**MODIFICACIÓN DE LA CONTIGENCIA**

La contingencia se califica como PROBABLE toda vez que, no será posible establecer cuál es la consecuencia negocial diferencial de la omisión de indicar antecedente de “SD Convulsivo".

Lo primero que debe tomarse en consideración, es que la compañía de seguros fue vinculada a este proceso con ocasión de la Póliza Seguro de Vida Grupo No Contributiva No 22485616 la cual presta cobertura material y temporal para el hecho que da origen a este litigio. Frente a la cobertura material debe señalarse que la póliza cuenta con un amparo de enfermedades graves, el cual pretende afectarse. En cuanto a la cobertura temporal, se advierte que, si bien existen dos pólizas con diferentes periodos de vigencia, ambas se encontraban vigentes para la fecha del diagnóstico de la enfermedad (20 de junio de 2016). La Póliza No. 22485616, formalizada el 1° de julio de 2022 con vencimiento inicial el 1° de julio de 2023, fue renovada extendiendo su cobertura hasta el 7 de julio de 2024. Por su parte, la Póliza No. 022485616 / 1146 tiene una vigencia desde las 00:00 horas del 16 de junio de 2023 hasta las 24:00 horas del 30 de junio de 2024. En consecuencia, el riesgo asegurado se materializó dentro del periodo de cobertura establecido.

Por otro lado, respecto a la obligación de la compañía aseguradora, encontramos que si bien, el señor Juan Carlos Guerrero Mejía fue reticente en su declaración de asegurabilidad del 02 de mayo de 2019, entre tanto omitió declarar el estado del riesgo, pues negó cualquier padecimiento o patología de salud pese a que contaba con antecedentes de “SD Convulsivo" e historia de convulsiones con inicio a sus 13 años de edad, sobre la cual mantenía manejo farmacológico permanente y diario, lo cierto es que no resulta posible acreditar cuál habría sido la consecuencia negocial concreta derivada de dicha omisión. Ello obedece a que no existen elementos de juicio en el proceso que permitan demostrar que, de haber conocido la aseguradora la existencia de estas patologías, el contrato de seguro no se habría celebrado o se habría suscrito en condiciones más onerosas para el asegurado. Esta circunstancia se ve reforzada por el hecho de que la oportunidad procesal para aportar el dictamen pericial anunciado con la demanda ya precluyó y el dictamen allegado por la compañía para la audiencia del 1° de julio de 2025 no cumplía con los requisitos exigidos en el artículo 226 del Código General del Proceso y no precisaba de manera específica la consecuencia negocial diferencial. Es decir, no se acreditó técnicamente si, de haberse revelado la existencia de episodios convulsivos, la compañía habría negado la cobertura de enfermedades graves, limitado el amparo solo a fallecimiento o establecido una prima más alta, entre otras posibilidades. Además, desde la perspectiva de la tarificación, resultaba indispensable analizar el comportamiento habitual de la compañía en casos análogos para fundamentar adecuadamente esa consecuencia distinta, lo cual no fue probado en el presente proceso. Por lo tanto, la nulidad relativa del contrato de está llamada al fracaso.

Lo anterior sin perjuicio del carácter contingente del proceso.

**MODIFICACIÓN DE LA LIQUIDACIÓN OBJETIVADA**

Como liquidación objetiva de las pretensiones se llegó al valor total de **$483.428.502**, discriminados de la siguiente manera:

1. **Amparo de "enfermedades graves":** Se tasará en la suma de **$325.728.000**. Lo primero que debe advertirse es que, pese a la existencia de dos certificados de seguro con diferentes vigencias y valores asegurados —la primera, Póliza No. 22485616, vigente desde las 00:00 horas del 01/07/2022 hasta las 00:00 horas del 01/07/2023, con un valor asegurado equivalente al 60% del amparo básico como anticipo (esto es, 36 veces el salario devengado); y la segunda, Póliza No. 022485616 / 1146, vigente desde las 00:00 horas del 16/06/2023 hasta las 24:00 horas del 30/06/2024, con un valor asegurado de $32.528.000)—, se deberá tener presente que en ambas vigencias se entiende configurado el siniestro, por cuanto el diagnostico de enfermedad grave data del mes de junio de 2023. En tal virtud, la Delegatura tomará como base la que resulte más favorable para el consumidor, correspondiente al amparo por enfermedades graves (incluido cáncer metastásico), el cual equivale al 60% del valor resultante del amparo básico. Este amparo básico establece el pago de una suma equivalente a 36 veces el salario devengado por el asegurado, quien percibía un ingreso mensual compuesto por un salario integral de $16.900.000 COP y un cupo de beneficios extralegales no constitutivos de salario de $1.875.900 COP. No obstante, de acuerdo con la información contenida en la demanda y en el correo del intermediario de seguros, se indicó que el salario para el año 2023 es de $15.080.000 COP, reconociéndose como suma a pagar el valor equivalente a 36 veces dicho salario, multiplicado por el 60%.
2. **Amparo de "Renta Clínica Diaria por Enfermedad o Accidente":** Se reconocerá la suma de **$1.750.000** por 25 días hospitalización – del 15 al 18 de junio/2023 y del 18 de junio al 08 de julio/2023 corroboradas con la Historía Clínica.
3. **Amparo de "Renta Diaria Post Hospitalaria":** Se reconocerá la suma de **$500.000** por 10 días por $50.000 diarios – consecuentes incapacidades año 2023).
4. **Intereses moratorios:** Se reconocerá la suma de **$155.450.502**. El valor de los intereses moratorios se liquida sobre ($327.978.000) y contados desde 20 de septiembre de 2023 (un mes después de la fecha de reclamación art. 1080 del Cco) hasta la fecha de presentación de este informe (16 de julio de 2025).