

Doctor
Henry Leonardo Sarmiento Villa
Juez Doce Civil Municipal de Oralidad - Cúcuta
E. S. D.

Ref.: Recurso de Reposición y en subsidio de Apelación
Contra el auto interlocutorio No. 238

Proceso de Responsabilidad Civil Contractual
De: Mary Luz Rojas Leira
Contra: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y
BANCO BBVA COLOMBIA S.A.
Radicado No.

JOSE ORESTE GIRALDO GUTIERREZ, apoderado judicial del extremo actor, llego hasta el Despacho de su señoría, para interponer, dentro de la oportunidad procesal, **RECURSO DE REPOSICIÓN** y, en subsidio de **APELACIÓN**, contra el auto de fecha 07 de febrero de 2025, exclusivamente en lo que concierne a la **ADICIÓN** que hiciera del auto interlocutorio No. 2414 del 29 de noviembre de 2024 al decretar la "PRUEBA PERICIAL MÉDICA CON ÉNFASIS EN LA TARIFACIÓN DEL RIESGO PARA COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE PERSONAS", teniendo en cuenta que, la prueba así solicitada y ordenada practicar es improcedente, impertinente e inútil, además de legalmente prohibida, al tenor del inciso 3º del artículo 226 del Código General del Proceso.

I. FUNDAMENTOS DEL RECURSO

- 1. La prueba pericial médica con énfasis en tarifación del riesgo para Compañías de Seguros de Personas es notoriamente impertinente, inconducente e inútil como medio demostrativo, a más de estar legalmente prohibido**

La actividad demostrativa dentro del proceso está integrada por elementos objetivos y subjetivos. Dentro de los subjetivos, se encuentran aspectos como el objeto materia de prueba, debiendo este componente de la labor probatoria gozar de conducencia, pertinencia y utilidad.

La prueba es conducente, cuando se erige en el medio idóneo para demostrar el hecho. Es pertinente, cuando tiene íntima relación con los hechos o motivos debatidos. Y, es útil, cuando el hecho que se aspira demostrar NO ESTÁ ya acreditado por otras evidencias, tornándose productivo el medio demostrativo suplicado.

En razón a ello, el artículo 168 del C. G. del P. ordena al fallador rechazar de plano aquellos elementos de convicción que luzcan inconducentes, impertinentes e inútiles, máxime que, como en el presente caso, el medio suplicado y ordenado está *“legalmente prohibido”*.

2. ¿Por qué la prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de Personas es “legalmente prohibida”?

El artículo 226 del Código General del Proceso consagradorio de la *“PROCEDENCIA”* de la *“PRUEBA PERICIAL”*, expresamente dispone que: *“No serán admisibles dictámenes periciales que versen sobre puntos de derecho...”* (destacado, mío).

Y, acorde con lo narrado por la parte demandada en la contestación de la demanda y la reforma de la demanda, la *“prueba pericial”* rogada tiene como objeto claro, específico y contundente, demostrar *“puntos de mero derecho”*.

Al perito, por disposición del artículo 226 en cita le está vedado pronunciarse y tratar de ilustrar al juzgador sobre aspectos jurídicos. Sólo podrá rendir conceptos u opiniones sobre temas científicos o artísticos. El conocimiento especializado sobre asuntos jurídicos no es admisible en el proceso, por la simple razón que el Juez tiene la obligación como administrador de justicia de conocer las normas jurídicas del ordenamiento nacional aplicables al debate, e interpretarlas como razón de ser de su misionalidad institucional (Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, auto del 21 de agosto de 2012, Radicado No. 2008-00040-01, M.P. Dr. Arturo Solarte Rodríguez).

Adicionalmente, la petición probatoria se cimienta en algunas inexactitudes, como en el presente escrito se verificará.

El asegurador justifica su ruego probatorio, así:

“Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en la tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio (...)

“(…) En otras palabras, con la prueba pericial se demostrará 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 los hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas den el mismo”.

“(…) Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas aporten con destino al presente trámite la historia clínica y dictámenes PCL del asegurado. Es importante aclarar que los mencionados documentos han tenido que ser solicitado por el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita con los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporten 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 salud, pues estos son de exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuenta con el material para el efecto”(subraya y destaca, el suscrito).

Es irrefutable, aquí, la temática normativa del artículo 1058 del Código de Comercio consagratorio de la “*nulidad relativa del contrato de seguro*” y sus fenómenos integradores como “*la inexactitud y la reticencia en la declaración del estado del riesgo*”, son “*puntos de mero o puro derecho*”.

La anulabilidad del contrato de seguro y la conducta “*inexacta o reticente*” como manifestaciones estrictamente jurídicas no se prueban pericialmente, siendo su aplicación e interpretación del resorte exclusivo y excluyente del juzgador como “*perito de peritos*”.

De similar manera, la “Prueba Pericial” no constituye el medio lícito, idóneo, pertinente y conducente para demostrar el “*cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales*”, toda vez que, los dictados de la Jurisprudencia ordinaria y constitucional sobre la materia (componentes normativos del artículo 1058 Co. Co.), están recogidos y plasmados en multitud de sentencias ilustradoras de su naturaleza y alcance, pero, particularmente de:

- (i) Cómo y cuándo procede la anulación del contrato de seguro
- (ii) Cundo se presentan la inexactitud o la reticencia en la declaración del estado del riesgo en el contrato de seguro

- (iii) Cómo opera el "*deber de información recíproca*", tanto para tomador como para el asegurador, en el momento de declarar el estado del riesgo
- (iv) Cómo y cuándo se infringe el "*derecho a la información*" por parte del Asegurador en desarrollo de la constitucionalización del derecho de seguros, instituido para lograr una genuina declaración del estado del riesgo por parte del tomador
- (v)Cuál es la conducta que debe desplegar el asegurador para establecer en la etapa precontractual la "*inexactitud y reticencia*" en la declaración del estado del riesgo, atendiendo a sus deberes de máxima diligencia, prudencia y lealtad como un profesional del mercado asegurador que es
- (vi) Cómo debe proceder el Asegurador en la etapa precontractual del seguro para establecer los "*hechos que lo hubieran retrasado de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas del mismo*", como expresión de su deber de máxima diligencia
- (vii) Cuando opera el "*consentimiento presuntivo*" o "*conocimiento presuntivo*" por parte del Asegurador del "*estado del riesgo*", tornando inane la sanción anulatoria
- (viii) Cómo opera la "*prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen*" en tratándose de los vicios de la voluntad como la inexactitud o reticencia, las cuales generan el fenómeno jurídico de nulidad relativa del contrato de seguro

Es palpable, señoría, que toda esa extensa temática ha sido dilucidada de manera profusa, extensa y al detalle por la jurisprudencia ordinaria y constitucional, al interpretar por vía de autoridad el artículo 1058 del Código de Comercio.

Conclusión: los "*hechos que hubieran retrasado al asegurador de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas del mismo*", en concepto de la jurisprudencia especializada, responde a un comportamiento que debe desplegar el Asegurador de manera ineludible en las tratativas previas a la celebración del contrato de seguro, más no, tratar de

enmendar su falencia de máxima diligencia pre-negocial en las instancias probatorias.

3. El fallador no puede delegar la interpretación de la ley y la jurisprudencia en peritos médicos

El alcance jurídico del artículo 1058 del Código de Comercio y sus “*supuestos normativos*”, como se explicó en precedencia, es materia de la profusa -por no decir que numerosísima- hermenéutica de las Cortes Suprema de Justicia y Constitucional, siendo su aplicación e interpretación del exclusivo raciocinio del juzgador. Es el deber que cobra mayor expresión como producto del artículo 230 de la Constitución Nacional: “*Los jueces, en sus providencias, solo están sometidos al imperio de la ley*”. El fallador no puede delegar entonces, la interpretación de la ley y la jurisprudencia en peritos médicos.

Es axiomático que, las figuras jurídicas al amparo de las cuales la parte accionada pretende introducir peritos para que “*ilustren al juez*” en asuntos de derecho, desnaturalizan bajo un ropaje exótico la prueba pericial.

Todas las formas o expresiones de ley, cuyo aleccionamiento al juzgador se pide hacer por parte de terceros expertos, ciertamente tienen una consagración expresa en nuestro ordenamiento jurídico.

Así, las “*nulidades, reticencias y preexistencias*” en el contrato de seguro están normadas en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya naturaleza y alcance han sido descifrados por la nutrida jurisprudencia ordinaria y constitucional, hermenéutica que debe hacer siguiendo las pautas que sobre la materia prescriben los artículos 1618 a 1624 del Código Civil.

4. La petición y la actividad probatoria no pueden ejercerse escudándose en reprochables embustes

Innegable resulta señoría, el ejercicio probatorio en cuanto a su postulación, decreto y práctica no puede estar precedido de inexcusables mentiras reales y procesales, con el acomodado propósito (art. 78 num. 1 y 2 del C.G. del P.) de inducir al juzgador a adoptar una decisión no ajustada a los términos de los artículos 226 y 227 del C.G. del P., justificando que, el: “*término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica y dictámenes de PCL del Asegurado (sic)*”. Resulta ahora, señor Juez que, los términos procesales le son fijados al juzgador por las partes.

Evidenciamos porqué la súplica probatoria riñe con la realidad y desafía la verdad:

Lo real, lo verídico y auténtico es que, con la reclamación extrajudicial la asegurada demandante MARY LUZ ROJAS LEIRA entregó al asegurador BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. la Historia Clínica completa y el dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral (Archivo No. 002, folios 83 y 114; folios 86 y 117), tal y como lo confiesa el mismo asegurador en los siguientes documentos aportados al proceso como evidencia documental en la contestación de la demanda y de la reforma de la demanda (*"CAPÍTULO DE PRUEBAS - 1. DOCUMENTALES"*):

"1.4. Comunicación de objeción emitida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. el 09 de julio de 2022", la cual expresa que:

"En atención a su comunicación, le informamos que luego del análisis de la reclamación presentada, del asegurado en referencia, respecto del amparo de Incapacidad Total y Permanente, nos permitimos manifestar las siguientes precisiones" (Archivo No. 002, folios 83 y 114; folios: 92 a 97 y 123 a 118 y Archivo 011, folios 83 a 85 expediente virtual).

Este documento en su párrafo "5", hace una transcripción de todas las valoraciones médicas que sobre el estado de salud de la asegurada registran la Historia Clínica y el Concepto de Pérdida de Capacidad Laboral.

Al archivo No. 002, folios 83 y 114 del expediente virtual, se incorpora el documento llamado "FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDEMNIZACIONES" suministrado a la asegurada por el BANCO BBVA, en el cual se describe que la asegurada aportó con la reclamación la *"Calificación de Incapacidad"* en la cual se registra la evaluación médica sobre la Historia Clínica de la asegurada.

Y, al responder los hechos "3", "4", "17" y otros de la demanda y reforma de la demanda, el asegurador BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. citó y transcribió párrafos completos de la Historia Clínica y del Concepto de Pérdida de Capacidad Laboral, haciendo observaciones y formulando reparos a los diagnósticos médicos.

A la sección: "PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL ACÁPITE DENOMINADO HECHOS AL PRÉSTAMO No. 2 Y AL CONTRATO No. 2", el asegurador BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

citó y transcribió párrafos completos de la Historia Clínica y del Concepto de Pérdida de Capacidad Laboral, haciendo observaciones y formulando reparos a los diagnósticos médicos.

Al proponer las excepciones de mérito, concretamente las de "NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO", la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. transcribe párrafos completos de la Historia Clínica y del concepto de calificación de pérdida de capacidad laboral, haciendo observaciones y formulando reparos a los diagnósticos médicos.

Conclusivo es, señoría, la justicia no puede prohiar una conducta abiertamente desleal, decretando medios de prueba cuya proclama se gobierna por la mentira, tal y como Usted, con respeto, podrá contrastar en los escritos enunciados.

II. PETICIÓN

En razón a lo expuesto, pido señoría, REVOCAR el auto del 07 de febrero de 2025 en lo concerniente a la adición probatoria de la prueba pericial médica.

Del señor Juez, atentamente;


JOSE ORESTE GIRALDO GUTIERREZ
C.C. No. 5.528.359 de Villacaro N.S.
T.P. No. 82.359 de L.C.S. de la J.

c.c.: Dr. Gustavo Alberto Herrera A., apoderado judicial parte demandada: Correo E.: notificaciones@gha.com.co