

Señores

**JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI**

[j09cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j09cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

**Referencia: Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Contractual de ALEXANDER MARÍN LARRAHONDO contra COLMENA SEGUROS DE VIDA y OTROS. Radicado No. 76001-40-03-002-2024-00377-01**

**-ALEGATOS PARA DESCORRER LA APELACIÓN -**

**RICARDO VÉLEZ OCHOA**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la Cédula de Ciudadanía número 79.470.042 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 67.706 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderado judicial de **COLMENA SEGUROS S.A.**, en el proceso de la referencia, de conformidad con el poder que obra en el expediente y que reasumo mediante la presente actuación, encontrándome dentro del término legal para ello, procedo a presentar **ALEGATOS PARA DESCORRER EL RECURSO DE APELACIÓN** interpuesto por la parte demandante, dentro del proceso de la referencia, frente a la sentencia anticipada proferida el 26 de noviembre de 2024, por el Juzgado Segundo Municipal de Cali, por medio de la cual, se denegaron las pretensiones de la demanda.

**1. Frente a los reparos propuestos por el extremo activo:**

En primer lugar, frente a los reparos presentados por el apoderado de la parte activa de la litis, como quiera que los mismos se encuentran íntimamente relacionados, me permito pronunciarme de la siguiente manera, destacando las razones por las cuales se configura en el presente caso una evidente falta de legitimación en la causa por activa respecto del señor ALEXANDER MARÍN LARRAHONDO.

Sostiene la activa que *“Del acervo probatorio, especialmente, la solicitud de asegurabilidad, de reclamación, condiciones del seguro y los certificados individuales, no se observa que los beneficiarios sean los bancos o que el asegurado no puede reclamar para que el contrato de seguro cumpla su finalidad”* y que en consecuencia, al demandante le asiste el derecho de reclamar *“el pago del crédito por el siniestro de la incapacidad parcial y permanente”*. No obstante, en el caso *sub examine* es claro que el demandante carece de legitimación en la causa para demandar a COLMENA SEGUROS S.A., con el propósito de afectar la póliza de vida grupo deudores No. 34VD-5015959, por cuanto dicho seguro fue contratado para proteger los intereses de otra persona (BANCO CAJA SOCIAL), quien figura como tomador y beneficiario del citado contrato.

Por lo tanto, es esta persona jurídica, y no otra, quien se encuentra legitimada para demandar el pago de la indemnización que supuestamente surgió con el acaecimiento de los hechos descritos en la demanda, como quiera que sólo tal entidad fue expresamente designada por las partes contractuales como la titular del patrimonio que este seguro pretende proteger, tal y como lo ha reconocido la Superintendencia Financiera, por ejemplo, a través del concepto No. 2011013293-002 del 28 de abril de 2011, en donde se reseñó lo dispuesto en la Sentencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de casación Civil, SC-248/2005, Magistrado Ponente: Jaime Alberto Arrubla Paucar:

“Del anterior acápite de esta sentencia, se colige que es el beneficiario oneroso (El banco) quien tiene la legitimación en causa por activa para interponer demanda en contra de la aseguradora.”

Ahora, en cuanto a la afirmación del apoderado del extremo activo en relación con que *“del acervo probatorio, especialmente, la solicitud de asegurabilidad, de reclamación, condiciones del seguro y los certificados individuales, no se observa que los beneficiarios sean los bancos”*, basta con remitirse a las Condiciones Generales que rigen la póliza de seguro expedida por mi representada, para constatar lo contrario.

En efecto, desde la condición primera se indica:

“CONDICIONES GENERALES

CONDICIÓN PRIMERA: ¿A quienes cubre este seguro?

Este seguro protege a los deudores principales y solidarios, de cualquier línea de crédito, entre otras: Hipotecario, Microcrédito, Comercial, Libre Destino, Rotativo, Libranza, Vehículo, así como a los locatarios en contratos de leasing del **Banco Caja Social, adquiriendo este en todos los casos, la calidad de beneficiario a título oneroso.**”

Por lo tanto, al fungir el BANCO CAJA SOCIAL como beneficiario oneroso de la Póliza Colectiva antes referenciada, tal entidad es la única legitimada para solicitar el reconocimiento y pago de la póliza de vida grupo deudores No. 34VD-5015959. En consecuencia, es claro que al no ostentar el demandante la calidad de beneficiario del contrato de seguro antes analizado, ni mucho menos poder para actuar en el presente proceso en nombre y representación del BANCO CAJA SOCIAL, aquel no está llamado a emprender acciones derivadas de un contrato del que no es parte. De esta forma, ante la notoria falta de legitimidad en la causa por activa de la parte demandante, respetuosamente solicito que se confirme la sentencia proferida el 26 de noviembre de 2024, proferida por el Juzgado Segundo Municipal de Cali.

2. **Argumentos subsidiarios**

En segundo lugar, aun cuando se ha demostrado con suficiencia que no es posible reconocer las pretensiones de la demanda y en ese sentido la sentencia de primera instancia está llamada a ser confirmada, en el remoto evento en el que el H. Despacho decidiera desechar los anteriores argumentos, se deberá llegar a la misma conclusión de rechazo de las pretensiones de la demanda, teniendo en cuenta que:

**A. EL CONTRATO DE SEGURO NO. 34VD-5015959 ES NULO POR  
RETICENCIA DEL ASEGURADO**

Como es de conocimiento de este Despacho, la trascendencia del principio de la buena fe en el contrato de seguro es de tal magnitud que incluso ha sido catalogado como un contrato de ubérrima buena fe, de allí que el artículo 1058 del Código de Comercio imponga al asegurado la obligación de declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, so pena, que se imponga la sanción consagrada legalmente, esto es, la **nulidad relativa del contrato**, y realmente no puede ser de otra manera, dada que esas declaraciones reticentes, inexactas y contrarias a la realidad vician el consentimiento de la aseguradora en cuanto al riesgo trasladado que esta decide asumir.

En el caso que nos ocupa, se tiene suficientemente acreditado que el señor ALEXANDER MARÍN LARRAHONDO libre y voluntariamente decidió no declarar con sinceridad las patologías que aquel padecía con anterioridad al diligenciamiento y suscripción de la declaración de asegurabilidad, y de las cuales tenía pleno conocimiento, pues tal y como el demandante lo indicó en la diligencia llevada a cabo el pasado 26 de noviembre de 2024, aquel era consciente que tenía todas las patologías que constan en su historia clínica y que dieron lugar a la declaratoria de su incapacidad total y permanente, y aun cuando se le preguntó de manera expresa<sup>1</sup>, prefirió omitirlas en el diligenciamiento de la solicitud del seguro porque “muchas veces las aseguradoras excluían la cobertura” y porque consideró que “no eran relevantes”, aun cuando es médico de profesión.

---

<sup>1</sup> Se le preguntó de manera expresa (i) si le habían detectado la presencia de anticuerpos contra el VIH positivo o le habían diagnosticado SIDA, (ii) si estaba bajo algún estudio o tratamiento por síntomas, manifestaciones o cirugías pendientes, (iii) si padecía enfermedades cardiovasculares, de las arterias coronarias, diabetes, trombosis, trastornos inmunológicos o reumatológicos, enfermedades mentales, le han hecho algún tratamiento quirúrgico por obesidad, (iv) e incluso, se le pregunto si padecía o había padecido alguna otra enfermedad que no se hubiese mencionado expresamente en el cuestionario, el señor ALEXANDER MARIN LARRAHONDO respondió que NO.

En refuerzo de ello, basta con remitirnos a los dictámenes emitidos por la Junta Regional de Invalidez del Valle del Cauca el 07 de octubre de 2022, y la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, el 16 de agosto de 2023, en los que se evidencian los diagnósticos que dieron origen a la incapacidad total y permanente dictaminada y que, a su vez, promovieron el reclamo ante mi representada:

- Deficiencia de vitamina D
- Diabetes mellitus insulino dependiente con otras complicaciones especificadas
- VIH
- Episodio depresivo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Esteatorrea pancreática
- Incontinencia fecal
- Insuficiencia venosa
- Malabsorción intestinal
- Polineuropatía

Ahora bien, vistos los diagnósticos que se tuvieron en cuenta para determinar la invalidez que se le calificó al demandante, es preciso señalar que, de la revisión de la historia clínica aportada con la reclamación y que obra en el expediente, de la Fundación Valle de Lili, sin entrar a detallar todas las patologías que padecía el demandante y que no fueron informadas a mi representada al momento de celebrar el contrato de seguro (19 de marzo de 2021), pese a que se le preguntó expresamente, se evidencian los siguientes diagnósticos que motivaron la pérdida de capacidad laboral:

- Por lo menos desde el 30 de mayo de 2020 se le había diagnosticado la “*deficiencia de vitamina D, no especificada*”, conforme consta en la página 276
- Por lo menos para el 23 de enero de 2017 ya había sido diagnosticado con la “Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (vih), sin otra especificación”, conforme consta en la página 3 y que de hecho aclara el registro clínico por la

especialidad de infectología *“paciente a quien evalué el 23/09/2016, tiene diagnóstico de infección avanzada por VIH”*

- Para el 24 de noviembre de 2017, ya había sido diagnosticado y tratado por la patología de “Episodio depresivo, no especificado” y se aclara que *“desde hace aprox un año ha tenido reactivación de síntomas depresivos”* conforme consta en la página 137.
- Al menos para el 23 de noviembre de 2017, ya había sido diagnosticado con “Esteatorrea pancreática”, conforme consta en la página 142.
- Para el 22 de enero de 2021 ya había sido diagnosticado con “Incontinencia fecal”, conforme consta en la página 414, consulta en la que además se registra que el paciente *“refiere cuadro de aprox. 1 año de evolución de cambio en el habito intestinal (...) desde hace 10 meses aprox episodios de incontinencia. Uso de pañales”* y en el acápite de análisis y conducta describe *“paciente conocido por el servicio, en la manometría hay reporte de compromiso de esfínter anal interno el cual estaría explicado por antecedentes de esfínterotomía anal hace varios años”*
- Al menos desde el 02 de enero de 2018, había sido diagnosticado con “Malabsorción intestinal, no especificada”, conforme consta en la página 152.
- Desde el 05 de abril de 2018 había sido diagnosticado con “Polineuropatía”, conforme consta en la página 211:
- Para el 23 de enero de 2017, ya había sido evaluado y diagnosticado con “Trastorno de ansiedad generalizada”, conforme lo registrado en la página 3, registro en el que consta, además, que *“para l 20.12.2016 trastorno de ansiedad generalizada fue evaluado por psiquiatría”*:

Adicionalmente, se observan los siguientes diagnósticos, que, si bien no se tuvieron en cuenta para dictaminar la invalidez, también fueron omitidos a mi representada al momento de celebrar el contrato de seguro:

- Para el 14 de enero de 2021 fue diagnosticado con “cirrosis”, según consta en la página 406.

- Para el 20 de enero de 2021 fue diagnosticado con “anemia”, según registra en la página 413.
- Desde el 20 de marzo de 2018, había sido diagnosticado con “defectos de la coagulación”, según se evidencia en la página 150.
- Desde el 15 de diciembre de 2017 había sido diagnosticado con “embolia y trombosis”, conforme consta en la página 156.

Adicionalmente, no puede perderse de vista que el demandante se había sometido a intervención quirúrgica desde octubre de 2013 para tratar la obesidad severa, tal y como se evidencia en la página 1 de la HC en la que se indica “*con historia de obesidad severa, operado de sleeve gástrico en octubre de 2013*”, y así lo reafirmó el demandante en la diligencia del pasado 26 de noviembre.

Pese a lo anterior, aun conociendo tales antecedentes para la fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad (**19 de marzo de 2021**), la cual se encuentra firmada con su puño y letra como signo de aceptación y consentimiento frente a la información allí contenida y suministrada, tal y como lo admitió el señor MARIN LARRAHONDO en su interrogatorio, aquel indujo en error a mi representada al no informar su verdadero estado de salud, generando así un vicio en el consentimiento en la manifestación de voluntad por parte de la aseguradora y además, vulnerando su buena fe.

Adicionalmente, no puede perderse de vista que el primer párrafo de la solicitud de asegurabilidad, titulado como IMPORTANTE, indica clara y expresamente que los datos proporcionados en dicho cuestionario son importantes al momento de analizar el riesgo y tomar una decisión sobre su aceptación, pues dicha información se utiliza con **la única finalidad** de conocer el estado del riesgo dentro del proceso de suscripción del contrato de seguro. Así mismo se indica al potencial asegurado que conteste todas las preguntas sinceramente y con absoluta veracidad por cuanto la inexactitud produce la anulación del seguro.

Lo anterior tiene relevancia en la medida en que, tal y como lo indica el referido artículo 1047 del código de comercio, a partir de la declaración de asegurabilidad se determinan “9) *Los riesgos que el asegurador toma su cargo*”, lo cual evidencia de manera contundente que el estado del riesgo que asumí mi representada era completamente contrario a la realidad y al verdadero estado de salud del señor MARIN LARRAHONDO. Adicionalmente, el documento firmado por el demandante, indica claramente que la aceptación del riesgo por parte de Colmena se da en las condiciones declaradas, de manera que no siendo el verdadero estado de salud el que fue trasferido a mi representada, claramente ninguna obligación le asiste.

En mérito de lo expuesto, se encuentra acreditado que (i) el señor MARIN LARRAHONDO incumplió su obligación de declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo y (ii) que, de haber conocido los antecedentes médicos de aquel, mi representada se habría retraído de celebrar el contrato, tal y como lo manifestó el Dr. Gutierrez en el concepto médico que fue aportado con el escrito de contestación. Lo anterior nos lleva a concluir que indefectiblemente se deberá dar aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio al haberse verificado los supuestos que prevé la norma.

## **B. COLMENA SEGUROS S.A. NO ESTABA EN LA OBLIGACIÓN DE REALIZAR EXÁMENES MÉDICOS AL DEMANDANTE**

Tampoco resulta viable la aplicación del inciso 4º del artículo 1058 del C. de Co., el cual hace referencia a aquellos casos en los cuales no se vicia de nulidad relativa el contrato de seguro cuando la aseguradora hubiera conocido o debido conocer el verdadero estado del riesgo, pues tal y como lo indicó la representante legal de COLMENA SEGUROS S.A., en la diligencia llevada a cabo el 26 de noviembre de 2024, dada la declaración del señor MARIN LARRAHONDO, en donde manifestó expresamente no padecer enfermedades, mi representada no vio la necesidad de efectuar exámenes médicos, porque en ejercicio de la ubérrima buena fe que rige los contratos de seguro, mi representada confió legítimamente en las manifestaciones del señor.

Lo anterior cobra refuerzo además en el contrato de seguro, dado que la Condición Novena de las Condiciones Generales, relativa a los requisitos de asegurabilidad, indica que para créditos de consumo, en atención a la edad (45 años) y el monto del crédito (\$55.489.836), para el caso concreto se exigía solamente el diligenciamiento de la solicitud del seguro, salvo que el asegurado manifestara “*no gozar de buena salud en la declaración de asegurabilidad, motivo por el cual se te solicitará la realización de un examen médico y aquellos exámenes adicionales que Colmena estime convenientes para la adecuada evaluación del riesgo*”, todo lo cual se encuentra igualmente replicado en la Solicitud/Caratula de la Póliza señalado como nota importante al inicio de dicho documento.

Sin embargo, a mi representada se le anuló dicha posibilidad, pues nunca se le informó el verdadero estado del riesgo y por el contrario, el asegurado manifestó gozar de buen estado de salud y omitió informar que tenía enfermedades relevantes y significativas previas. En ese sentido, es claro que no puede imponerse a la aseguradora un imposible y agotar todos los medios existentes para verificar no solo el estado del riesgo, sino que además debe adoptar una conducta de presunción de mala fe o contraria a la confianza en la que se basa el contrato de seguro, suponiendo de antemano que el potencial asegurado no está manifestando su verdadero estado de salud.

Adicionalmente, no puede perderse de vista que por expresa disposición legal, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1158 del Código de Comercio, aun cuando la aseguradora prescinda de la realización del examen médico, por tratarse de una mera facultad de aquella, el asegurado no se exime de su obligación de declarar sinceramente su estado de salud, y mucho menos, de las sanciones igualmente dispuestas en el artículo 1058 del mismo estatuto, relativas a la nulidad relativa por reticencia.

**C. AUN CUANDO NO EXISTE NINGUNA EXIGENCIA LEGAL DE DEMOSTRAR UN NEXO CAUSAL ENTRE LO OMITIDO Y LA CAUSA DEL POTENCIAL SINIESTRO, EN ESTE CASO SE ENCUENTRA CONFIGURADA LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD.**

De acuerdo con lo ampliamente expuesto, en el caso que nos ocupa se encuentra suficientemente acreditado que las patologías que dieron lugar a la declaratoria de la Incapacidad Total y Permanente que hoy padece el demandante, tienen plena relación con las patologías que fueron omitidas a mi representada al momento de la celebración del contrato de seguro, cuya afectación hoy se persigue.

**D. INEXISTENCIA DE RIESGO ASEGURABLE.**

Dado que uno de los elementos esenciales del contrato de seguro, conforme lo dispuesto en el artículo 1045 del Código de Comercio, es el riesgo asegurable, esto es, 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*” y que no puede constituir riesgo asegurable los hechos ciertos por cuanto son “*extraños al contrato de seguro.*”, es importante destacar que las patologías diagnosticadas, conocidas por el demandante y no declaradas constituyen un hecho cierto inasegurable a la luz de las normas que regulan el contrato de seguro, es decir, dicho riesgo era pretérito al momento de la celebración del contrato de seguro y por tal motivo no puede ser considerado como objeto de cobertura.

**E. AUSENCIA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA NO. 34VD-5015959 POR EXPRESA EXCLUSIÓN CONTRACTUAL.**

En el contrato de seguro cuya afectación se persigue, se estipuló una expresa exclusión aplicable al amparo de Incapacidad Total y Permanente, relativa a enfermedades originadas o derivadas de una enfermedad preexistente, tal y como consta en la condición tercera, en la que se indica:

“Ninguna de las coberturas del seguro cubre los eventos que sean consecuencia de:

- Patologías o enfermedades, físicas o mentales, congénitas o adquiridas que sean preexistentes, es decir, que hayan sido diagnosticadas, o conocidas por el asegurado, o por la cual se haya recibido tratamiento, y no hayan sido declaradas por el asegurado con anterioridad al inicio de vigencia del seguro.” (Subraya y negrilla nuestra)

Por lo tanto, dado que la Incapacidad Total y Permanente del señor MARIN LARRAHONDO tuvo origen en unas enfermedades preexistentes, diagnosticadas, tratadas medicamente, y eran plenamente conocidas por aquel con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro, y aun así no solo decidió no informarlas a mi representada, sino que voluntaria y expresamente, al plasmar su firma, manifestó no padecer ni haber padecido ninguna enfermedad para el momento de la declaración, es claro que aun en el evento en que se decidiera dar validez al contrato, estaríamos frente a un riesgo excluido y en consecuencia, a mi representada no le asiste obligación indemnizatoria alguna, toda vez que en la delimitación del riesgo asumido por COLMENA SEGUROS S.A., válidamente se excluyeron aquellos eventos de patologías o enfermedades que existían previa a la suscripción del contrato de seguro y no fueron declaradas.

3. **Consideraciones especiales en el evento en que se revoque la decisión de rechazar las pretensiones de la demanda:**

Sin perjuicio de los argumentos ampliamente expuestos, en el remoto evento en que se rechacen los anteriores argumentos, se deberá tener en cuenta que:

- La responsabilidad de mi poderdante se encuentra limitada al valor de la suma asegurada máxima establecida en el seguro, la cual se erige como un tope o límite insuperable y por encima del cual no se podrá proferir condena en contra de COLMENA SEGUROS S.A.

- No podrá ser condenada mi representada al reconocimiento de intereses moratorios, en la medida en que ni judicial ni extrajudicialmente ha acreditado el demandante ante mi representada el derecho a la indemnización que actualmente reclama, por lo tanto, solo podrá condenarse a mi representada al pago de intereses moratorios, desde la ejecutoria de la sentencia que declare la existencia del derecho del demandante y en consecuencia, la existencia de tal obligación.
- En todo y cualquier caso, deberá reconocerse la Improcedencia del cobro de intereses moratorios e indexación, pues consistiendo la obligación de la Aseguradora cuyo pago se reclama a través del presente proceso en una obligación dineraria, es claro que los respectivos perjuicios que pudieron haberse generado como consecuencia de la falta de pago de la misma, están dados de manera exclusiva por los respectivos intereses moratorios generados desde la fecha en que supuestamente ha debido producirse el pago de la indemnización, pues son los intereses el fruto natural que produce el dinero, intereses moratorios que, por demás, no procede su cobro de manera concurrente con la indexación al compensar estos dos mecanismos un mismo perjuicio, cual es la pérdida de poder adquisitivo del dinero a través del tiempo.

### SOLICITUD

En mérito de lo expuesto, así como en razón a todos los argumentos que han sido esgrimidos a lo largo del litigio, y las pruebas que se decretaron y practicaron válidamente al interior del mismo, respetuosamente le solicito al H. Despacho, se sirva confirmar en su totalidad la sentencia proferida en primera instancia y en consecuencia, se denieguen la totalidad de las pretensiones incoadas en la demanda.

Subsidiariamente, de conformidad con lo expuesto, solicito que se limite la responsabilidad de mi representada de acuerdo con los términos y condiciones que rigen el contrato de seguro cuya afectación se pretende, y particularmente, la suma asegurada válidamente pactada.

**NOTIFICACIONES**

Por último, me permito manifestar que recibiré notificaciones en todos y cada uno de los correos electrónicos que se enlistan a continuación [ljsanchez@velezgutierrez.com](mailto:ljsanchez@velezgutierrez.com), [mrojas@velezgutierrez.com](mailto:mrojas@velezgutierrez.com) y [notificaciones@velezgutierrez.com](mailto:notificaciones@velezgutierrez.com)

Del Señor Juez, respetuosamente,



**RICARDO VÉLEZ OCHOA**  
C.C. 79.470.042 de Bogotá  
T.P. 67.706 del C. S. de la J.