

Señores,

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES
E.S.D

PROCESO: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR
RADICACION: 2024094089
EXPEDIENTE: 2024-14174
DEMANDANTE: ELIZABETH QUIROGA LÓPEZ
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente y que se aporta nuevamente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por el Doctor Felipe Guzmán Aldana, comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por ELIZABETH QUIROGA LÓPEZ en contra de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPÍTULO I

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1. No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con su vinculación a la Secretaría de Educación, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2. No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con su la calificación efectuada por UT RED INTEGRADA FOSCAL -CUB, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó.

Sin perjuicio de lo anterior, es importante que la Delegatura tenga en consideración desde este momento que se adjuntó un Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral, en el cual se adjudicó un

96% y que las enfermedades de Polineuropatía, Hiperlipidemia mixta y Trastorno Depresivo Recurrente fueron determinantes, a saber:

DIAGNOSTICO(S) O MOTIVO DE CALIFICACION			ORIGEN	CODIGO(S) CIE 10
1	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	LABORAL	F331	
2	OTROS PROBLEMAS DE TENSION FISICA O MENTAL	LABORAL	Z566	
3	OTRAS MONONEUROPATIAS ESPECIFICADAS	COMUN	G588	
4	TRASTORNO COGNITIVO LEVE	COMUN	F067	
5.				

4. VARIABLES DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL

TITULO I	VALOR DE LA

Los anteriores antecedentes son de suma importancia en virtud de que los mismos tienen registro en la Historia Clínica desde al menos 2020 y no fueron declarados por la asegurada el 26 de septiembre de 2022 a mi prohiljada, lo que incidió en la validez del contrato de seguro que por medio de esta acción de pretende afectar, lo cual se desarrollará a lo largo del escrito contestatorio.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 3. No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con su la calificación efectuada por UT RED INTEGRADA FOSCAL -CUB, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó.

Sin perjuicio de lo anterior, es importante que la Delegatura tenga en consideración desde este momento que se adjuntó Resolución de abril de 2023 en donde se indica que se reconoce la pérdida de capacidad laboral desde el 17 de abril de 2023, siendo esta la fecha en la que la el contrato de seguro terminó, por lo que conforme al artículo 58 de la Ley 1480 de 2011 la acción de protección al consumidor se encuentra prescrita, pues tenía hasta el 17 de abril de 2024 para interponer la demanda ante la Delegatura. Ahora, si bien se interrumpió el término conforme a los lineamientos del artículo 94 del Código General del Proceso, lo cierto es que incluso contándolo desde la calenda de la presentación de la solicitud de indemnización, el término se encuentra prescrito.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 4. Es cierto que la señora Elizabeth Quiroga López figura como asegurada dentro de la póliza vida grupo deudores que amparaba la obligación financiera número 9627604499. Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que la señora Quiroga no informó la existencia de su enfermedad de Polineuropatía, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta que padecía y conocía, por lo que el contrato de seguro deberá ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

En este sentido y como se expondrá a continuación, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo

tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido de una enfermedad que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que la señora Quiroga conocía de su padecimiento de salud con anterioridad al mes de septiembre de 2022 negó la existencia de sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 5. No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con el pago de su crédito, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó, en virtud de que mi prohijada es una entidad totalmente diferente al Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, acreedor del contrato de mutuo que se menciona en el presente hecho. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 6. No es cierto, no se presentó una reclamación, pues la señora Quiroga presentó solicitud de indemnización a través del formato de presentación de indemnizaciones. Sin embargo la Delegatura debe considerar que la señora Quiroga no informó la existencia de su enfermedad de Polineuropatía, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta que padecía y conocía, por lo que el contrato de seguro deberá ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

En este sentido y como se expondrá a continuación, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido de una enfermedad que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que la señora Quiroga conocía de su padecimiento de salud con anterioridad al mes de septiembre de 2022 negó la existencia de sus enfermedades viciando el consentimiento de la

Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 7. No es cierto, para el día 11 de mayo de 2023 la asegurada ya contaba con la objeción calendada el día 26 de abril de 2023, la cual objeta la solicitud efectuada el 24 de abril de 2023, toda vez que la señora Elizabeth Quiroga fue reticente al no informar la existencia de su enfermedad de Polineuropatía, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta que padecía y conocía previo a 26 de septiembre de 2022, fecha en la que diligenció el formulario de asegurabilidad, por lo que en ese sentido se informó desde esta objeción que el contrato se encontraba viciado conforme al artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 8. No es cierto tal y como lo menciona la demandante. En este punto debe indicarse que la reconsideración se presentó una vez la señora Elizabeth ya contaba con la objeción remitida el día 26 de abril de 2023 por BBVA Seguros de Vida Colombia SA. ahora bien, es importante tener en cuenta que la reconsideración a la que hace alusión la señora Elizabeth no tenía nuevos hechos, pruebas o consideraciones y en ese sentido se reiteró que el contrato de seguro estaba viciado de nulidad, como quiera que la señora Quiroga ya había sido diagnosticada con sendas enfermedades que no fueron declaradas cuando solicitó su aseguramiento.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 9. No es cierto tal cual lo expone la parte demandante, pues BBVA Seguros de Vida Colombia SA objetó desde el día 26 de abril de 2023 la solicitud que efectuó la señora Elizabeth Quiroga desde el 24 de abril de 2023. Lo anterior, debido a que la señora Elizabeth Quiroga fue reticente al no informar la existencia de su enfermedad de Polineuropatía, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta que padecía y conocía previo a 26 de septiembre de 2022, fecha en la que diligenció el formulario de asegurabilidad, por lo que en ese sentido se REITERÓ desde esta nueva comunicación que el contrato se encontraba viciado conforme al artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 10. No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con el pago de su crédito, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó, en virtud de que mi prohijada es una entidad totalmente diferente al Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, acreedor del contrato de mutuo que se menciona en el presente hecho. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 11. No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con el pago de su crédito, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó, en virtud de que mi prohijada es una entidad totalmente

diferente al Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, acreedor del contrato de mutuo que se menciona en el presente hecho. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 12. No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó, en virtud de que es un trámite efectuado directamente por la demandante.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 13. No es un hecho, debido a que no relata circunstancias de tiempo, modo y lugar. Es una apreciación subjetiva sin fundamentos legal alguno, por lo que el suscrito abstendrá de realizar pronunciamiento alguno.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a declarar que la señora Elizabeth Quiroga López no fue reticente, toda vez que para el día 26 de septiembre de 2022, fecha en la cual la Asegurada solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido y aun así negó haber padecido Polineuropatía, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta, las cuales conforme a su historia Clínica son padecidas desde al menos 2020. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora Elizabeth Quiroga no respondió, aun cuando tenía pleno conocimiento que la respuesta era totalmente indispensable para establecer el estado del riesgo. Por lo anterior, es claro que se deben aplicar las consecuencias establecidas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a declarar la responsabilidad civil contractual por la no afectación de la Póliza de Vida Grupo Deudores, pues la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, debido a que la señora Elizabeth Quiroga fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de Polineuropatía, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta que padecía la señora Elizabeth Quiroga

con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora Elizabeth Quiroga debe declararse nulo, debido a que ésta negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a afectar la Póliza de Vida Grupo Deudores, pues la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros debido a que la señora Elizabeth Quiroga fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de Polineuropatía, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta que padecía la señora Elizabeth Quiroga con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora Elizabeth Quiroga debe declararse nulo, debido a que ésta negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a la condena del pago del crédito de libranza, pues la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros debido a que la señora Elizabeth Quiroga fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de Polineuropatía, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta que padecía la señora Elizabeth Quiroga

con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora Elizabeth Quiroga debe declararse nulo, debido a que ésta negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a la devolución del valor de las cuotas pagadas por la demandante, pues la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros debido a que la señora Elizabeth Quiroga fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de Polineuropatía, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta que padecía la señora Elizabeth Quiroga con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora Elizabeth Quiroga debe declararse nulo, debido a que ésta negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA. ME OPONGO a la prosperidad de la pretensión relacionada con la indexación de las cuotas pagadas por la demandante, pues por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores pretensiones y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SÉPTIMA. ME OPONGO a la prosperidad de la pretensión relacionada con la condena en costas y agencias en derecho, pues por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores pretensiones y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada. Por el contrario, solicito se condene en costas y agencias en derecho al

extremo actor

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Objeto el juramento estimatorio presentado por el Demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso. Lo anterior en virtud de que la parte demandante dentro del acápite denominada *juramento estimatorio* no efectuó el cálculo solicitado frente al amparo que pretende sea afectado dentro de la póliza emitida por mi representada, lo cual indica que frente a este particular su omisión denota la inviabilidad de que se efectúe una valoración sobre esta como un elemento de prueba, puesto que no fue aportado en debida forma. Sin perjuicio de lo anterior, resulta indispensable tomar en consideración que en el presente caso es improcedente afectar la póliza en virtud de las siguientes consideraciones:

Nulidad relativa del contrato de seguro: la señora Elizabeth Quiroga fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Polineuropatía en manejo y control Neurológico, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta que padecía la señora Elizabeth Quiroga con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora Elizabeth Quiroga debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

En conclusión, no es procedente el reconocimiento suma afectando la Póliza Vida Grupo Deudores, pues la señora Quiroga fue reticente al no haber declarado con sinceridad su estado de salud el día 26 de septiembre de 2022. Asimismo, debe considerarse que la acción de protección al consumidor se encuentra prescrita, pues desde la fecha de la presentación de la solicitud (24 de abril de 2023), la cual interrumpió el término anual consagrado en el artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, hasta la fecha de radicación de la demanda (28 de junio de 2024) transcurrió más de un año, por lo que se configuró el fenómeno prescriptivo.

Por las razones antes expuestas, me opongo enfáticamente al juramento estimatorio de la

demanda.

IV. EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA

1. NULIDAD DE ASEGURAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DE LA ASEGURADA

Es fundamental que desde ahora el honorable despacho tome en consideración que la Asegurada Elizabeth Quiroga fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, específicamente Polineuropatía en manejo y control Neurológico, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta desde el año 2020, lo cual se registra en la historia clínica de la Clínica FOSCAL – Fundación Avanzar FOS y que de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras, y, en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia”¹.

(Subrayado y Negrita fuera del texto original)

¹ BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

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

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

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

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

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

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

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

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

“Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las “declaraciones de asegurabilidad” de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001, se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo.

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”² (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001- 31-03-023-1996-02422-01., la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse. Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”³ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado. Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.

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

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.”⁴(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte involucra toda una serie

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01.

de elementos y entendimientos que deben ser tomados en cuenta en el momento de estudiar el fenómeno de la reticencia. Los elementos más representativos y dicientes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 26 de septiembre de 2022, fecha en la cual la Asegurada solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual la pregunta consignada fue redactada de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora Elizabeth Quiroga no respondió, aun cuando tenía pleno conocimiento que la respuesta era totalmente indispensable para establecer el estado del riesgo:

¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> OCOA:			
Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura	1.57 cms	Peso	57 Kg
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?			<input checked="" type="checkbox"/>
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			<input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?			<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			<input checked="" type="checkbox"/>
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			
Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo)			
Nombres Completos	Identificación	Parentesco	% Participación
Autorizaciones y Declaraciones (No firme esta solicitud sin leer este texto)			
Declaración de veracidad. • Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización. • Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. • Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio, Artículo 1058 del Código de Comercio.			

Es decir, a pesar de que la señora Elizabeth Quiroga conocía de su padecimiento de salud con

anterioridad al mes de septiembre de 2022, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora Elizabeth Quiroga no respondió a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad con sincerada. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas omisiones constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que la entonces Asegurada había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

- **POLINEUROPATÍA EN MANEJO Y CONTROL NEUROLÓGICO (MONONEUROPATÍA ESPECIFICADA)**

Tal y como se aprecia en el fragmento que se presenta, la señora Elizabeth Quiroga padecía de polineuropatía en manejo y control neurológico, el cual se encontraba presente hacía más de 2 años previo a la suscripción del seguro, lo anterior debido a que la Historia Clínica registra fecha del 10 de febrero de 2020 y la declaración de asegurabilidad se suscribió el día 26 de septiembre de 2022, a saber:

MAGISTERIO REGION 7		2814
EVOLUCION		
FECHA Y HORA INICIO: 10/02/20 14:10	HORA FIN: 14:23:58	
NOMBRE: QUIROGA LOPEZ ELIZABETH	EDAD: 61	FECHA NAC.: 18/02/
DIRECCION: CRA 10 # 10-03	TELEFONO: 7246126	
OCUPACION:	SEXO: FEMENINO	
MUNICIPIO RESIDENCIA: SAN GIL	IDENTIFICACION: 28140268	
MUNICIPIO ZONIFICACION: SAN GIL	HISTORIA CLINICA: 28140268-00	
MOTIVO CONSULTA NEUROLOGIA CONTROL		
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE ADULTA MEDIA YA CONOCIDA POR NEUROLOGIA CON HISTORIA DE POLINEUROPATIA HEREDITARIA. ESTA EN MANEJO CON TERAPIAS D E REHABILITACION. NO HA PRESENTADO NUEVAS ALTERACIONES PRESENTA ALTERACION DEL EQUILIBRIO QUE OCASIONA CAIDAS DESDE SU PORPIA ALTURA.		
ANTECEDENTES		
Quirúrgicos: CESAREA POMEROY,,,COLECISTECTOMIA		
Familiares: MADRE HTA, HIPOTIROIDISMO, ENF PARKINSON . PADRE NEUROPATIA PERIFERICA, CA DE COLON		
Patológicos: GASTRITIS,DISLIPIDEMIA MIGRAÑA, CHARCOT, MARIETOOHT, NEUROPATIA, INSOMNO, DEPRESION.		
Ginecológicos: G1C1V1 M: 15 AÑOS CICLOS REGULARES X3 DIAS FUC CU 30/ 11/2016 FUR: HACE 3 MESES MAMOGRAFIA; 15 AÑOS		

Documento: Historia Clínica de UT RED INTEGRADA FOSCAL -CUB del 10/02/2020

Transcripción esencial: “**PACIENTE MEDIA YA CONO YA CONOCIDA POR NEUROLOGIA CON HISTORIA DE POLINEUROPATIA HEREDITARIA. ESTA ENFERMEDAD ACTUAL : EN MANEJO CON TERAPIAS D E REHABILITACION. NO HA PRESENTADO NUEVA S ALTERACIONES PRESENTA ALTERACION DEL EQUILIBRIO QUE OCASIONA CAIDAS DESDE SU PORPIA ALTURA.”**
(negrita y subrayada por fuera de texto)

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que, con anterioridad al mes de septiembre de 2022, la señora Elizabeth Quiroga tenía antecedentes de polineuropatía en manejo y control neurológico. De modo que no es factible que para el momento de solicitar su aseguramiento el 26 de septiembre de 2022 conociera de su padecimiento de salud.

Así las cosas, es evidente que, en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de septiembre de 2022, ya padecía de polineuropatía. Lo anterior debido a que se encontraba en controles:

TA< 125,00/ 74,00>mmHg FC< 74,00>Lat x min FR< 16,00 >res x min Tem< 36,00>°C Peso< 54,00>kg Talla< 1,54>m IM

Cabeza : ANALISIS: PACIENTE CON CLINICA DE ALTERACION POLINEUROPATICA SECUNDARIA A TRAST HEREDITARIO, EN EL CONTEXTO DE POLINEUROPATIA HEREDITARIA TIPO CHARCOT MARIE TOOD, EN QUIENS E INDICA POR NEUROLOGIA CONTINUAR TERAPIAS DE MANTENIMIENTO QUE VIENE REALIZANDO FISICAS 12 SESIONES POR MES TAMBIEN SE CONTINUARA LA INDICACION DE DEJAR COMO RECOMENDACION PARA SU SITIO DE TRABAJO EL UBICAR A LA PACIENTE EN SALONES DEL PRIMER PISO PRA EVITAR SUBIR ESCALERAS TENIENDO EN CUENTA RIESGOD E CAIDAS. NUEVA CITA DE CONTROL POR NEUROLOGIA EN 6 MESES.

Documento: Historia Clínica de UT RED INTEGRADA FOSCAL -CUB del 10/02/2020

Transcripción esencial: “ *PACIENTE CON CLINICA DE ALTERACION POLINEUROPATICA SECUNDARIA A TRAST HEREDITARIO, EN EL CONTEXTO DE POLINEUROPATIA HEREDITARIA TIPO CHARCOT MARIE TOOD, EN QUIENS E INDICA POR NEUROLOGIA **CONTINUAR TERAPIAS DE MANTENIMIENTO QUE VIENE REALIZANDO FISICAS 12 SESIONES POR MES TAMBIEN SE CONTINUARA LA INDICACION DE DEJAR COMO RECOMENDACION PARA SU SITIO DE TRABAJO EL UBICAR A LA PACIENTE EN SALONES DEL PRIMER PISO PRA EVITAR SUBIR ESCALERAS TENIENDO EN CUENTA RIESGOD E CAIDAS. NUEVA CITA DE CONTROL POR NEUROLOGIA EN 6 MESES.***” (negrita y subrayada por fuera de texto)

Asimismo, el antecedente patológico de polineuropatía también se evidencia registrado en el Dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido en el año 2023, a saber:

NEUROLOGIA	2023	4	12	Paciente adulta media quien presenta historia de polineuropatía la cual tiene como subdiagnóstico de polineuropatía de charcot marie tood, que ha sido progresiva y que afecta varios integrantes de la familia, la paciente aun esta laborando, en quien se explica lo progresivo de los síntomas sin posibilidad de tratamiento farmacológico
------------	------	---	----	---

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB

Transcripción esencial: “*paciente adulta media quien **presenta historia de polineuropatía la cual tiene como sub diagnóstico de polineuropatía de***”

charcot marie todo, qué ha sido progresiva y que afecta a varios integrantes de la familia, la paciente aún está laborando, en quien se explica lo progresivo de los síntomas sin posibilidad de tratamiento farmacológico” (negrita y subrayada por fuera de texto)

Por otra parte, debe señalarse que la enfermedad de polineuropatía tuvo incidencia en la calificación de su pérdida de capacidad laboral, pues en el acápite de motivos de calificación se encuentra “otras mononeuropatías”, la cual hace parte de la enfermedad en mención:

	DIAGNOSTICO(S) O MOTIVO DE CALIFICACION	ORIGEN	CODIGO(S) CIE 10
1	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	LABORAL	F331
2	OTROS PROBLEMAS DE TENSION FISICA O MENTAL	LABORAL	Z566
3	OTRAS MONONEUROPATIAS ESPECIFICADAS	COMUN	G588
4	TRASTORNO COGNITIVO LEVE	COMUN	F067
5.			

4. VARIABLES DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL

TITULO I

VALOR DE LA

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB

Transcripción esencial: “**DIAGNOSTICO (S) O MOTIVO DE CALIFICACIÓN**
3 OTRAS MONONEUROPATÍAS ESPECIFICADAS”

En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que, si mi procurada hubiera conocido de la existencia de la polineuropatía con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

- **TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE**

Tal y como se aprecia en el fragmento que se presenta, la señora Elizabeth Quiroga padecía de trastorno depresivo recurrente, el cual se encontraba presente hacía más de 2 años previo a la suscripción del seguro, lo anterior debido a que la Historia Clínica registra fecha del 5 de noviembre de 2020 y la declaración de asegurabilidad se suscribió el día 26 de septiembre de 2022, a saber:

PROGRAMA RIESGO CARDIOVASCULAR Y CLOBES	
Fecha	05/11/2020
Hora	12:25:15
Profesional	GALVIS RICO YULI ADELAIDA
Unidad	AMBULATORIO
EXAMEN FISICO	
CONSULTA	
Modalidad de Atención	Teleorientación
Raza	NO APLICA
Motivo Consulta	CONTROL DE RCV. SE REALIZA VALORACION MEDICA EN MODALIDAD DE TELECONSULTA POR PLAN DE CONTINGENCIA COVID 19, SE LE EXPLICA AL PACIENTE LAS IMPLICACIONES QUIEN REFIERE COMPRENDER Y ACEPTA DE MANERA VERBAL. NIEGA NEXO EPIDEMIOLOGICO PARA COVID 19,
Enfermedad Actual	PACIENTE CON DISLIPIDEMIA EN MANEJO DIETARIO, NIEGA PRECORDIALGIA, TAQUICARDIA O DISNEA. REALIZA EJERCICIO REGULAR, DIETA HIPOSODICA E HIPOGLUCIDA. TIENE PARACLINICOS DEL 27 DE OCTUBRE DE 2020
ANTECEDENTES	
Quirurgicos	CESAREA , POMEROY, COLECISTECTOMIA
Personales	DISLIPIDEMIA, GASTRITIS, MIGRAÑA. ENF CHARCOT, INSOMNIO, DEPRESION
Alergicos	NO

Documento: Historia Clínica de UT RED INTEGRADA FOSCAL -CUB del 05/11/2020

Transcripción esencial: **“ANTECEDENTES**

Personales: (...) DEPRESION.”

Así las cosas, es evidente que, en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de septiembre de 2022, la señora Quiroga ya conocía que padecía de depresión. Lo anterior debido a que se encontraba ingiriendo ESCITALOPRAM⁵ y TRAZADONE⁶, el cual es un medicamento que tiene como finalidad controlar la depresión:

PROGRAMA RIESGO CARDIOVASCULAR Y CLOBES	
Fecha	05/11/2020
Hora	12:25:15
Profesional	GALVIS RICO YULI ADELAIDA
EXAMEN FISICO	
CONSULTA	
Modalidad de Atención	Teleorientación
Raza	NO APLICA
Motivo Consulta	CONTROL DE RCV. SE REALIZA VALORACION MEDICA EN MODALIDAD DE TELECONSULTA POR PLAN DE CONTINGENCIA COVID 19, SE LE EXPLICA AL PACIENTE LAS IMPLICACIONES QUIEN REFIERE COMPRENDER Y ACEPTA DE MANERA VERBAL. NIEGA NEXO EPIDEMIOLOGICO PARA COVID 19,
Enfermedad Actual	PACIENTE CON DISLIPIDEMIA EN MANEJO DIETARIO, NIEGA PRECORDIALGIA, TAQUICARDIA O DISNEA. REALIZA EJERCICIO REGULAR, DIETA HIPOSODICA E HIPOGLUCIDA. TIENE PARACLINICOS DEL 27 DE OCTUBRE DE 2020
ANTECEDENTES	
Quirurgicos	CESAREA , POMEROY, COLECISTECTOMIA
Personales	DISLIPIDEMIA, GASTRITIS, MIGRAÑA. ENF CHARCOT, INSOMNIO, DEPRESION
Alergicos	NO
Farmacologicos	ESCITALOPRAM, TRAZADONE
ANTECEDENTES GINECOBS	
Gestaciones	1

Documento: Historia Clínica de UT RED INTEGRADA FOSCAL -CUB del 05/11/2020

⁵ <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a603005-es.html>

⁶ <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a681038-es.html#:~:text=La%20trazodona%20se%20usa%20para,a%20mantener%20el%20equilibrio%20mental.>

05/11/2020

Transcripción esencial: **“ANTECEDENTES**

Personales: (...) *DEPRESION.*”

Asimismo, el antecedente patológico de depresión también se evidencia registrado en el Dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido en el año 2023, a saber:

Por otra parte, debe señalarse que la enfermedad de depresión tuvo incidencia en la calificación de su pérdida de capacidad laboral, pues en el acápite de motivos de calificación se encuentra “trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo moderado” a saber:

	DIAGNOSTICO(S) O MOTIVO DE CALIFICACION	ORIGEN	CODIGO(S) CIE 10
1	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	LABORAL	F331
2	OTROS PROBLEMAS DE TENSION FISICA O MENTAL	LABORAL	Z566
3	OTRAS MONONEUROPATIAS ESPECIFICADAS	COMUN	G588
4	TRASTORNO COGNITIVO LEVE	COMUN	F067
5.			

4. VARIABLES DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL

TITULO I	VALOR DE LA
----------	-------------

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB

Transcripción esencial: **“DIAGNOSTICO (S) O MOTIVO DE CALIFICACIÓN
3 OTRAS MONONEUROPATÍAS ESPECIFICADAS”**

En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que, si mi procurada hubiera conocido de la existencia de la depresión con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

- **DISLIPIDEMIA E HIPERTLIPIDEMIA**

Tal y como se aprecia en el fragmento que se presenta, la señora Elizabeth Quiroga padecía de dislipidemia e hiperlipidemia, el cual se encontraba presente hacía más de 2 años previo a la suscripción del seguro, lo anterior debido a que la Historia Clínica registra fecha del 10 de febrero de 2020 y la declaración de asegurabilidad se suscribió el día 26 de septiembre de 2022, a saber:

PROGRAMA RIESGO CARDIOVASCULAR Y CLOBES	
Fecha	05/11/2020 Hora 12:25:15 Profesional GALVIS RICO YULI ADELAIDA Unidad AMBULATORIO
EXAMEN FISICO	
CONSULTA	
Modalidad de Atención	Teleorientación
Raza	NO APLICA
Motivo Consulta	CONTROL DE RCV. SE REALIZA VALORACION MEDICA EN MODALIDAD DE TELECONSULTA POR PLAN DE CONTINGENCIA COVID 19, SE LE EXPLICA AL PACIENTE LAS IMPLICACIONES QUIEN REFIERE COMPRENDER Y ACEPTA DE MANERA VERBAL. NIEGA NEXO EPIDEMIOLOGICO PARA COVID 19,
Enfermedad Actual	PACIENTE CON DISLIPIDEMIA EN MANEJO DIETARIO. NIEGA PRECORDIALGIA, TAQUICARDIA O DISNEA. REALIZA EJERCICIO REGULAR, DIETA HIPOSODICA E HIPOGLUCIDA. TIENE PARACLINICOS DEL 27 DE OCTUBRE DE 2020
ANTECEDENTES	
Quirúrgicos	CESAREA , POMEROY, COLECISTECTOMIA
Personales	DISLIPIDEMIA, GASTRITIS, MIGRAÑA. ENF CHARCOT, INSOMNIO, DEPRESION

Documento: Historia Clínica de UT RED INTEGRADA FOSCAL -CUB del 05/11/2020

Transcripción esencial: **“CONSULTA**

Enfermedad Actual: PACIENTE CON DISLIPIDEMIA EN MANEJO DIETARIO.”

Así las cosas, es evidente que, en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de septiembre de 2022, la señora Quiroga ya conocía que padecía de dislipidemia. Lo anterior debido a que se encontraba ingiriendo Atorvastatina⁷, la cual reduce el colesterol total y colesterol LDL, lo anterior teniendo en cuenta que según los manuales MSD⁸ la dislipidemia es una enfermedad que concentra en una gran cantidad el colesterol y/o triglicéridos o una concentración baja de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL):

⁷

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/76541/FichaTecnica_76541.htmz#:~:text=Atorvastatina%20est%C3%A1%20tambi%C3%A9n%20indicado%20para,se%20dispone%20de%20estos%20tratamientos.

⁸ https://www.msmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-hormonales-y-metab%C3%B3licos/trastornos-relacionados-con-el-colesterol/dislipidemia-dislipemia#Tratamiento_v769985_es

PROGRAMA RIESGO CARDIOVASCULAR Y CLOBES	
Fecha	26/05/2021
Hora	09:52:09
Profesional	GALVIS RICO YULI ADELAIDA
Unidad	AMBULATORIO
PLAN INTERVENCION	
CONSULTA	
Modalidad de Atención	Teleorientación
Raza	NO APLICA
Motivo Consulta	CONTROL DE RCV. SE REALIZA VALORACION MEDICA EN MODALIDAD DE TELECONSULTA POR PLAN DE CONTINGENCIA COVID 19, SE LE EXPLICA AL PACIENTE LAS IMPLICACIONES QUIEN REFIERE COMPRENDER Y ACEPTA DE MANERA VERBAL. NIEGA NEXO EPIDEMIOLOGICO PARA COVID 19.
CLOBES?	NO
Reformulación?	---
Enfermedad Actual	PACIENTE CON DISLIPIDEMIA EN MANEJO FARMACOLOGICO, CON BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, SIN EFECTOS ADVERSOS, NIEGA PRECORDIALGIA, TAQUICARDIA O DISNEA. REALIZA EJERCICIO REGULAR, DIETA HIPOSODICA E HIPOGLUCIDA. TIENE PARACLINICOS DEL 10 DE MAYO DE 2021.
ANTECEDENTES	
Quirúrgicos	CESAREA , POMEROY, COLECISTECTOMIA
Personales	DISLIPIDEMIA, GASTRITIS, MIGRAÑA. ENF CHARCOT, INSOMNIO, DEPRESION
Alergicos	NO
Farmacológicos	ESCITALOPRAM, TRAZADONE, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE
ANTECEDENTES GINECOBSTRICOS	
Gestaciones	1
Partos	0

Documento: Historia Clínica de UT RED INTEGRADA FOSCAL -CUB del 26/05/2021

Transcripción esencial: **Farmacológicos** ESCITALOPRAM, TRAZADONE. ATORVASTATINA 40 MG NOCHE”

En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que, si mi procurada hubiera conocido de la existencia de la dislipidemia con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

Analisis	PACIENTE CON DISLIPIDEMIA MIXTA NO CONTROLADA CON LDL FUERA DE METAS, SE CAMBIA ATORVASTATINA POR OTRO HIPERLIPEMIANTE. DIETA Y EJERCICIO, CITA CON NUTRICION.		
REMISION			
ANALISIS Y CONDUCTA			
Plan a Seguir	ACIDO FENOFIBRICO 135MG/ROSUVASTATINA 20 MG NOCHE, DIETA Y EJERCICIO. CITA CON NUTRICION.		
DIAGNOSTICOS			
Diagnosticos			
Tipo	Clase	Diagnostico	Observaciones
Principal	Confirmado Repetido	E782 HIPERLIPIDEMIA MIXTA	
Ordenes			

Documento: Historia Clínica de UT RED INTEGRADA FOSCAL -CUB del 26/05/2021

Transcripción esencial: **DIAGNOSTICOS**

Tipo	Clase	Diagnostico
Principal	Confirmado repetido.	ET82 HIPERLIPIDEMIA MIXTA

Así las cosas, es evidente que, en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de septiembre de 2022, la señora Quiroga ya conocía que padecía de HIPERLIPIDEMIA. Lo anterior debido a que se encontraba ingiriendo rosuvastatina⁹, como a continuación se aprecia:

HISTORIA CLINICA	
Fecha	07/03/2022
Hora	14:09:35
Profesional	SARMIENTO HERNANDEZ LAURA VANESSA
Unidad	AMBULATORIO
CONSULTA	
Modalidad de Atención	Presencial
TIPO DE POBLACIÓN	Ninguna de las Anteriores
Causa externa	Enfermedad general
Motivo Consulta	" me siento muy enferma"
Enfermedad Actual	PACIENTE FEMEMNINA DE 60 AÑOS, SIN ACOMPAÑANTE, ANTECEDET DE DISLIPIDEMIA, GASTRITIS, MIGRAÑA. ENF CHARCOT, INSOMNIO, DEPRESION. REFIER CUADRO CLINICO DE APROX 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ABUNDANTES MAREOS, VERTIGOS SECAFEAS CONCOMITANTES Y PARESTESIAS EN MANOS, CON SENSACION DE DEBILIDAD CON LOS SINTOMAS. PACINETE QUEIN YA HA RECIBIDO MANEJO CON ROSUVASTATINA POR SINTOMAS ASOCIADOS A HIPERLIPIDEMIA SIN MEJORIA.
ANTECEDENTES	
Quirurgicos	CESAREA , POMEROY, COLECISTECTOMIA
Personales	DISLIPIDEMIA, GASTRITIS, MIGRAÑA, ENF CHARCOT, INSOMNIO, DEPRESION VACINACION: 2 DOSIS PEYSER - REFLIEZO MODERNA 12-11-21

En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estado del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que, si mi procurada hubiera conocido de la existencia de la hiperlipidemia con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

Así las cosas, es evidente que en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de septiembre de 2022, ya padecía de Polineuropatía, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta además se encontraba medicada y asistía a controles para tratar las enfermedades, situación que comporta que dichas patologías no eran de difícil recordación para la señora Quiroga y que debió haberla declarado de manera previa a la formalización del seguro. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estado del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior debido a que, si mi procurada hubiera conocido de la existencia de Polineuropatía, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar el misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** La señora Elizabeth Quiroga ya contaba con una serie de diagnósticos de Polineuropatía, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta con anterioridad al mes de septiembre de 2022, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y **(ii)** que estas patologías son sumamente relevantes

⁹ <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a603033-es.html>

para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Este último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que la asegurada omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que la asegurada haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C.Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

“Séptima. - Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.

En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han

pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co, no es necesario acreditar una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual. Lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto la asegurada debió informar, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

	SI	NO
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?		X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?		X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?		X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?		X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?		X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:		

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que la asegurada había sido diagnosticada con Polineuropatía, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban por dichas enfermedades:

1.57	cms	57	Kg		
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?					X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?					X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?					X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?					X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?					X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:					

En síntesis, la señora Quiroga fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que la Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son totalmente relevantes para el asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera la Polineuropatía, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad del contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato como consecuencia de la reticencia de la asegurada. La vinculación de la señora Elisabeth Quiroga debe declararse nula, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual específicamente el padecimiento de Polineuropatía, Trastorno Depresivo Recurrente, Dislipidemia e Hiperlipidemia Mixta que habían sido diagnosticadas por lo menos desde el año 2020. Más aun, cuando sus patologías le fueron preguntadas expresamente y faltando a la verdad las negó en la declaración de asegurabilidad que suscribió en el mes de septiembre de 2022, viciando así el consentimiento de mi procurada quien creía estar asegurando a una persona en óptimas condiciones cuando no era así y que de haber conocido el verdadero estado de salud de la señora Quiroga la aseguradora se hubiere retraído de suscribir el seguro o incluso habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. Por lo visto, está más que claro que estas consideraciones deben conllevar a la declaratoria de nulidad del contrato de seguro.

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

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes

médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

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

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

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

“Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar.

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la

celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico¹⁰.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales¹¹. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer¹²”. (Subrayado fuera del texto original)

De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso:

Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la

¹⁰ Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

¹¹ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

¹² Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

máxima buena fe.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)¹³

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁴, en donde estableció lo siguiente:

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

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

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

(...)

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

¹³ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereo Pérez.

¹⁴ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...”¹⁵ (subrayado fuera del texto original).

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

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

¹⁵ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

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

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

Resulta fundamental confirmarle a este despacho que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con

la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. *Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”.¹⁶ (negrilla y subrayas fuera del texto)”.*

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

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

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

¹⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

asegurado durante la etapa precontractual.

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**”.* (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

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

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del

C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) la asegurada no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

4. BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

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

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

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

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

5. IMPROCEDENCIA DEL COBRO DE INTERESES DE MORA

Es menester señalar que, respecto a los intereses moratorios, la Corte Constitucional los ha definido como “aquellos que se pagan para el resarcimiento tarifado o indemnización de los perjuicios que padece el acreedor por no tener consigo el dinero en la oportunidad debida. La mora genera que

se hagan correr en contra del deudor los daños y perjuicios llamados moratorios que representan el perjuicio causado al acreedor por el retraso en la ejecución de la obligación”.

Ahora bien, el reconocimiento del pago de intereses tanto en materia civil, comercial y administrativa tienen origen legal, y en todos los casos tiene carácter indemnizatorio, ante el retardo de recibir su pago. El Código Civil consagra los intereses moratorios como una indemnización derivada del retardo, la cual podrá ser convencional si es tasada por las partes o en su defecto legal caso en el cual será equivalente al 6% anual.

En conclusión, es improcedente el cobro de intereses de mora. Por cuanto en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato como consecuencia de la reticencia del asegurado. Es decir la vinculación de la señora Quiroga debe declararse nula, debido a que negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual.

6. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

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

“ARTÍCULO 1081. . La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

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

Se destaca entonces el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria. Pues en tanto la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no se efectúa esa distinción. Sobre este

particular, y en especial, para establecer la diferencia entre los dos tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

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

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

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la **ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...))**, al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”¹⁷*
(Subrayado fuera del texto original)

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

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

7. PRESCRIPCIÓN Y/O CADUCIDAD: APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 58 NUMERAL 3 DE LA LEY 1480 DE 2011

La Ley 1480 de 2011, específicamente en su artículo 58, fijó el procedimiento que debe seguir ésta Superintendencia, cuando en cumplimiento de sus facultades jurisdiccionales, deba tramitar y resolver una Acción de Protección al Consumidor Financiero. En el numeral tercero del nombrado artículo 58, el legislador consagró que los consumidores financieros tendrán un año contado a partir de la terminación de la relación contractual, para interponer la referida acción so pena que opere el

¹⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

fenómeno de la caducidad y/o prescripción. El tenor literal de la norma nombrada señala lo siguiente:

“ARTÍCULO 58. PROCEDIMIENTO. Los procesos que versen sobre violación a los derechos de los consumidores establecidos en normas generales o especiales en todos los sectores de la economía, a excepción de la responsabilidad por producto defectuoso y de las acciones de grupo o las populares, se tramitarán por el procedimiento verbal sumario, con observancia de las siguientes reglas especiales:

(...)

*Las demandas para efectividad de garantía, deberán presentarse a más tardar dentro del año siguiente a la expiración de la garantía y **las controversias netamente contractuales, a más tardar dentro del año siguiente a la terminación del contrato**, En los demás casos, deberán presentarse a más tardar dentro del año siguiente a que el consumidor tenga conocimiento de los hechos que motivaron la reclamación. En cualquier caso deberá aportarse prueba de que la reclamación fue efectuada durante la vigencia de la garantía.”*
(Subrayado fuera del texto original)

En el caso concreto, en el evento en el que el Despacho encuentre probado que la Acción de Protección al consumidor financiero se interpuso con posterioridad al año siguiente a la terminación del contrato, indefectiblemente deberá darle aplicación al artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, decretando así la prescripción y/o caducidad de la acción, y en este sentido, deberá desestimar la totalidad de las pretensiones de la Accionante.

8. GENÉRICA O INNIMINADA Y OTRAS

Solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del Accionante (1081 C.Co.) y cualquier otra causal que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de las entidades demandadas y se la exima de toda obligación indemnizatoria, ello en atención a lo reglado por el artículo 282 del Código General del Proceso.

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

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO.

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

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

2. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN.

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha de invalidez.

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

3. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA.

En este punto es preciso resaltarle al despacho que en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, ostenta la naturaleza de asegurada en la póliza. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

(...) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que, a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan, en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde

a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales operaciones e implementar mecanismos para asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo.¹⁸ (...)

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

(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.¹⁹ (...)

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro se asocia a la obligación financiera número 9627604499. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el Banco BBVA. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

Por todo lo anterior, el Despacho debe tener en cuenta que el único beneficiario de la indemnización es el Banco BBVA, dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y, por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de

¹⁸ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

¹⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

indemnización por parte de mí representada. Situación que debe ser tenida en consideración, por lo que consecuentemente, el Despacho no tendrá otra salida que ante una eventual condena en contra de mí procurada, reconocer que la indemnización únicamente puede ser recibida por la entidad bancaria, en la medida que es esta quien figura como beneficiaria en la póliza de seguro.

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

CAPITULO II

VI. PRUEBAS

1. DOCUMENTALES

- a. Declaración de asegurabilidad suscrita el 26 de septiembre de 2022 por la señora Elizabeth Quiroga
- b. Clausulado de la póliza vida grupo deudores que amparaba la obligación financiera número 9627604499
- c. Objeción emitida por BBVA Seguros de Vida Colombia SA el día 26 de abril de 2023
- d. Ratificación de la objeción del 29 de noviembre de 2024.**
- e. Historia Clínica de la señora Elizabeth Quiroga emitida por la Clínica de UT RED INTEGRADA FOSCAL -CUB.
- f. Derecho de petición y soporte de envío dirigido a **UT RED INTEGRADA FOSCAL -CUB**
- g. Derecho de petición y soporte de envío dirigido al **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**
- h. Derecho de petición y soporte de envío dirigido a la **SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DE SANTANDER**

2. INTERROGATORIO DE PARTE.

- a. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora ELIZABETH QUIROGALÓPEZ en su calidad de accionante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.
- b. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de Banco BBVA en su calidad de demandado, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso,

respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos, renovaciones y condiciones de la póliza de vida grupo.

4. TESTIMONIALES

- a. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora Elizabeth Quiroga. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora Elizabeth Quiroga, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurada de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C. y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co.

- b. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **JULIE ALEXABDRA TRIANA BLANCO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora Quiroga. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora Quiroga, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurada de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 N° 72-

21, Piso 8, Bogotá D.C. y en el correo electrónico juliealexandra.triana@bbva.com y al teléfono 601-3471600

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- a. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **A LA ACCIONANTE** para que exhiba su Historia Clínica desde 2000 hasta 2022, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que la asegurada sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo; y así mostrar la reticencia con que la entonces asegurada declaró su estado de asegurabilidad. Los documentos se encuentran en poder de la señora Quiroga ya que aquellos corresponden a las atenciones médicas que ella ha recibido de manera personal.

- b. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **UT RED INTEGRADA FOSCAL -CUB**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Elizabeth Quiroga, historia desde el año 2000 hasta el 2022 y la fecha en que inició los trámites de la calificación de PCL. La documentación se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió la asegurada.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes la señora Elizabeth Quiroga sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La UT RED INTEGRADA FOSCAL -CUB puede ser notificada en la Ave. El Bosque No 23-60 Floridablanca, Santander, y a través del correo electrónico comunicaciones@foscal.com.co

- c. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** a certificar las fechas en las cuales la señora Elizabeth Quiroga ha estado

vinculada laboralmente con el magisterio. Asimismo, se certifique el estado actual de la vinculación de la señora Elizabeth Quiroga con esta entidad. Por otro lado, se certifique si ha existido alguna reubicación de la señora al interior del magisterio, finalmente, se certifique cual es la modalidad de contrato que la señora tiene actualmente con el magisterio.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar el estado laboral actual de la señora Elizabeth Quiroga; y así mostrar que laboralmente sigue activa. El FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO puede ser notificada en servicioalcliente@fiduprevisora.com.co.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DE SANTANDER** a certificar las fechas en las cuales la señora Elizabeth Quiroga ha estado vinculada laboralmente con el magisterio. Asimismo, se certifique el estado actual de la vinculación de la señora Elizabeth Quiroga con esta entidad. Por otro lado, se certifique si ha existido alguna reubicación de la señora al interior del magisterio, finalmente, se certifique cual es la modalidad de contrato que la señora tiene actualmente con el magisterio.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar el estado laboral actual de la señora Elizabeth Quiroga López; y así mostrar que laboralmente sigue activa. LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DE SANTANDER puede ser notificada en seceduccion@nortedesantander.gov.co

6. OFICIOS

- a. Comedidamente ruego se oficie a **UT RED INTEGRADA FOSCAL -CUB** para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora Elizabeth Quiroga desde el año 200 hasta el 2022. Asimismo, que se certifique si la señora Elizabeth Quiroga se encuentra laborando para el magisterio, el tipo de vinculación y fechas de contratación. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de obtener estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes la señora Elizabeth Quiroga sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. **UT RED INTEGRADA FOSCAL -CUB** puede ser notificada en la Avenida El Bosque No 23-60 Floridablanca, Santander, y a través del correo electrónico comunicaciones@foscal.com.co

- b. Comedidamente ruego se oficie a **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, certificación de las fechas en las cuales la señora Elizabeth Quiroga ha estado vinculada laboralmente con el magisterio. Asimismo, se certifique el estado actual de la vinculación de la señora Elizabeth Quiroga con esta entidad. Por otro lado, se certifique si ha existido alguna reubicación de la señora al interior del magisterio, finalmente, se certifique cual es la modalidad de contrato que la señora tiene actualmente con el magisterio.

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

El propósito de obtener estos documentos, el estado laboral actual de la señora Elizabeth Quiroga López; y así mostrar que laboralmente sigue activa. El FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO puede ser notificada en la calle 72 No. 10.03 local 114 en la ciudad de Bogotá y a través del correo electrónico tutelas_fomag@fiduprevisora.com.co

- c. Comedidamente ruego se oficie a la **SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DE SANTANDER** para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, certificación de las fechas en las cuales la señora Elizabeth Quiroga ha estado vinculada laboralmente con el magisterio. Asimismo, se certifique el estado

actual de la vinculación de la señora Elizabeth Quiroga con esta entidad. Por otro lado, se certifique si ha existido alguna reubicación de la señora al interior del magisterio, finalmente, se certifique cual es la modalidad de contrato que la señora tiene actualmente con el magisterio.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P. El propósito de obtener estos documentos, el estado laboral actual de la señora Elizabeth Quiroga López; y así mostrar que laboralmente sigue activa. LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DE SANTANDER puede ser notificada en seceducacion@nortedesantander.gov.co

7. DICTAMEN PERICIAL

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: (i) que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA las patologías de la señora Elizabeth Quiroga se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar la asegurada eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

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

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: “*Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días*”. Comedidamente se le solicita a la Superintendencia Financiera de

Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica de la asegurada. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

CAPÍTULO III

VII. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder conferido al suscrito
3. Certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

CAPITULO IV

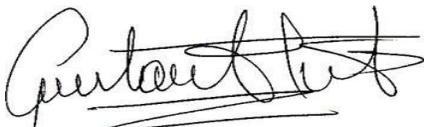
VIII. NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar en la demanda.

Mi representada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, recibirá notificaciones en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C., correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com

Al suscrito en la Carrera 11A # 94A - 23 oficina 201 de Bogotá D.C. o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Del señor Juez. Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.