, para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Eduardo Charrys Ortiz, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7471687, correspondiente al período comprendido desde el año 2011 hasta el 2022.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.

- Solicitud elevada por o en nombre del señor Eduardo Charrys Ortiz ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que el señor Eduardo Charrys Ortiz inició los trámites de calificación.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y pérdidas de capacidad previas que el señor Eduardo Charrys Ortiz sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vidal; y así mostrar la reticencia con que la accionante declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de estos.

Adicionalmente, el propósito de esta exhibición de documentos es conocer la fecha en la que el señor Eduardo Charrys Ortiz inició los trámites que derivaron en su calificación de pérdida de capacidad laboral del 23 de diciembre de 2021. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Los mencionados documentos se encuentran en poder del Accionante, como quiera que como afiliado es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **REHABILITACIÓN INTEGRAL Y MEDICINA ESPECIALIZADA - RIMED** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Eduardo Charrys Ortiz, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7471687, correspondiente al período comprendido desde el año 2011 hasta el 2022.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Solicitud elevada por o en nombre del señor Eduardo Charrys Ortiz ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que el señor Eduardo Charrys Ortiz inició los trámites de calificación.

Adicionalmente, el propósito de esta exhibición de documentos es conocer la fecha en la que el señor Eduardo Charrys Ortiz inició los trámites que derivaron en su calificación de pérdida de capacidad laboral del 23 de diciembre de 2021. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de estos. El **REHABILITACIÓN INTEGRAL Y MEDICINA ESPECIALIZADA - RIMeD** puede ser notificada en la Calle 14A # 12 – 46 de Riohacha o en la dirección electrónica: [rimed.ips@gmail.com](mailto:rimed.ips@gmail.com)

Los mencionados documentos se encuentran en poder del RIMED IPS, como quiera que, al tratarse de un régimen especial, es ésta la entidad que conoce la información de salud del señor Eduardo Charrys Ortiz y es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica, así como también, el dictamen que lo ha calificado y el expediente médico. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA (COMFAGUAJIRA)** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Eduardo Charrys Ortiz, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7471687, correspondiente al período comprendido desde el año 2011 hasta el 2022.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Solicitud elevada por o en nombre del señor Eduardo Charrys Ortiz ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que el señor Eduardo Charrys Ortiz inició los trámites de calificación.

Adicionalmente, el propósito de esta exhibición de documentos es conocer la fecha en la que el señor Eduardo Charrys Ortiz inició los trámites que derivaron en su calificación de pérdida de capacidad laboral del 23 de diciembre de 2021. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de estos. **COMFAGUAJIRA** puede ser notificada en la Salida Maicao Km 1 Margen Derecho EL PATRON de Riohacha o en la dirección electrónica: [servicioalcliente@comfaguajira.com](mailto:servicioalcliente@comfaguajira.com)

Los mencionados documentos se encuentran en poder COMFAGUAJIRA, como quiera que, al tratarse de un régimen especial, es ésta la entidad que conoce la información de salud del señor Eduardo Charrys Ortiz y es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica, así como también, el dictamen que lo ha calificado y el expediente médico. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

5.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **IPSI PALAIMA** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Eduardo Charrys Ortiz, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7471687, correspondiente al período comprendido desde el año 2011 hasta el 2022.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Solicitud elevada por o en nombre del señor Eduardo Charrys Ortiz ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que el señor Eduardo Charrys Ortiz inició los trámites de calificación.

Adicionalmente, el propósito de esta exhibición de documentos es conocer la fecha en la que el señor Eduardo Charrys Ortiz inició los trámites que derivaron en su calificación de pérdida de capacidad laboral del 23 de diciembre de 2021. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de estos. **IPSI PALAIMA SEDE RIOHACHA** puede ser notificada en la Calle 12 N 10 - 08 de Riohacha o en la dirección electrónica: [info@ipsipalaima.com](mailto:info@ipsipalaima.com)

Los mencionados documentos se encuentran en poder IPSI PALAIMA, como quiera que, al tratarse de un régimen especial, es ésta la entidad que conoce la información de salud del señor Eduardo Charrys Ortiz y es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica, así como también, el dictamen que lo ha calificado y el expediente médico. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

5.5. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **IPSI SOL WAYUU** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Eduardo Charrys Ortiz, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7471687, correspondiente al período comprendido desde el año 2011 hasta el 2022.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Solicitud elevada por o en nombre del señor Eduardo Charrys Ortiz ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que el señor Eduardo Charrys Ortiz inició los trámites de calificación.

Adicionalmente, el propósito de esta exhibición de documentos es conocer la fecha en la que el señor Eduardo Charrys Ortiz inició los trámites que derivaron en su calificación de pérdida de capacidad laboral del 23 de diciembre de 2021. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de estos. **IPSI SOL WAYUU** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes, puede ser notificada en la Calle 13 N 10 - 140 de Riohacha o en la dirección electrónica: [gerencia@ipsisolwayuu.com.co](mailto:gerencia@ipsisolwayuu.com.co)

Los mencionados documentos se encuentran en poder IPSI SOL WAYUU, como quiera que, al tratarse de un régimen especial, es ésta la entidad que conoce la información de salud del señor Eduardo Charrys Ortiz y es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica, así como también, el dictamen que lo ha calificado y el expediente médico. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

## 6. OFICIOS

6.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a **REHABILITACIÓN INTEGRAL Y MEDICINA ESPECIALIZADA - RIMeD**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Eduardo Charrys Ortiz, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7471687, correspondiente al período comprendido desde el año 2011 hasta el 2022.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Solicitud elevada por o en nombre del señor Eduardo Charrys Ortiz ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que el señor Eduardo Charrys Ortiz inició los trámites de calificación.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Eduardo Charrys Ortiz sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. **REHABILITACIÓN INTEGRAL Y MEDICINA ESPECIALIZADA - RIMeD** puede ser notificada en la Calle 14A # 12 – 46 de Riohacha o en la dirección electrónica: [rimed.ips@gmail.com](mailto:rimed.ips@gmail.com)

6.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA (COMFAGUAJIRA)**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Eduardo Charrys Ortiz, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7471687, correspondiente al período comprendido desde el año 2011 hasta el 2022.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.

- Solicitud elevada por o en nombre del señor Eduardo Charrys Ortiz ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que el señor Eduardo Charrys Ortiz inició los trámites de calificación.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Eduardo Charrys Ortiz sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA (COMFAGUAJIRA)** puede ser notificada en la Salida Maicao Km 1 Margen Derecho EL PATRON de Riohacha o en la dirección electrónica: [servicioalcliente@comfaguajira.com](mailto:servicioalcliente@comfaguajira.com)

- 6.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a **IPSI PALAIMA**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Eduardo Charrys Ortiz, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7471687, correspondiente al período comprendido desde el año 2011 hasta el 2022.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Solicitud elevada por o en nombre del señor Eduardo Charrys Ortiz ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que el señor Eduardo Charrys Ortiz inició los trámites de calificación.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Eduardo Charrys Ortiz sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con

que declaró su estado de asegurabilidad. **IPSI PALAIMA SEDE RIOHACHA** puede ser notificada en la Calle 12 N 10 - 08 de Riohacha o en la dirección electrónica: [info@ipsipalaima.com](mailto:info@ipsipalaima.com).

6.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a **IPSI SOL WAYUU**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Eduardo Charrys Ortiz, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7471687, correspondiente al período comprendido desde el año 2011 hasta el 2022.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Solicitud elevada por o en nombre del señor Eduardo Charrys Ortiz ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que el señor Eduardo Charrys Ortiz inició los trámites de calificación.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Eduardo Charrys Ortiz sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. **IPSI SOL WAYUU** puede ser notificada en la Calle 13 N 10 - 140 de Riohacha o en la dirección electrónica: [gerencia@ipsisolwayuu.com.co](mailto:gerencia@ipsisolwayuu.com.co)

## 7. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL C.G.P.

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: **(i)** que de haber conocido **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**, las patologías del señor Eduardo Charrys Ortiz se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la

Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el Asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: “*Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días*”. Comedidamente se le solicita a la Superintendencia Financiera de Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del asegurado. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

### **ANEXOS**

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder debidamente otorgado por la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.
3. Certificado de existencia y representación legal de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.

**NOTIFICACIONES**

- La parte Demandante y su apoderado recibirán notificaciones en las direcciones que relacionan en su libelo.
- Mi representada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., recibirá notificaciones en la Calle 100 No 9A - 45, de la ciudad de Bogotá, correo electrónico: [notificaciones@solidaria.com.co](mailto:notificaciones@solidaria.com.co)
- El suscrito, en la Av. 6A Bis #35N-100, Oficina 212, Cali, Valle del Cauca, Centro Empresarial Chipichape, o en la dirección de correo electrónico [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Del señor Juez, respetuosamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**  
C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.  
T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.