

**República de Colombia**  
**Rama Judicial**



**TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ, D.C.**  
**SALA CIVIL DE DECISIÓN**

Bogotá D.C., diecisiete (17) de junio de dos mil veinticuatro (2024)

MAGISTRADA PONENTE: **ANGELA MARÍA PELÁEZ ARENAS**  
RADICACIÓN: **11001-31-99-003-2022-04249-02**  
PROCESO: **PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR**  
DEMANDANTE: **SANDRA MILENA RUBIO ZULUAGA**  
DEMANDADO: **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y/O**  
ASUNTO: **IMPUGNACIÓN SENTENCIA**

De conformidad con el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, decide el Tribunal el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada, frente a la sentencia proferida el 26 de junio de 2023, por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, en el asunto del epígrafe.

**I. ANTECEDENTES:**

1. La demandante, en el libelo incoativo solicitó que, “*se ordene a la entidad aseguradora accionada BBVA SEGUROS el pago de la póliza de BBVA SEGUROS se desconoce el número de la póliza que ampara el crédito #9552 por valor de CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS \$434.383.370. Se ordene el pago de los intereses moratorios previstos en el artículo 1080 del Código de Comercio desde el mes siguiente a la primera reclamación hasta la fecha de pago de la sentencia (...)*”.

2. Como sustento de sus aspiraciones, la parte actora expresó que adquirió un crédito hipotecario identificado con el No. 9552 por valor de \$434.383.370, con el Banco BBVA Colombia. Agregó que para amparar ese préstamo adquirió una póliza con “*BBVA Seguros*”.

Comentó que el 01 de marzo de 2022 le fue notificada por parte del Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía, una disminución en su capacidad profesional del 57.40%, por tanto, decidió reclamar ante “*la entidad aseguradora accionada BBVA Seguros a través de derecho de petición que radicó el día 29 de agosto de 2022*”, sin obtener respuesta alguna a su requerimiento.

3. La compañía BBVA Colombia S.A., se opuso a la ambicionado en el introductor y formuló varias excepciones. Sin embargo, la Superintendencia Financiera de Colombia por auto del 20 de enero de 2023, estimó que el banco contestó la demanda de manera extemporánea, decisión que no fue objeto de recurso alguno.

4. Tras haberse vinculado a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. como litisconsorcio necesario por pasiva, durante el traslado de la demanda guardó absoluto silencio.

## II. SENTENCIA APELADA

Agotado el trámite correspondiente a esta clase de asuntos, el Superintendente Delegado de primera instancia resolvió:

**PRIMERO: DECLARAR** probada de oficio la excepción de FALTA DE ACREDITACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL (...) respecto del BANCO BBVA COLOMBIA S.A. y, por ende, negar las pretensiones frente a dicha entidad financiera (...).

**SEGUNDO: DECLARAR CONTRACTUALMENTE RESPONSABLE** a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. por el incumplimiento de contrato de seguro de vida individual, al cual está vinculado el crédito hipotecario terminado en 9552 de titularidad de la demandante SANDRA MILENA RUBIO ZULUAGA, al negar el reconocimiento del amparo de incapacidad total y permanente reclamado por la hoy demandante.

**TERCERO: CONDENAR** a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. a pagar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la ejecutoria de esta decisión, la suma correspondiente al valor asegurado (saldo insoluto de la deuda al momento del siniestro) en la póliza de vida objeto de litigio, esto es, la suma de \$435.000.000, en el cual funge como tomadora asegurada la señora SANDRA MILENA RUBIO ZULUAGA, pago que deberá realizarse en primera medida al crédito terminado en el No. 9552 de su titularidad y en caso de existir remanente, a favor de la demandante, más los intereses de que trata el artículo 1080 del Código de Comercio desde el 1 de febrero de 2023.

**CUARTO: NEGAR** las demás pretensiones de la demanda (...).

Lo anterior con base en los siguientes razonamientos:

(...) el problema jurídico a abordar lo constituye, en el ejercicio de la acción de protección al consumidor financiero, definir si existe responsabilidad contractual por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y/o BBVA COLOMBIA S.A. en virtud del contrato de seguro vida individual que fungió como garantía adicional del crédito hipotecario terminado en 9552, con ocasión al amparo de incapacidad total y permanente, debido a la calificación de pérdida de capacidad laboral dictaminada a la demandante el día 2 de agosto del 2022 con un porcentaje del 57.40%.

Al respecto, cumple anotar que el legislador facultó a las compañías de seguros para que, atendiendo a unos parámetros económicos, legales y técnicos - propios de la actividad aseguradora- pudieran éstas asumir a su arbitrio, con la salvedad de los seguros obligatorios, los riesgos que le sean puestos a su consideración. Prerrogativa que encuentra fundamento en el artículo 1056 del Código

*de Comercio el cual dispone “Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurable o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”, sin que ello conlleve la convalidación de cláusula abusivas expresamente prohibidas por el legislador al punto que se tendrán por no escritas, tal y como lo establece el parágrafo del artículo 11 de la Ley 1328 de 2009, sin perjuicio también de las consecuencias de no haberle informado las condiciones al tomador asegurado.*

*En efecto, ni la facultad dada por la ley a las aseguradoras para la delimitación de los riesgos que ha de amparar, ni la naturaleza de adhesión del contrato de seguro, permiten a la compañía aseguradora sustraerse de las obligaciones establecidas por la ley, en especial aquellas de protección al consumidor financiero de que da cuenta el título I de la Ley 1328 de 2009. Entre ellas, el deber de información predicable de dichas entidades vigiladas, conforme lo pregonan el literal c del artículo 7 de la Ley 1328 de 2009, y que por virtud del artículo 38 de la Ley 153 de 1887 y artículo 871 del Código de Comercio, se encuentran incorporados en toda relación contractual de una entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia.*

*Sobre el particular, atendiendo que en el presente caso, la controversia encuentra su fundamento en el proceso de reclamación adelantado ante la materialización de un riesgo asegurado en el marco de la obligación condicional del contrato de seguro, se debe proceder entonces -en principio- a la verificación del cumplimiento de las cargas impuestas por el legislador tanto al asegurado beneficiario como a la aseguradora en el artículo 1077 del Código de Comercio, en virtud de la cual corresponde al asegurado el demostrar la ocurrencia del siniestro así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso, y al asegurador el demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad, de conformidad con la carga establecida en el mismo inciso primero del artículo 167 del Código General del Proceso, en el cual se establece “Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”.*

*Para dicho propósito, lo primero que cumple precisar es cuáles fueron las condiciones de la cobertura del amparo reclamado, que como se expuso, es el de incapacidad total y permanente.*

*Sobre el particular, desde el libelo inicial la parte demandante ha sido enfática en señalar que no conoció de la existencia de póliza de vida objeto de litigio, aspecto frente al que en interrogatorio de parte puntualizó que la asesora al momento de la suscripción del crédito no le mencionó nada con respecto a la suscripción de una póliza de vida que fungiera como garantía adicional del crédito hipotecario adquirido.*

*Ahora bien, en lo que guarda relación con este aspecto, como ya se expuso en los antecedentes de esta decisión, las entidades demandadas no contestaron la demanda, lo que impidió desde un principio conocer o determinar la naturaleza de la póliza tomada y reclamada.*

*Súmese a lo anterior, que los representantes legales de las entidades aseguradora y financiera en sus interrogatorios de parte, tampoco permitieron establecer el tipo de póliza asociada al crédito hipotecario, pues en sus exposiciones*

hicieron mención a que se trataba de una póliza de vida grupo deudor y no individual como quedó visto en la solicitud de certificado individual ya citada.

Frente a las condiciones de la póliza, véase que la entidad aseguradora aportó el clausulado de la Póliza de Seguro de Vida Individual BBVA derivado 042, donde refiere que la cobertura es la siguiente:

“1.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE, QUEDARE INCAPACITADO EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN HASTA POR EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE ANEXO Y QUE CONSTA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O EN SUS CONDICIONES PARTICULARES. PARA EFECTOS DE ESTE BENEFICIO, INCLUYENDO LOS REGÍMENES ESPECIALES, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, **LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO COMO RESULTADO DE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD, QUE LE IMPIDA TOTAL Y PERMANENTEMENTE REALIZAR CUALQUIER ACTIVIDAD U OCUPACIÓN.** DICHA INCAPACIDAD SE CONSIDERARÁ SIEMPRE Y CUANDO HAYA PERSISTIDO POR UN PERIODO CONTÍNUO NO INFERIOR A CIENTO VEINTE (120) DÍAS COMUNES Y CUANDO LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EVALUADA POR LA ASEGURADORA O CALIFICADO POR LAS JUNTAS REGIONAL Y NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SEA SUPERIOR AL 50% Y NO HAYA SIDO PROVOCADA A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO. SIN PERJUICIO DE CUALQUIER CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO SE CONSIDERARÁ COMO TAL: (I) LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN POR AMBOS OJOS, (II) LA PÉRDIDA DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES, (III) LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE; (IV) LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO O DE TODO UN PIE JUNTO CON LA VISIÓN POR UN OJO; (V) LA PÉRDIDA DEL HABLA O DE LA AUDICIÓN. ESTE AMPARO SE CONFIGURA EXCLUSIVAMENTE CON LA FECHA DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD, LA CUAL SE CONSIDERARÁ LA FECHA DEL SINIESTRO, Y SU INDEMNIZACIÓN NO ES ACUMULABLE AL SEGURO DE VIDA; POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR DICHA INCAPACIDAD, LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO INCAPACITADO”. (subrayado por la Delegatura).

Pero por su lado, la entidad financiera frente al requerimiento de aportar las políticas del seguro de vida objeto de litigio, aportó documento que hace relación a pólizas de vida grupo o colectivas que, como ya se señaló, no corresponde a la que se vinculó la demandante por cuenta del crédito hipotecario tomado por la misma y que además difiere de las condiciones de la cobertura de incapacidad total y permanente para el de vida individual.

Aunado a la confusión que tiene la pasiva sobre la póliza contratada, tampoco encuentra la Delegatura acreditado que se le hayan informado las condiciones del seguro adquirido. Recuérdese en este punto que es deber del asegurador hacer entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías, so pena de que sean ineficaces.

*De cara a esta situación, con las pruebas oficiosas decretadas por la Delegatura, a las dos entidades se les requirió para que aportaran la prueba de la entrega de las condiciones, lo cual fue respondido por la aseguradora señalando que: “Comprobante de entrega de la póliza de vida grupo deudor, certificado individual y sus condiciones generales y particulares a la demandante: Es el mismo solicitud/certificado de seguro, allí se certifica con la doble firma de la misma” (derivado 042); aspecto que ratificó la representante legal de esa entidad en su interrogatorio de parte, sin perjuicio que aquella no estuvo al momento de la vinculación, pero que de forma alguna prueba que realmente la demandante recibió dicha información.*

*En este punto, es de relieves que conforme a la ley 1328 de 2009 en su artículo 7º, se establece como obligaciones especiales de las entidades vigiladas: “b) Entregar el producto o prestar el servicio debidamente, es decir, en las condiciones informadas, ofrecidas o pactadas con el consumidor financiero, y emplear adecuados estándares de seguridad y calidad en el suministro de los mismos. c) Suministrar información comprensible y publicidad transparente, clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado”.*

*Siendo así las cosas, no existiendo discusión por las partes, sobre que si tenía la demandante el amparo de incapacidad total y permanente, lo cual se ratifica del material probatorio recaudado en instancia, sumado a que para tal efecto debía tener una calificación superior al 50%, al ser el punto de negativa del pago del amparo, conforme lo dicho por la representante legal de la aseguradora en interrogatorio de parte que la incapacidad que cubre es la que le impida “total y permanentemente realizar cualquier actividad u ocupación” al asegurado, lo cual no ocurre en el caso de la accionante; es de ver que dicha condición o cobertura no aparece probado sea la que se le haya informado y, por tanto, le sea eficaz.*

*En este orden de ideas, tal condición no puede ser valorada con los efectos esperados por la pasiva y, por ende, se pasa a determinar si se acreditó la cobertura de acuerdo a lo convenido e informado por la aseguradora a la tomadora asegurada.*

*Bajo este contexto, respecto a la carga que posee la demandante como asegurada, en relación con la acreditación de la ocurrencia del siniestro, téngase presente que en términos del artículo 1072 del Código de Comercio “Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”, pero con la limitación de la información brindada a la tomadora asegurada ya explicada.*

*En estas condiciones, se tiene que, la demandante a la hora de soportar su solicitud de reclamación de la póliza que es materia de este proceso aportó el acta del Tribunal Médico Laboral de la Fuerzas Militares de Colombia No 22-1-588 del 2 de agosto 2022, mediante la cual se le estableció una pérdida de capacidad laboral del 57.40%, por lo que se encuentra acreditada la ocurrencia del siniestro, sin que sea de recibo lo planteado en los alegatos de conclusión por el apoderado judicial de la aseguradora demandada, al mencionar que en el presente caso no se había efectuado siniestro puesto que lo dictaminado a la accionante fue una incapacidad permanente parcial, pues se insiste, no le fue informado las condiciones de la cobertura que se pretende afectar.*

*Y en lo que tiene que ver con la cuantía está delimitada desde la misma adquisición del producto, según solicitud certificado individual, lo era el saldo insoluto de la deuda al momento del siniestro, que según el archivo que aportó el banco BBVA con el requerimiento derivado 057 del expediente correspondía en el mes de agosto de 2022 a la suma de \$435.000.000.*

*Así las cosas, más allá que de acuerdo con la declaración efectuada por la demandante en su interrogatorio, acerca de que labora actualmente realizando asesorías en contratación y administración relacionada con la experiencia adquirida en la fuerza aérea y que está vinculada a través de contrato laboral con la empresa IPG, así como que posterior a su calificación laboró también con el Ministerio del Interior, tal condición, como se mencionó no se demostró le fuera informada y, por ende, eficaz frente a la asunción del riesgo.*

*En esa medida, la demandante acreditó las cargas del artículo 1077 del Código de Comercio y la aseguradora no demostró las causales excluyentes de su responsabilidad por lo que se accederá al reconocimiento del amparo reclamado en las condiciones informadas y pactadas, Ahora bien, en cuanto al reconocimiento de los intereses de que trata el artículo 1080 ibídem, dentro de la actuación tenemos demostrado con las documentales allegadas con la demanda que el 29 de agosto de 2022 anexo “DP Hipotecario BBVA.pdf”, la demandante radicó al Banco BBVA solicitud de cumplimiento de la póliza que respalda el crédito hipotecario terminado en 9552, además remitir dicha comunicación a la aseguradora correspondiente.*

*Frente al particular, el representante legal del Banco en interrogatorio de parte indicó que recibieron la comunicación, que no recuerda con precisión su fecha pero que es posible esté en el libelo introductor y que se le dio traslado a la compañía de seguros, no teniendo la calenda de tal actuación, pero que conoce que en el mes de enero o febrero la aseguradora objetó.*

*Así las cosas, se tiene acreditado que por lo menos para el mes de febrero de 2023 la aseguradora ya había conocido de la reclamación, al punto que objetó la misma para esa mensualidad, razón por la cual el reconocimiento de estos réditos se dará a partir de ese mes (...).*

### **III. LA APELACIÓN**

**1.** En desacuerdo con tal determinación, el procurador judicial de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., esgrimió sus razones de disenso, arguyendo que el sentenciador desconoció el principio de congruencia ya que la parte “demandante JAMÁS incluyó aspiración alguna en punto de solicitar la declaratoria de ineficacia de algunas o todas las cláusulas del contrato y mucho menos la declaratoria de ineficacia de la definición de riesgo asegurado, prevista en el negocio jurídico que suscribió con BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. a causa de la infracción del deber de información (...)”, incluso en la fijación del litigio solo se hizo referencia a la responsabilidad contractual derivada del supuesto incumplimiento o retardo en el pago de la obligación “condicional pactada en el amparo de Incapacidad Total y Permanente del contrato de seguro”, pero “sin ninguna advertencia o referencia a las facultades extra y ultra petita y sin sustentar por qué se consideraba en este caso más justo para las partes estudiar

temas que no fueron pedidos en la demanda, se realizó un análisis de la eficacia de la misma definición del riesgo pactado para el citado amparo” e insistió en que “ni las partes ni mucho menos la delegatura a la hora de fijar el objeto del litigio, contemplaron o incluyeron la discusión de si se había o no vulnerado el deber de información a cargo de BBVA Seguros”.

De igual manera, manifestó que como “argumento central que permitió a la delegatura acceder a las pretensiones de la demanda, se tiene que para el presente asunto y en su concepto, encontró probada la desatención por parte de [su] representada de las obligaciones estatuidas a su cargo por los artículos 37 y 39 de la Ley 1480 de 2011, ratificadas también por la circular básica jurídica 029 de 2014 y en punto de haber informado suficiente y anticipadamente al consumidor sobre la existencia, efectos y alcance de las condiciones del seguro, así como no haberlas entregado anticipadamente al tomador.

Con base en lo anterior, procede entonces el A quo a tener como ineficaz solo un aparte de la definición de cobertura del seguro, aplicando la sanción que prevé el inciso final del citado artículo 37 de la Ley 1480 de 2011. De igual manera y para apoyar su decisión, transcribe un extracto de la sentencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia SC-1301 del 12 de mayo de 2022, en la cual se hace referencia al mentado deber de información y la sanción de ineficacia en modalidad de inexistencia y que entre otras fue tratada también en sentencias SC 6 ago. 2010, exp. 2002-2010, reiterada en SC 13 dic. 2013, exp. 1999.01651-0.

(...)

En ese sentido, se tiene entonces (...) que a la hora de que el fallador determine si se materializó o no el riesgo asegurado o en otras palabras, a la hora de determinar si el hecho alegado como siniestro encuentra o no cobertura en el negocio aseguraticio, se torna intrascendente el estudio respecto de si el asegurador discutió o no las condiciones del seguro con el tomador en la etapa precontractual, por cuanto allí solamente se estudia, si se materializó o no el riesgo asegurado, como elemento esencial del contrato (art. 1045 C. Com).

Esta tesis interpretativa se compadece y es armoniosa también con los literales b) y d) del artículo 6 de la Ley 1328 de 2009, los cuales establecen un mínimo deber de diligencia y autoprotección en cabeza del consumidor financiero, al ordenarle expresamente por lo menos indagar y conocer los términos y condiciones mínimas de la operación que va a realizar y los derechos que adquiere con la adquisición del producto (...).

(...)

En este punto, es importante entonces traer a colación el riesgo puntual al que esta expuesta la demandante Sandra Milena Rubio y que [su] mandante asumió en virtud del contrato de seguro de vida individual deudor No. 02 325 0000005949 (...) y que amparaba la obligación terminada en \*\*9552, el cual quedó delimitado de la siguiente manera:(...) en el condicionado del seguro el cual valga la pena resaltar desde ya, **no fue desconocido ni tachado por parte demandante**

## I. AMPAROS

**II. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE, QUEDARE INCAPACITADO EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN HASTA POR EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE ANEXO Y QUE CONSTA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O EN SUS CONDICIONES PARTICULARES. PARA EFECTOS DE ESTE BENEFICIO, INCLUYENDO LOS RÉGIMENES ESPECIALES, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO COMO RESULTADO DE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD, QUE LE IMPIDA TOTAL Y PERMANENTEMENTE REALIZAR CUALQUIER ACTIVIDAD U OCUPACIÓN. DICHA INCAPACIDAD SE CONSIDERARÁ SIEMPRE Y CUANDO HAYA PERSISTIDO POR UN PERIODO CONTÍNUO NO INFERIOR A CIENTO VEINTE (120) DÍAS COMUNES Y CUANDO LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EVALUADA POR LA ASEGURADORA O CALIFICADO POR LAS JUNTAS REGIONAL Y NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SEA SUPERIOR AL 50% Y NO HAYA SIDO PROVOCADA A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO. SIN PERJUICIO DE CUALQUIER CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO SE CONSIDERARÁ COMO TAL: (I) LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN POR AMBOS OJOS, (II) LA PÉRDIDA DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES, (III) LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE; (IV) LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO O DE TODO UN PIE JUNTO CON LA VISIÓN POR UN OJO; (V) LA PÉRDIDA DEL HABLA O DE LA AUDICIÓN. ESTE AMPARO SE CONFIGURA EXCLUSIVAMENTE CON LA FECHA DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD, LA CUAL SE CONSIDERARÁ LA FECHA DEL SINIESTRO, Y SU INDEMNIZACIÓN NO ES ACUMULABLE AL SEGURO DE VIDA; POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR DICHA INCAPACIDAD, LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO INCAPACITADO.

*En ese sentido, nótese como desde la misma definición/nota de cobertura del amparo de incapacidad total y permanente del aludido seguro, se extrae que el riesgo asegurado es la incapacidad que pueda sufrir el asegurado a causa de una enfermedad o lesión sufrida en vigencia del seguro y que le impida **TOTAL Y PERMANENTEMENTE** realizar **CUALQUIER ACTIVIDAD U OCUPACIÓN**. De igual manera, se establece que en los eventos en que se pretenda afectar el amparo con un dictamen de pérdida de capacidad laboral, **el mismo deberá ser expedido por la junta regional y/o nacional de calificación de invalidez**, aun en los eventos en los que el asegurado pertenezca a un régimen especial.*

(...)

*Expuesto lo anterior y retomando los planteamientos jurídicos esbozados al inicio de este reparo, es claro entonces que **la Delegatura NO podía aplicar la sanción de ineficacia (y menos de forma parcial) sobre la propia delimitación del riesgo asegurado como elemento esencial del contrato, y que hacía referencia a que la incapacidad debía impedir realizar cualquier actividad u oficio, si no que si se quería reprochar tales falencias en punto del deber de información (que no existieron) lo podía hacer solo respecto de las exclusiones puntuales planteadas a la cobertura, tal como lo reconoció la tantas veces citada sentencia SC-1301 del 12 de mayo de 2022.***

*De igual manera, se tiene entonces que también se demostró por parte de esta aseguradora (i) que la demandante siguió laborando en actividades de consulta y asesoría con posterioridad a la expedición del dictamen que enrostra como prueba de la*

configuración del siniestro y devengando un salario de cinco millones cuatrocientos mil pesos (confesión efectuada en audiencia inicial Hora 1 con 17 minutos y 38 segundos; hora 1 con 22 minutos y 10 segundos, y en la hora 1 con 35 minutos y 58 segundos) (ii) que el acta de tribunal médico laboral N°TML-22-1-588 y que determina una PCL del 57.40% no cataloga la incapacidad como total y permanente sino como incapacidad permanente **parcial**, y (iii) que el acta de tribunal médico laboral N°TML-22-1-588 y que determina una PCL del 57.40% no proviene de una junta regional o nacional de calificación de invalidez.

Definido entonces que no era dable para la delegatura tener como ineficaz la definición del riesgo amparado por la cobertura de incapacidad total y permanente y que, a su turno la demandante incumpliendo la carga del artículo 1077 del código de comercio NO aportó elementos de juicio suficientes que permitieran acreditar que el siniestro acaeció en los términos de la citada definición, no quedaba otro camino si no el de despachar negativamente las pretensiones de la demanda.

(...)

Con fundamento en lo anteriormente expuesto y teniendo claro que no era posible inaplicar parcialmente la definición de riesgo asegurado que se contemplaba en el contrato, se solicita revocar la sentencia de primera instancia.”

Otro argumento fue que “en virtud de que el acta del Tribunal Médico Laboral de las Fuerzas Militares de Colombia No. 22-1-588 del 2 de agosto de 2022, NO le fue expedido a la demandante por una junta regional o nacional de calificación de invalidez, sino por un órgano propio de su régimen especial, diáfano era que el mismo NO tenía la virtualidad de demostrar la ocurrencia del siniestro en los términos del artículo 1077 del código de comercio. Por esta razón y no habiéndose pronunciado la delegatura en el sentido de tener también como ineficaz el aparte que exigía tal particularidad, no era posible desde ningún punto de vista, proceder con la afectación del contrato de seguro de vida individual deudor No. 02 325 0000005949 (...) y que amparaba la obligación terminada en \*\*9552”.

De igual manera, expuso que “la demandante Sandra Milena Rubio Zuluaga adquirió el seguro cuando ya se encontraba en trámite su impugnación con miras a aumentar un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 27.56% el cual le había notificado apenas cuatro meses antes y que dicha situación NO fue manifestada al declarar su estado de riesgo, pese a que por ello se le indabaga precisamente. En ese sentido y como se advirtió incluso desde el inicio del presente recurso, se tiene que la demandante adquirió un seguro para garantizar una obligación por un monto de cuatrocientos cincuenta millones de pesos **y que tan solo un mes después de su suscripción pretende afectar, en virtud de un proceso de calificación que había iniciado desde por lo menos once meses atrás (septiembre de 2021).**

(...)

Por su parte (...) tenemos entonces también que la delegatura desconoció la aplicación de la teoría de los actos propios, en punto de la palmaria e injustificada

contradicción entre lo atestado por la demandante en sede de su interrogatorio y lo certificado con su rúbrica al momento de celebrar el contrato de seguro.

*En efecto nótese como al momento de la edificación de la relación aseguraticia, la demandante certificó expresamente y con su propia rúbrica en la parte final del documento denominado como 'solicitud seguro de vida individual' que recibió la información relativa al producto de forma clara y completa y de contera conoció también, que podía consultar las condiciones de su producto en cualquier tiempo y lugar, mediante la página web del banco o de la aseguradora (...).*

(...)

[Y] *la parte demandante en contravía de la carga impuesta en el artículo 167 del C.G.P., no acreditó los elementos configurativos de la responsabilidad civil por infracción al deber de información”.*

2. En el trámite de segunda instancia, el extremo demandado insistió en la revocatoria de la sentencia de primera instancia en los mismos términos de los reparos manifestados inicialmente.

3. A su turno, la demandante pidió la confirmación de la decisión, señalando, en síntesis, que el Delegado tiene la facultad de “*emitir fallos infra, ultra y extra petita*”.

#### IV. CONSIDERACIONES

1. Con el propósito de dar solución a la alzada interpuesta, se hace necesario anotar que, al no avizorarse vicio con la entidad para invalidar lo rituado, esta Sala se circunscribirá a examinar, exclusivamente, los motivos de desacuerdo demarcados por la parte impugnante, acatando los lineamientos de los artículos 320 y 328 del Código General del Proceso, puesto que “*la competencia funcional del juez de segundo grado se limita a pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante*”, integradores de la pretensión impugnativa “*contra los errores de una decisión judicial, [que] marca las fronteras que debe observar el juez del escenario en la segunda instancia, para efectos de su competencia funcional decisoria; salvo, claro está, el orden público, los derechos fundamentales, los principios y valores que informan el sistema democrático en pos de la protección de los derechos y garantías de las personas*”<sup>1</sup>.

2. Delimitada en esos términos la problemática que involucra la resolución de la alzada, comporta memorar que la relación aseguraticia ha sido definida por la doctrina nacional como la concertación entre asegurador y tomador de cubrir un determinado riesgo, cuyos compromisos primordiales se demarcan en el desembolso de la indemnización convenida ante la ocurrencia del siniestro y la de sufragar un costo determinado por dicho aseguramiento, la primera asumida por aquel y la segunda por

---

<sup>1</sup> Sentencia SC2351-2019 de 23 de agosto de 2019, rad. 41298-31-03-002-2012-00139-01.

este último;<sup>2</sup> correspondiéndole al asegurado “(...) *demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, [mientras que al ente asegurador le compete acreditar, según sea el caso,] (...) los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad*”<sup>3</sup>, para no asumir el pago de la prestación contratada; carga probatoria sobre la cual se ha decantado que “[t]ratándose del contrato de seguros, el Código de Comercio, sin dejar de lado la teleología de la norma general del Código Civil (art. 1757), consagra una disposición especial referida a la carga de la prueba, a tono con la cual, le corresponderá al asegurado ‘demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso’ y, por su parte, el asegurador ‘deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad’ (art. 1077), de donde emerge que en esta materia el derecho del asegurado o del beneficiario y la correlativa obligación del asegurador tienen como punto de partida el acontecimiento del siniestro y su cabal demostración por parte del primero, sin perjuicio de las defensas del segundo para demostrar su exclusión de responsabilidad.”<sup>4</sup>

**3.** Partiendo de este breve marco conceptual y jurisprudencial, desde ya se anticipa que la decisión adoptada por la delegatura de conocimiento merece ser revocada, puesto que del acervo probatorio recaudado en las diligencias no se avizora la efectiva probanza de la ocurrencia del siniestro, circunstancia que da al traste con la prosperidad de las pretensiones elevadas por la demandante, en relación con la póliza de seguro de vida individual deudor que servía de garantía adicional al crédito hipotecario No. 0013-0790-81-9600159552 adquirido con el Banco BBVA Colombia.

**3.1.** En efecto, lo primero que debe apuntarse es que, a voces de la Corte Suprema de Justicia, “[r]esulta (...) *de singular importancia al momento de definir las discrepancias surgidas entre las partes en la fase de ejecución del pacto aseguratorio, establecer con precisión la individualización del riesgo asegurado como elemento esencial del contrato, lo que, a su vez, comporta definir de qué manera quedó delimitada su cobertura de acuerdo a los componentes causal, objetivo, espacial y temporal*”<sup>5</sup>, toda vez que el asegurador, sin desatender las restricciones legales, tiene la prerrogativa de asumir a su arbitrio ‘*todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado*’ (art. 1056 ib.). Precisamente, en uso de esa facultad, puede establecer exclusiones por virtud de las cuales limita el riesgo asegurado dejando por fuera de cobertura algunas situaciones que, aunque podrían estar allí comprendidas, de llegar a acontecer no son indemnizables”<sup>6</sup>.

**3.2.** Desde esa perspectiva, nótese, primeramente, que al interior de las diligencias obra el documento rotulado “*PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL BBVA*” -para afianzar el crédito tomado por Sandra Milena Rubio Zuluaga- en la que aparece pactada como cobertura básica la Incapacidad Total y Permanente, así: “*SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE, QUEDARE*

---

<sup>2</sup> Lisandro Peña Nossa. Contratos Mercantiles Nacionales e Internacionales. 4ª Edición. Pg. 264. El tratadista J. Efrén Ossa G., en su obra Teoría General del Seguro, Pg.1, define este contrato como el traslado del riesgo afianzado al asegurador, a cambio del pago de un importe llamado prima, asumido por una persona conocida como tomador.

<sup>3</sup> Art. 1077 del C. de Cio.

<sup>4</sup> CSJ SC 1301-2022.

<sup>5</sup> Cfr. Teoría General del Seguro. El Contrato. J. Efrén Ossa G. 2º ed. Temis, Bogotá, 1991, págs. 110 – 115.

<sup>6</sup> CSJ SC 1301-2022.

INCAPACITADO EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN HASTA POR EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE ANEXO Y QUE CONSTA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O EN SUS CONDICIONES PARTICULARES PARA EFECTOS DE ESTE BENEFICIO, INCLUYENDO LOS REGÍMENES ESPECIALES, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO COMO RESULTADO DE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD, QUE LE IMPIDA TOTAL Y PERMANENTEMENTE REALIZAR CUALQUIER ACTIVIDAD U OCUPACIÓN. DICHA INCAPACIDAD SE CONSIDERARÁ SIEMPRE Y CUANDO HAYA PERSISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO INFERIOR A CIENTO VENTE (120) DÍAS COMUNES Y CUANDO LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EVALUADA POR LA ASEGURADORA O CALIFICADA POR LAS JUNTA REGIONAL Y NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SEA SUPERIOR AL 50% Y NO HAYA SIDO PROVOCADA A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO (...). Entramado contractual que deja al descubierto el deber de la actora frente a la probanza del acaecimiento del riesgo amparado en los términos de la relación aseguraticia ajustada, esto es, la estructuración de su incapacidad total y permanente, y que “le impida total y permanentemente realizar cualquier actividad u ocupación”, si su aspiración era alcanzar el reconocimiento dinerario deprecado en el introductor.

**3.3.** Sin embargo, en el Acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. TML22-1-588, emitida el 2 de agosto de 2022 por los médicos de Sanidad de la Fuerza Aérea Colombiana, se hizo constar en el acápite de “*Clasificación de las Lesiones o afecciones y calificación de capacidad para el servicio*”, lo siguiente: **INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL – NO APTA PARA ACTIVIDAD MILITAR**<sup>7</sup>. Atestación científica en la que salta a la vista que la incapacidad dictaminada por la referida autoridad es distinta a la acordada como riesgo asegurado en el contrato de seguro adquirido por la aquí demandante.

Aunado a lo anterior, no puede perderse de vista que la actora en su interrogatorio ante la pregunta *¿cuál era su ocupación actual?* Respondió: “Yo hago asesorías (...) de administración, contratación (...)”, y ante las interpelaciones del apoderado de la aseguradora demandada, referente a su actual actividad laboral, precisó: “A pesar de la disminución laboral que a mí me da el Tribunal Médico, yo tengo una disminución física mas no una disminución laboral mental y, por eso, con la experiencia que yo tengo a lo largo de mi tiempo de trabajo, yo puedo hacer este tipo de asesorías, es más necesito hacerlas, porque yo tengo un niño pequeño que debo sacar adelante, tengo deudas como las del BBVA que debo pagar, entonces, en este momento, mi necesidad es seguir trabajando (...) entonces, a partir de agosto de 2022 solamente he trabajado con una empresa (...) IPG (...) [mediante] contrato laboral (...) desde septiembre del año 2022”. Asimismo, manifestó devengar un salario de \$5.400.000 mensualmente

**3.4.** Y es que sin efectuar mayores disquisiciones, al constatar la literalidad del amparo contratado y las conclusiones a las que arribó el Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía en el acta anexa al plenario por la propia actora,

---

<sup>7</sup> Negrillas subrayadas fuera de texto.

fácilmente se infiere que su calificación no radicó en una incapacidad permanente total sino parcial; conclusión que descarta la comprobación del siniestro en los términos pactados en el seguro orquestado; elemento de convicción analizado que para esta Colegiatura se encuentra revestido de alto valor probatorio, si en mente se tiene que fue elaborado por “(...) un organismo, como su nombre lo indica, de naturaleza médico laboral Militar y de Policía, encargado prevalentemente de (i) valorar y registrar las secuelas definitivas de las lesiones o afecciones diagnosticadas; (ii) clasificar el tipo de incapacidad psicofísica y aptitud para el servicio activo, pudiendo recomendar la reubicación laboral cuando así lo amerite; (iii) determinar la disminución de la capacidad psicofísica; (iv) calificar la enfermedad según sea profesional o común; (v) registrar la imputabilidad al servicio de acuerdo con el Informe Administrativo por Lesiones; (vi) fijar los correspondientes índices de lesión si hubiere lugar a ello y (vii) las demás que le sean asignadas por Ley o reglamento”<sup>8</sup>.

Situadas de ese modo las cosas, y a partir del examen holístico de los elementos de juicio que incumben a este litigio, no refrendan la ocurrencia de las vicisitudes que exigía el éxito de la demanda, pues como viene de verse no se acreditó que la incapacidad de la actora sea total, es decir que le impida realizar cualquier tipo de actividad u ocupación, al punto que, a la fecha de presentación de la demanda y del fallo de primer grado la señora Rubio Zuluaga tiene vigente un contrato laboral con la compañía IPG devengando un salario mensual desde el mes de septiembre de 2022.

**3.5.** Adicionalmente, cumple destacar que en el pliego incoativo se pidió “el pago del crédito #9552 por valor de CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS \$434.383.370” -sin que se observe esfuerzo alguno por parte del extremo activo en petitionar la ineficacia de las cláusulas del contrato- proscenio demandatorio que exigía del fallador circunscribirse a la cuestión litigada, habida cuenta que, a voces de la Corte Suprema de Justicia, “(...) el juez no puede invadir los dominios del demandante para poner en [la demanda] lo que éste no planteó, pues con tal proceder el juez desplaza a la parte en su actividad, irrumpe ilegítimamente en la esfera de la autonomía privada y menoscaba el principio dispositivo que ilustra el sistema procesal civil”<sup>9</sup>.

**3.6.** En esas condiciones, no estaba habilitado el *a quo* para exceder los límites impuesto por el artículo 281 del C.G. del P., ni siquiera acudiendo a las facultades consagradas en el artículo 58 numeral 9 de la Ley 1480 de 2011, porque, como lo ha retirado este Tribunal, “tales atribuciones decisionales no pueden ser entendidas en términos absolutos, pues su ejercicio se ve alinderado por el respeto a los derechos superlativos del debido proceso, defensa y contradicción, en la medida en que, para proferirse una sentencia allende las pretensiones elevadas en el libelo genitor y las excepciones presentadas en el estadio pertinente, se exige que la facticidad que les sirve de cimiento haya sido conocida por los extremos litigantes, objeto de debate en el decurso de la actuación y acreditada su ocurrencia”<sup>10</sup>. Y en el presente asunto, el

<sup>8</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-009/20

<sup>9</sup> CSJ SC del 24 de septiembre de 2004, Exp. 7491.

<sup>10</sup> TSB SC del 4 de marzo del 2022 Exp. 11001 3199 001 2020 88594 01, MP. JPSO, pronunciamiento en el que al explicarse los límites de las facultades *extra-petita* conferidas al juzgador en las distintas cuerdas judiciales, se

marco factual y rogativo que alinderó el escrito iniciático imponía atender la directriz jurisprudencial con la que se ha pregonado que “(...) el contrato de seguro es de interpretación restrictiva y por eso en su ámbito operativo, para determinar con exactitud los derechos y las obligaciones de los contratantes, predomina el texto de la que suele denominarse ‘escritura contentiva del contrato’ en la medida en que, por definición, debe conceptuársela como expresión de un conjunto sistemático de condiciones generales y particulares que los jueces deben examinar con cuidado, especialmente en lo que tiene que ver con las cláusulas atinentes a la extensión de los riesgos cubiertos en cada caso y su delimitación”<sup>11</sup>.

**3.7.** Ahora, no desconoce el Tribunal que el Consejo de Estado, en varios pronunciamientos, ha respaldado “la posibilidad de que, por vía de excepción, se deje de lado la aplicación de regímenes especiales de seguridad social cuando estos impliquen un trato desfavorable y discriminatorio al reconocido por el sistema general contenido en la Ley 100 de 1993 (...)[,] aplica[ndo] al personal de la Fuerza Pública los requisitos exigidos por el Régimen General de Seguridad Social para el reconocimiento de la pensión de invalidez, entre ellos el 50% de la disminución de la capacidad sicofísica (...)”<sup>12</sup>. No obstante que -pese a que el artículo 30 del Decreto 4433 de 2004,<sup>13</sup> reglamentario de la Ley 923 de 2004,<sup>14</sup> el grado de invalidez en el régimen especial de miembros de las fuerzas militares y de policía solo se alcanza con la pérdida del **75%** de su aptitud laboral, porcentaje que no se encuentra acreditado con ninguno de los elementos de convicción arrojados al legajo- con fundamento en el indicado criterio jurisprudencial podría llegarse a realizar una interpretación *pro consumatore*, con el objetivo de tener el porcentaje de incapacidad decretado -57,40%- como grado de invalidez y no como una incapacidad parcial y permanente, en el caso en concreto la narrativa de hechos aducidos en el libelo introductor impiden consolidar tal ejercicio intelectual, dado que el impulsor de esta contienda no se preocupó por

---

citaron decisiones de la Corte Constitucional, el Consejo de Estado, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, y su homóloga Laboral, quienes han decantado que estos poderes decisoriales no escapan ni son extraños al debido proceso, al derecho de defensa que tienen las partes al interior de una contienda judicial, y no pueden convertirse en patente de corzo para analizar facticidades novedosas. Entre otros pronunciamientos pueden consultarse: CC Sentencia C-133 de 2014; T-004/19; Consejo de Estado, Sección Tercera, 2 de septiembre de 2009, radicado 25000-23-25-000-2004-02418-01 (AP); CSJ. STC de 10 de mayo de 2011, exp. 00416-01; reiterada en STC2155-2020 de 28 de febrero de 2020, rad. 41001-22-14-000-2019-00190-01; y CSJ SL2808-2018 de 4 de julio de 2018, rad. 69550, reiterada en SL4885-2019 de 1 de noviembre de 2019, rad. 70788, fallos citados por esta Sala de Decisión en TSB SC del 4 de marzo del 2022 Exp. 11001 3199 001 2020 88594 01.

<sup>11</sup> CSJ SC-002-1998, de 29 de enero de 1998, rad. n.º. 4894, reiterada en SC 4527-2020.

<sup>12</sup> CE 2004-00508 (1325-09) del 23 de febrero de 2017. En ese sentido también puede consultarse, entre otras, la Sentencia CE 2015-00062-01(4491-16) del 20 de septiembre de 2019.

<sup>13</sup> Dicha disposición establece: “**Reconocimiento y liquidación de la pensión de invalidez. Cuando mediante Junta Médico Laboral o Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía, al personal de Oficiales, Suboficiales, Soldados Profesionales y personal vinculado para la prestación del servicio militar obligatorio de las Fuerzas Militares, y de Oficiales, Suboficiales, miembros del Nivel Ejecutivo, Agentes y personal vinculado para la prestación del servicio militar obligatorio de la Policía Nacional se les determine una disminución de la capacidad laboral igual o superior al setenta y cinco por ciento (75%) ocurrida en servicio activo, tendrán derecho a partir de la fecha del retiro o del vencimiento de los tres meses de alta cuando se compute como tiempo de servicio, mientras subsista la incapacidad, a que el Tesoro Público les pague una pensión mensual, que será reconocida por el Ministerio de Defensa Nacional o por la Dirección General de la Policía Nacional.**”

<sup>14</sup> Mediante la cual se señalan las normas, objetivos y criterios que deberá observar el Gobierno Nacional para la fijación del régimen pensional y de asignación de retiro de los miembros de la Fuerza Pública de conformidad con lo establecido en el artículo 150, numeral 19, literal e) de la Constitución Política. Su artículo 3.5 consagra “El derecho para acceder a la pensión de invalidez, así como su monto, será fijado teniendo en cuenta el porcentaje de la disminución de la capacidad laboral del miembro de la Fuerza Pública, determinado por los Organismos Médico-Laborales Militares y de Policía, conforme a las leyes especiales hoy vigentes, teniendo en cuenta criterios diferenciales de acuerdo con las circunstancias que originen la disminución de la capacidad laboral. En todo caso no se podrá establecer como requisito para acceder al derecho, una disminución de la capacidad laboral inferior al cincuenta por ciento (50%) y el monto de la pensión en ningún caso será menor al cincuenta por ciento (50%) de las partidas computables para la asignación de retiro.”

plantear tal posibilidad en su demanda, pues en aquella fase procesal solo se limitó a relatar que tenía un crédito con la entidad bancaria y que se le estructuró una “disminución laboral del 57.40% conforme a tribunal médico” y que no recibió respuesta a la reclamación elevada ante el banco.

**3.8.** Así las cosas, no le era permitido al fallador de conocimiento ordenar a la aseguradora demandada pagar \$435.000.000, con cargo al crédito de libranza terminado en \*\*9552, ya que, se insiste, tal decisión no contó con respaldo fáctico en el libelo genitor, olvidando que “[e]n materia de congruencia flexible, (...) la decisión del fallador, por amplia y garantista que sea, debe ‘guardar relación con el hecho generador del daño planteado en la demanda y en términos generales con la causa petendi’ (...). [Y] le está vedado a la autoridad judicial sorprender a la parte demandada con hechos absolutamente nuevos frente a los que no haya podido pronunciarse y ejercer los derechos de contradicción y defensa”<sup>15</sup>. Escenario que pasó por alto el juzgador de conocimiento, pues encontró demostrado -sin sólida motivación- el siniestro porque la demandante fue calificada con una disminución de la capacidad laboral del 57,40%, a pesar de arrimar como prueba de sus aspiraciones indemnizatorias un Acta del Tribunal Médico Laboral en la que se determinó su Incapacidad Permanente Parcial, condición expresamente no cubierta por el seguro de marras, sin parar mientes que era indispensable que esta calificación fuera efectuada por las juntas de calificación regional o nacional; desconociendo que la Corte Suprema de Justicia recientemente puntualizó que aunque “la Superintendencia puede dirimir causas (...) de forma distinta a lo reclamado por sus impulsores, comoquiera que el numeral 9° del artículo 59 de la Ley 1480 de 2011 así lo autoriza (...), no se trata de una facultad irrestricta, de la que dicha autoridad pueda hacer uso sin ningún tipo de limitaciones, pues es claro que en virtud del deber que les asiste a quienes ejercen jurisdicción, tiene la carga de argumentar adecuada y suficientemente las razones por las cuales es necesario decidir la controversia de un modo distinto a lo exigido por el demandante, explicando a la luz de las evidencias recaudadas y las reglas previstas en el estatuto del consumidor por qué la medida adoptada en reemplazo del querer del demandante es la ‘más justa para las partes’. (...). De suerte que si se trata de fallar infra, extra y ultrapetita en un juicio de protección al consumidor, y adoptar la decisión que se ‘considere más justa para las partes del proceso’, el juzgador deberá motivar en debida forma las razones por las cuales es viable dilucidar el pleito de modo distinto a lo pretendido por el demandante, con miras en los hechos alegados y probados en el litigio, al igual que las normas que rigen esa clase de contiendas”<sup>16</sup>.

**4.** Con fundamento en lo reseñado, con estribo en el examen individual y conjunto del acervo suasorio recopilado en el proceso, resulta patente ultimar que la reclamante no atendió con la carga impuesta por el artículo 167 del Código General del Proceso, en concordancia con el precepto 1077 del Código de Comercio, al no traer certeza sobre la ocurrencia del siniestro, esto es, la cobertura denominada “incapacidad total y permanente”; panorama evidencial que inevitablemente conduce a la desestimación de las reclamaciones efectuadas por la actora en el libelo genitor,

<sup>15</sup> Corte Constitucional Sentencia T-004/19, citada en sentencia C-133/14.

<sup>16</sup> Sentencia STC5704-2021, rad. 05001-22-03-000-2021-00156-01.

quedando, de esa forma, el Tribunal relevado de pronunciarse sobre los restantes reparos formulados por el extremo apelante.

5. Ese orden de ideas que se trae, resulta suficiente para revocar el fallo proferido por el juzgador de conocimiento. En su lugar, se denegarán las pretensiones en relación con la póliza de seguro de vida que servía de garantía al crédito hipotecario terminado en 9552, por no configurarse los supuestos jurídicos ni fácticos reclamados por la parte demandante. Se condenará en costas en ambas instancias a la parte demandante en favor de BBVA Seguros de Vida S.A.

Ante la prosperidad de la alzada interpuesta no se condenará en costas de esta instancia a la parte apelante, de conformidad con la regla 1ª del artículo 365 del C. G. del P.

## V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el **Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá D.C., en Sala Quinta Civil de Decisión**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

### RESUELVE:

**PRIMERO. REVOCAR** la sentencia proferida el veintiséis (26) de junio del año anterior, por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, en el asunto del epígrafe. En consecuencia, **DENEGAR** las pretensiones de la demanda, por lo expuesto en la parte motiva de esta decisión.

**SEGUNDO. CONDENAR** en costas de ambas instancias a la parte demandante y en favor de BBVA Seguros Vida S. A.

**TERCERO.** Se fijan como agencias en derecho en esta instancia la suma de UN MILLÓN DE PESOS M.L. (\$ 1.000.000).

**CUARTO.** En la fase procesal correspondiente, por Secretaría, ofíciase a la Delegatura de origen informándole sobre la presente decisión, y remítasele copia magnética de esta providencia, para que haga parte del respectivo expediente.

### NOTIFÍQUESE

**ANGELA MARÍA PELÁEZ ARENAS**

Magistrada

(003-2022-04249-02)

**SANDRA CECILIA RODRÍGUEZ ESLAVA**

Magistrada

(003-2022-04249-02)

**CLARA INÉS MÁRQUEZ BULLA**

Magistrada

(003-2022-04249-02)

Firmado Por:

**Angela Maria Pelaez Arenas**  
Magistrada  
Sala 009 Civil  
Tribunal Superior De Bogotá D.C.,

**Clara Ines Marquez Bulla**  
Magistrada  
Sala 003 Civil  
Tribunal Superior De Bogotá D.C.,

**Sandra Cecilia Rodriguez Eslava**  
Magistrada  
Sala Civil  
Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **4462f4f4bdf4c1db57060e3528221f31e4b664c14e6090d83e8be66fcb030930**

Documento generado en 17/06/2024 01:47:29 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**