

Señores

JUZGADO DOCE CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD

cmpl12bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá, D.C.

**ASUNTO: CONTESTACIÓN TRASLADO DE EXCEPCIONES
PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
EXPEDIENTE: N° 11001400301220240107300
DEMANDANTE: JORGE BUITRAGO MAHECHA
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y/O BBVA
SEGUROS DE VIDA**

ANDREA PÉREZ MORALES, mayor de edad domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con cédula de ciudadanía N° 52.695.942 de Bogotá, abogada acreditada con tarjeta profesional N° 195.669 del C.S. de la J., obrando en calidad de apoderada de la parte demandante, dentro del término legal otorgado por la Ley 2213 de 2022, Artículo 9°, parágrafo, procedo a descorrer traslado de las excepciones propuestas y/o de la contestación de la demanda así como a la objeción del juramento estimatorio formulada por la demandada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y/O BBVA SEGUROS DE VIDA** oponiéndome a los hechos y consideraciones que la fundamentan:

I. **OPOSICIÓN RESPECTO A LA OBJECCIÓN AL JURAMENTO
ESTIMATORIO**

En lo que respecta a la objeción al juramento estimatorio formulada por el extremo demandado, ha de advertirse que, la sustentación planteada carece de todos los presupuestos consagrados en el artículo 206 del CGP siendo necesario reseñar que su prosperidad debe contemplar la especificación razonada de la inexactitud alegada:

“Artículo 206 del CGP

*Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. **Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación.** (subrayado y negrita fuera del texto original)*

Se infiere en la lectura de la objeción al juramento, que la demandada pretende la validez de su planteamiento alegando medios exceptivos y no cuestionando o especificando con exactitud la cuantía estimada y llevada a juramento estimatorio.

II. **OPOSICIÓN FRENTE A LAS EXCEPCIONES DE MERITO
FORMULADAS**

Frente a las excepciones de la demanda y que fueron objeto de pronunciamiento por la parte demandada en su contestación, me permito oponerme de la siguiente manera:

a. **RESPECTO A LA DENOMINADA “1. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA.”**

Señala el extremo demandado: “En el presente caso, el demandante carece de legitimación en la causa por activa para promover la acción que nos ocupa y pretender el reconocimiento de la prestación derivada del contrato de seguro expedido por mi representada, comoquiera que no ostenta la calidad de beneficiario en el negocio aseguratorio. En tal sentido, se advierte que dicha legitimación radica únicamente en el beneficiario de la mentada póliza, lo que significa que, para el caso concreto, el único sujeto que podrá exigir el eventual cumplimiento del contrato de seguro es la entidad bancaria. Maxime, cuando en las pretensiones de la demanda se solicita el pago directamente al señor Buitrago, lo que evidentemente es equivocado, pues se reitera, él no es el beneficiario del seguro de vida grupo deudor”

Oposición:

Debe recordarse que este es un proceso de responsabilidad civil contractual, regido por el artículo 1546 del Código Civil en lo que concierne a la sanción por incumplimiento contractual, según el cual, en caso de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado, podrá el otro contratante a su arbitrio, hacer uso de la acción de cumplimiento o la de resolución contractual, en ambos casos con derecho a pretender obtener la indemnización de los perjuicios que el incumplimiento le hubiere irrogado.

En el presente asunto se optó por la acción de cumplimiento contractual, y al encontrarse demostrado que la aseguradora se sustrajo del deber convencional de pagar los saldos adeudados por el señor **JORGE BUITRAGO MAHECHA** al **BANCO BBVA** desde la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente que le fue certificada por la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**; como también la demostración de pago de las cuotas o valores que debían ser cubiertos por la póliza de seguro respecto del crédito adquirido como fue expresamente demostrado en los extractos bancarios que denotan los descuentos realizados por la entidad bancaria, resulta evidente que el señor **BUITRAGO**, al cubrir la obligación insoluta, en la proporción que correspondía a la compañía de seguros tomando en consideración el valor asegurado, ha soportado un detrimento patrimonial denominado daño emergente, que en consecuencia debe ser reparado.

Ha de precisarse que, en tratándose de la cobertura de una póliza de seguro de vida deudores, de tipo aseguratorio caracterizado por ser tomador una entidad financiera encargada del otorgamiento de créditos, y amparando los riesgos de vida e incapacidad total y permanente que recae en cabeza de su deudor que funge como asegurado, nace la obligación indemnizatoria por parte del asegurador quien debe asumir la carga de pagar el saldo del crédito al momento de la materialización del siniestro.

Dicho lo anterior, el asegurado que para el presente caso es el señor **JORGE BUITRAGO MAHECHA** cuenta con la facultad legítima de demandar a la aseguradora para que afecte la póliza respectiva y pague el saldo del crédito vigente para la época de consolidación del siniestro y perciba los valores pagados con posterioridad a la acreditación del siniestro.

Se equivoca el extremo demandado al señalar que la pretensión de la demanda va encaminada al pago directo al demandante advirtiendo que el requerimiento va dirigido al pago de la obligación crediticia adquirida con el Banco BBVA al momento de ocurrencia del siniestro.

Alrededor de la legitimación por activa ejercida por el deudor asegurado, la Corte Suprema de Justicia, mediante providencia STC1338-2016 con ponencia de la Magistrada MARGARITA CABELLO BLANCO ha sostenido:

...

“Ciertamente es que el «asegurado deudor» en tratándose de «seguros de vida grupo deudores» está facultado para pedirle a la entidad garante el cumplimiento del contrato, esto es, que pague lo que debe y a quien corresponde.

Frente al tema, esta Corporación sostuvo que:

Lógicamente que la viuda ni nadie distinto al beneficiario del seguro podría demandar la prestación del seguro para sí. Bien es verdad que el contrato no puede convertir a un tercero en acreedor; ni tampoco, agrégase, en deudor. Cosa que no está haciéndose aquí: no se remite a duda que eso concierne exclusivamente al beneficiario. Simplemente está exigiendo que la aseguradora pague lo que debe; y hay que entender en sano discernimiento que la súplica es que pague a quien debe pagar, esto es, a la Caja, cual resultó ordenándolo el tribunal. Interés de sobra tiene en ello. Si la Caja halló gratuitamente quién le asegurara que a la muerte del deudor tenía derecho a un monto igual al saldo insoluto de la deuda, y si para así ponerse a cubierto de eventuales pérdidas acudió a que su deudor pagase por ello (las primas del seguro), la viuda puede elevar su voz, precisamente porque la función económico-jurídica del seguro ha sido puesta en vilo ante la paciencia, aquiescencia, pasividad o tolerancia de la Caja. Dicha actitud causa de rebote un perjuicio en el patrimonio del causante y a su turno en el de la herencia y sociedad conyugal. Perfectamente dirá la viuda que los seguros, y más lo que le han costado, son para eso, para cumplirse, porque esa es su función normal y corriente; que para algo ha de servir el seguro. Cuando el seguro disputado en este juicio se contrató, es verdad meridiana que el deudor, tanto o más que el propio Banco prestamista, está interesadísimo y hasta muy confiado en las proyecciones económicas que tal seguro reflejaría en su órbita patrimonial, y acaso fue por ello que decidió pasar por la condición de pagar, de buen grado o no, la prima a la aseguradora que de ordinario, dicho sea de ocasión, le señala el mismo Banco. Difícil imaginar interés más fúlgido. Mandarle que no despegue sus labios porque no es parte en el seguro, o porque el Banco, que sí es parte, puede obrar a su antojo, resulta una orden desproporcionada e inicua. Oírla, pues, parece lo más sensato y de elemental justicia. Su clamor no es otro que éste: el pago a mi acreedor, al propio tiempo me libera; ordénenle, por consiguiente, que cumpla (SCJ SCC 28 jul. 2005, rad. 1999-00449-01, reiterado en SC 15 dic. 2008, rad. 2001-01021-01).).

4.4.- Y es que, revisada la demanda con que se promovió la declaratoria judicial, cuya frustración motivó la protección constitucional, puede inferirse sin temor a dudas que la actora no pidió para sí el desembolso del valor que le correspondía asumir a la aseguradora. En una interpretación apropiada del libelo debió haberse concluido que la asegurada no pretendía asumir la condición de beneficiaria, pues, no la ostentaba.

4.5. El reclamo, en síntesis, que presentó la actora a la demandada para que asumiera el compromiso propio de quien funge como asegurador, que no es

otro que cumplir la obligación una vez acaezca el siniestro, contaba con todo el respaldo legal y jurisprudencial, pues sus intereses pendían de que la aseguradora honrara el convenio ajustado como era salir a cubrir la deuda hipotecaria pendiente ante el surgimiento del hecho imprevisto e incierto y en ese contexto, itérase, su calidad de «asegurada» le servía de suficiente soporte a tales propósitos.

En los anteriores términos se sustenta la oposición al medio exceptivo denominado **FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA** advirtiendo que la motivación propuesta por la demandada carece de fundamento y prueba de su demostración y consolidación.

b. **RESPECTO A LA DENOMINADA “2. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO”**

Indica el extremo demandado: *“Es fundamental que desde ahora el despacho tome en consideración que el asegurado, el señor Jorge Buitrago Mahecha, 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, tales como un Accidente Cerebrovascular, Hipoacusia Neurosensorial, Hipotiroidismo, Disestesia, la alteración en miembros inferiores, Síndrome de Robo de Subclava, Síndrome del Túnel Carpiano, Epicondilitis, Hiperlipidemia, Apnea del Sueño Y Hemiparesia Izquierda, 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”*

Oposición:

Contrario a lo que aduce la parte demandada, se hace necesario reiterar lo indicado en el escrito demandatorio frente a las patologías del señor **JORGE BUITRAGO MAHECHA** y que dieron lugar a la calificación de pérdida de capacidad laboral por parte de la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ D.C.:**

- El día 17 de febrero de 2023, el señor **JORGE BUITRAGO MAHECHA** fue calificado por la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ** de la ciudad de Bogotá, en donde le dictaminaron el 53.72% de pérdida de capacidad laboral mediante dictamen N° 14242542 – 1461. ([Prueba cinco](#))
- La fecha de estructuración de la invalidez del señor **JORGE BUITRAGO MAHECHA** contenida en el dictamen N° 14242542 – 1461 fue el día 2 de febrero de 2022 ([Prueba cinco](#))
- Los diagnósticos evaluados por la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ** fueron: **a)** Fractura de otras partes del fémur - Fractura patológica por mieloma multiple de miembro inferior izquierdo (S728); **b)** Fractura del acetábulo - Fractura patológica por mieloma multiple de miembro inferior izquierdo (S324); **c)** Hipotiroidismo, no especificado - Post tiroidectomía (E039). y **d)** Mieloma múltiple (C900) ([Prueba cinco](#))

- Las deficiencias calificadas por **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ** fueron: **a)** Deficiencias por alteraciones debidas a neoplasias o cáncer; **b)** Deficiencias por enfermedades de la tiroides; **c)** Deficiencia por disestesia secundaria a periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático; **d)** Deficiencia por pérdida de la agudeza auditiva (No ponderada) y **e)** Deficiencia por alteración de miembros inferiores. (Prueba cinco)

Nótese que las patologías aludidas por el extremo demandado no corresponden a los diagnósticos objeto de calificación los cuales reitero fueron **a)** Fractura de otras partes del fémur - Fractura patológica por mieloma multiple de miembro inferior izquierdo (S728); **b)** Fractura del acetábulo - Fractura patológica por mieloma multiple de miembro inferior izquierdo (S324); **c)** Hipotiroidismo, no especificado - Post tiroidectomía (E039). y **d)** Mieloma múltiple (C900) y que encuentran su comprobación en el precitado dictamen, advirtiendole que las mismas se encuentran relacionadas con la enfermedad de cáncer (mieloma múltiple) diagnosticada el día 20 de diciembre de 2021 con inicio de tratamiento con quimioterapia en enero de 2022 en manejo por hemato-oncología. (Prueba tres)

Si bien, dentro de la calificación existen patologías contenidas en la historia clínica del señor **JORGE BUITRAGO MAHECHA** las mismas no revisten en lo absoluto, una conducta de mala fe tendiente a ocultar la verdad sobre el estado del riesgo al momento de asegurar la obligación crediticia, resaltando que la pérdida de capacidad laboral se dictaminó como consecuencia del padecimiento de cancer del demandante.

Reviste importancia hacer referencia a cada una de las patologías invocadas por la parte demandada y su incidencia en la calificación de pérdida de capacidad laboral dictaminada por la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**:

- **ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR:** No fue objeto de calificación y la demandada no demostró que su incidencia o relevancia era causal para no suscribir el contrato de seguro.
- **HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL:** Si fue objeto de calificación, sin embargo no se demostró por la demandada que tenga incidencia restrictiva o limitante para suscribir el contrato de seguro.
- **HIPOTIROIDISMO:** Si fue objeto de calificación, sin embargo no se demostró por la demandada que tenga incidencia restrictiva o limitante para suscribir el contrato de seguro.
- **DISESTESIA y AFECTACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES:** No fue objeto de calificación por cuanto la disestesia calificada esta relacionada con la patologia de cáncer: **a)** Fractura de otras partes del fémur - Fractura patológica por mieloma multiple de miembro inferior izquierdo (S728); **b)** Fractura del acetábulo - Fractura patológica por mieloma multiple de miembro inferior izquierdo (S324).
- **SÍNDROME DE ROBO SUBCLAVIA:** No fue objeto de calificación y la demandada no demostró que su incidencia o relevancia era causal para no suscribir el contrato de seguro.
- **SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO:** No fue objeto de calificación y la demandada no demostró que su incidencia o relevancia era causal para no suscribir el contrato de seguro.
- **EPICONDILITIS:** No fue objeto de calificación y la demandada no demostró que su incidencia o relevancia era causal para no suscribir el contrato de seguro.
- **HIPERLIPIDEMIA:** No fue objeto de calificación y la demandada no demostró que su incidencia o relevancia era causal para no suscribir el contrato de seguro.
- **APNEA DEL SUEÑO:** No fue objeto de calificación y la demandada no demostró que su incidencia o relevancia era causal para no suscribir el contrato de seguro

En torno a lo señalado, el mismo clausulado de la PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES BANCASEGUROS contempla el anexo de “**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**” y define este amparo de la siguiente manera:

“ 1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DEFINIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SI COMO ASEGURADO SUFRE UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA DE EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN”

Obsérvese que la definición de la cobertura de “**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**” señala expresamente que si la incapacidad se adquiere durante la vigencia de la póliza habrá lugar al pago del 100% del valor asegurado, situación que se advierte en el presente caso considerando que la fecha de emisión de la calificación fue el 17 de febrero de 2023 con fecha de estructuración el día 02 de febrero de 2022, tiempo posterior al otorgamiento del crédito.

En lo que ora a la configuración de una reticencia por parte del deudor asegurado supone la existencia de presupuestos de validez y para ello es necesario traer a colación la sentencia T-344 de 2024 que al respecto señala:

“...

4. **La reticencia en el contrato de seguro**

78. Si bien las entidades dedicadas a actividades financieras o aseguradoras tienen la posibilidad de fijar los requisitos para la prestación de sus servicios, las condiciones y exigencias para acceder a créditos y transacciones, tal libertad contractual no puede ser empleada sin consideración a los derechos fundamentales involucrados en tales transacciones. Por tanto, “en aras de evitar que con base en la superioridad que ejerce[n] frente al usuario, abusen de su poder a través de la imposición de cláusulas arbitrarias o por fuera de los límites que la ley prevé”, esta Corte ha reconocido la procedencia excepcional de la tutela “ante una situación de desventaja financiera como a la que se encuentra sometido el usuario” cuando le dilatan o incumplen los compromisos, “lo que afecta los derechos fundamentales del tomador o sus beneficiarios”. En estos eventos, la intervención del juez constitucional se justifica para “evitar que con ocasión de la

posición dominante de la que goce una empresa, se esquite el cumplimiento de las obligaciones pactadas en detrimento de un derecho fundamental”.

79. En ese contexto, cuando se alega la vulneración de garantías constitucionales “por abuso de [la] posición dominante ante [la] negativa de pagar pólizas de seguro en casos de invalidez y muerte alegando reticencia”, se ha considerado que el juez debe determinar si, en tales casos, la conducta de la aseguradora resulta injustificada, al no acreditarse el cumplimiento de los deberes previstos en la Ley 1328 de 2009, consistentes en garantizar una debida diligencia (i) en el ofrecimiento de productos financieros o en la prestación de servicios a los consumidores; y (ii) en brindar información cierta, suficiente, clara y oportuna, respecto al objeto y condiciones de la contratación, que se ha considerado un deber de transparencia.

80. (i) El deber de debida diligencia. En el contrato de seguros se exige que las partes “desplieguen una actividad con lealtad para su ejecución, gobernada por la diligencia y el cuidado necesarios, ya que todo acto contrario a la misma [...] imposibilit[a] el cumplimiento simultáneo de las obligaciones mutuas y recíprocamente contraídas”.

81. De este deber se sigue que las entidades financieras o aseguradoras “les deben brindar a los consumidores financieros una «atención debida y respetuosa en desarrollo de las relaciones que establezcan con aquellas, y en general, en el desenvolvimiento normal de sus operaciones [...] de forma que se propenda por la satisfacción de las necesidades con el consumidor financiero, de acuerdo con la oferta, compromiso y obligaciones acordadas»”. En consecuencia, en todo momento, “las entidades financieras y aseguradoras [deben] asesor[ar] a sus clientes de forma idónea, suficiente y oportuna, con el fin de que estos puedan tomar las decisiones que mejor se ajusten a sus intereses y necesidades”.

82. (ii) El deber de transparencia: brindar información cierta, suficiente, clara y oportuna. Las entidades financieras y aseguradoras “deben proveer información tan completa como sea posible a los tomadores de seguros en relación con los alcances, exclusiones y cualquier otra circunstancia relativa al contrato de seguros”.

83. Como consecuencia de este deber, deben suministrar al usuario información (i) cierta, es decir, que responda efectivamente a la realidad jurídica y fáctica del vínculo contractual; (ii) suficiente, esto es, que sea completa de modo que el consumidor financiero pueda tener una idea integral y detallada de la posición en que se encuentra y de sus posibilidades de actuación; (iii) clara, lo que “se refiere a la transparencia y accesibilidad del lenguaje utilizado para definir las cláusulas del contrato de seguro, el formulario de asegurabilidad y cualquier otro documento referido a la póliza” de forma que sea plenamente comprensible, aun cuando la naturaleza técnica dificulte su explicación; y (iv) oportuna, esto es, entregada en el momento en que resulte relevante, y no después, para que el consumidor financiero pueda tomar decisiones con base en ella, de lo cual se deberá dejar expresa constancia.

84. El suministro de información en tales condiciones –esto es, con el cumplimiento de los deberes de debida diligencia y transparencia– “busca equilibrar la situación de indefensión en la que se encuentran los consumidores financieros frente a las entidades financieras y aseguradoras [...], permitiéndoles tomar mejores decisiones, [...] propendiendo porque conozcan tanto sus derechos como las obligaciones adquiridas”. De este modo, “se restringe el ejercicio de la posición dominante con base en la cual esas entidades suelen imponer

obligaciones a sus clientes y se garantiza el interés público que caracteriza a las actividades que desarrollan”.

85. Específicamente, en el seguro de vida, las partes están llamadas a declarar de manera exacta y precisa las condiciones y circunstancias bajo las cuales concurren el riesgo y la póliza. Para la aseguradora, implica el deber de informar acerca de las condiciones del contrato y sus coberturas; para el asegurado o tomador, el de declarar el estado del riesgo “que sólo él conoce íntegramente”, “con diligencia y sinceridad”, en todo caso, conforme a las instrucciones que le suministre la entidad financiera o aseguradora. Por ende, solo en la medida en que la entidad aseguradora brinde información cierta, suficiente, clara y oportuna sobre las condiciones del contrato, en especial, las circunstancias en que la declaración podría considerarse reticente, de lo cual debe quedar constancia suscrita por el asegurado o tomador, el adquirente estará en la posibilidad de cumplir su obligación de informar los hechos que determinan el estado del riesgo, sobre todo, de aquellos que pudiesen incidir en la expedición de la póliza, la modificación de las condiciones del contrato o la extinción del vínculo.

86. De allí que, ante el incumplimiento de la obligación de transparencia (esto es, la omisión de las entidades financieras y aseguradoras de suministrar información cierta, suficiente, clara y oportuna), no sea dable exigirle al tomador declarar las circunstancias de salud que desconoce, máxime en aquellos eventos en los que el clausulado de la póliza expresamente indica no contemplar exclusiones. En este sentido, en las sentencias T-591 de 2017 y T-658 de 2017, esta Corte precisó que, antes de celebrar el contrato o proceder a su renovación, las compañías aseguradoras deben abstenerse de utilizar cláusulas genéricas y ambiguas para objetar la cancelación de la póliza, bajo el argumento de que el tomador/asegurado incurrió en reticencia, por lo que se deben “evitar los elementos que generan inseguridad en la ejecución del [contrato]”. En consecuencia, dado que “cuando las aseguradoras definen el contenido del contrato de seguros, deben abstenerse, además, de incurrir en cláusulas abusivas”, “las preexistencias deben quedar consignadas en el contrato, so pena de ser ambigüedades o vacíos que no puedan alegarse para negar el pago de la póliza o reducir el monto de la obligación”, pues, de acuerdo con el artículo 1604 del Código Civil y en desarrollo del principio de buena fe, se resolverán en favor de la parte débil de la relación contractual, esto es, el asegurado o sus beneficiarios.

87. En el contexto descrito, los deberes de debida diligencia y transparencia adquieren una relación estrecha: no se puede derivar una conducta reticente cuando el tomador no ha tenido conocimiento de los términos en que debe suministrar la información relacionada con el estado de salud, debido, precisamente, al incumplimiento de la aseguradora de su deber de diligencia en suministrar orientación cierta, suficiente, clara y oportuna, sobre el tipo de información que debe suministrar y las posibles fuentes de dicha información, como la historia clínica o las certificaciones médicas.”

Dentro de la misma providencia, se determina con precisión la postura frente a los deberes de las aseguradoras en relación con la determinación del estado de riesgo, considerando que:

“...

1. El deber de diligencia exige que, en algunos casos, la aseguradora constate la veracidad de las respuestas al cuestionario y verifique el real estado de salud del tomador. En particular, de acuerdo con la reciente jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, la declaración de asegurabilidad no basta “cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se

- presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo”. En estos casos, el asegurador debe constatar el estado de salud del tomador y verificar la veracidad de la declaración de asegurabilidad por medio de, entre otras, la realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica. Si no lo hace, se aplica la regla de conocimiento presuntivo, aun si el tomador omitió informar sobre preexistencias al contestar el cuestionario.*
- 2. Para demostrar el conocimiento presuntivo de la aseguradora en estos casos, se debe acreditar que: “(i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas”.*
 - 3. La regla de conocimiento presuntivo “no es un remedio general para indultar o condonar notorias reticencias, sino un correctivo para preservar el contrato frente a controversias suscitadas a raíz de hechos que el asegurador debía y podía conocer, pero que no implica dejar de lado el celo, honestidad y transparencia, que el tomador debe observar cuando declara las circunstancias del riesgo que busca trasladar”.*

Esta postura ha sido aplicada por (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en las sentencias: SC18563-2016, SC3791-2021, SC167-2023 y STL588-2023 y (ii) la Corte Constitucional, en las sentencias T-501 de 2016 y T-660 de 2017.

92. En efecto, dado que la reticencia solo existirá cuando la aseguradora, a pesar del cumplimiento de su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos, no podrá oponerse al pago de la póliza, “como si su actitud fuera la de un asegurador acucioso y diligente”, cuando (i) ha conocido o debido conocer los hechos que aluden a los vicios de la declaración, como en aquellos eventos en los que se abstuvo de comprobar el estado de salud al momento de tomar el seguro, “renuncia a efectuar valoraciones una vez es enterado de posibles anomalías, o deja de auscultar, pudiendo hacerlo”; o (ii) de haber conocido los hechos y no haberlos puesto de presente para modificar las condiciones del contrato, “los subsan[a] mediante su aceptación expresa o tácita”, lo que ocurre cuando, en el marco de una relación contractual en la que se ha renovado la póliza, el asegurado ha efectuado reclamaciones previas y, pese a ello, la aseguradora decide renovar el seguro, conocedora de los antecedentes que dieron lugar a la petición.

*93. En otras palabras, tal como lo sostuvo la Corte en Sentencia T-025 de 2024, la aseguradora “tiene un deber de debida diligencia para determinar el verdadero estado del riesgo, cuyo incumplimiento impide alegar la nulidad. Este deber está fundado en que “la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal durante la vigencia del contrato y en la etapa precontractual”. En caso de que no demuestre haber actuado con diligencia en la etapa precontractual para comprobar el estado del riesgo, se presume que conocía sobre los vicios de la declaración (vgr. preexistencias que no fueron informadas u otro tipo falsedades) por el tomador y, por lo tanto, está imposibilitada para alegar la nulidad del contrato por reticencia y objetar el pago de la indemnización pactada en el contrato. **Esta regla ha sido denominada por la jurisprudencia ordinaria como el conocimiento presunto o presuntivo del estado del riesgo o los vicios de la declaración**”. (Subrayado y negrita fuera del texto original)*

94. Justamente, en atención al carácter de tracto sucesivo del contrato de seguro, por el cual “las obligaciones contraídas no implican actuaciones

instantáneas, [sino que] se desenvuelven continuamente hasta que terminan”, el deber de diligencia de las aseguradoras se maximiza en presencia de una relación contractual amplia, caracterizada por la existencia de un vínculo que se ha renovado periódicamente o en el que se han efectuado reclamaciones previas. En estos eventos, la aseguradora “no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro”, ni aducir que “el adquirente ha actuado de mala fe, ocultando el estado del riesgo o ha sido negligente al manifestar las condiciones preguntadas por la aseguradora para determinar el estado del riesgo”, con el fin de evadir el pago del seguro. De esta forma, se evita que una de las partes celebre el contrato sin la voluntad real de cumplirlo en el futuro, y que, en especial, en los contratos de seguro, tiene como causa la existencia de información asimétrica, un supuesto común de falla de mercado.

*Por un lado, las accionadas no aportaron elementos de prueba que permitan evidenciar, siquiera de manera sumaria, que hubieran actuado en forma diligente informando a los asegurados de manera cierta, clara, suficiente y oportuna, las condiciones de los seguros; en particular, las coberturas, la forma de solicitar su efectividad y, especialmente, las circunstancias en las que debía informar los cambios en su estado de salud y, por ende, los eventos en los que su declaración pudiese considerarse reticente. Tampoco se observa que las compañías hubieran ofrecido a los asegurados la posibilidad de practicarse un examen médico, aportar una certificación médica reciente, otorgar el acceso a su historia clínica u otro medio idóneo para cumplir con sus deberes de debida diligencia y transparencia... las aseguradoras incumplieron el deber de diligencia en la constatación de la veracidad de las declaraciones de asegurabilidad, por lo que es aplicable **la regla del conocimiento presuntivo del estado del riesgo.***

En conformidad a lo anterior, la etapa precontractual que se surtió en el proceso de otorgamiento del crédito N° N°. 0013-0158-68-9622993715 se formalizó de la siguiente manera:

1. El día 29 de junio de 2021, el señor **JORGE BUITRAGO MAHECHA** se acercó a la oficina del Banco BBVA ubicado en la ciudad de Bogotá y fue atendido por el asesor **DIEGO PÉREZ** quien realizó todo el proceso de formalización del crédito.
2. Al momento de entregar la declaración de asegurabilidad, el asesor que debe explicar con suma claridad las condiciones del seguro que respaldarán el crédito, se limitó a indicar al demandante que debía diligenciar el formulario como parte de los requisitos para acceder al crédito.
3. Con posterioridad al diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad, el señor **JORGE BUITRAGO MAHECHA** no fue contactado por la demandada en aras de validar que las condiciones de salud respecto de lo señalado en el formulario.
4. Nunca le fue entregado al señor **JORGE BUITRAGO MAHECHA** el clausulado y condiciones generales y particulares de la póliza así como tampoco fue informado de las conductas reticentes que conllevan a la nulidad del contrato de seguro y/o extinción del mismo.
5. Al omitir el asegurador su deber de transparencia e información hacia el consumidor financiero incumplió su obligación de diligencia en la constatación de la veracidad de las declaraciones de asegurabilidad, por lo que es aplicable **la regla del conocimiento presuntivo del estado del riesgo.**
6. Al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, el demandante no padecía ninguna enfermedad como tampoco se encontraba en proceso de tratamiento clínico.

En este mismo sentido y en lo relacionado con la nulidad relativa del contrato de seguro por inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo, el Tribunal Superior del

Distrito Judicial de Barranquilla dentro del expediente: 43.307 (08-001-31-53-001-2020-00089-01) ha señalado:

“...

a) De la nulidad relativa del contrato de seguro por inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo. –

El principio de buena fe se encuentra consagrado en el art. 83 de la Constitución Nacional, al establecer el Estatuto Superior, que “Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten...”; lo cual, en lo que concierne a las relaciones contractuales, se encuentra estipulado en el art. 871 del Código de Comercio, según el cual “Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no solo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural”; previsiones constitucionales y legales a las que, obviamente, no escapa el contrato de seguros.

Es así, que el art. 1058 del Código de Comercio, impone al tomador del seguro, la obligación de “...declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo...”, so pena de que la “...reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro”; disposición normativa respecto de la cual el Subcomité de Seguros del Comité Asesor para la Revisión del Código de Comercio, en el acta No.73, publicada en 1983 por la Asociación Colombiana de Derecho de Seguros “Acoldese”, Bogotá, Unión Grafica Ltda., consideró que es posible afirmar que del art. 1058 del Código de Comercio, emerge que:

a) El tomador del seguro tiene la carga precontractual de declarar sinceramente los hechos y circunstancias significativas que determinan el estado del riesgo¹;

b) La declaración puede hacerse con o sin cuestionario;

c) La carga de declarar correctamente el estado del riesgo se incumple por inexactitud o reticencia, es decir, por incurrir en falta de la debida fidelidad en las respuestas o relato, total o parcialmente, en lo que debiera decirse;

d) Las inexactitudes y reticencias, por dolo o culpa del tomador, son sancionadas con la declaratoria de nulidad relativa del contrato, siempre y cuando recaigan sobre hechos o circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo, o sea, de aquellos que, de haber sido conocidos por el asegurador, lo habrían retraído de contratar, o, lo hubiera hecho exigiendo condiciones más onerosas para el tomador;

e) No habrá nulidad si las inexactitudes o reticencias relevantes provienen de error inculpable del tomador; caso en el cual, el asegurador solo queda obligado a pagar una parte de la prestación asegurada, directamente proporcional a lo que la tarifa o prima pactada represente en relación con la tarifa o prima correspondiente al verdadero estado del riesgo; con excepción al principio de incontestabilidad, que, en materia de seguros de vida consagra el art. 11602 del C. de Cio.;

f) La sanción por inexactitud o reticencia no tiene lugar, si en la etapa precontractual, el asegurador ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre las que versan los vicios de la declaración, o si, celebrado el contrato de seguros, los subsana o acepta expresa o tácitamente; y

g) No hay necesidad de establecer relación ninguna de causalidad entre el error o la reticencia, y el siniestro.

Respecto de esta última conclusión, la Corte Constitucional, en sentencia C-232 de mayo 15 de 1997, al estudiar la demanda que solicitó la declaratoria de inexequibilidad, o de constitucionalidad condicionada de la nulidad relativa del contrato de seguros, con fundamento en que las reticencias o inexactitudes en la declaración de asegurabilidad tienen que estar en relación de causalidad con el siniestro, la Corporación, luego de señalar que el art.1058 del Código de Comercio exige del tomador del seguro una buena fe calificada tanto para el asegurador como para el tomador; y centrándose en la carga precontractual que corresponde al tomador, señaló:

“...Es claro que el régimen rescisorio especial para las reticencias e inexactitudes relevantes, surge de bases objetivas, determinadas por la naturaleza de las cosas: la ineludible necesidad de contratar en masa, que constriñe a la empresa aseguradora, y la correlativa imposibilidad física de inspeccionar todos y cada uno de los riesgos contratados, que explica por qué el asegurador queda supeditado a la honradez del tomador, y por qué éste debe asumir, en todo momento, una conducta de máxima buena fe.

...en sentencia T-00827 de junio 1º de 2016, la Corte Constitucional se pronunció en relación con la práctica de las aseguradoras de alegar la preexistencia de enfermedades para sustraerse de la obligación de pago de la indemnización en los seguros de vida, estableciendo una serie de principios y criterios que han de tomarse en consideración, para en casos concretos determinar si la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo por parte del tomador o asegurado, según sea el caso, conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, que se pueden sintetizar así:

- a. En virtud del principio de buena fe, las aseguradoras tienen la obligación de redactar precisa y taxativamente todas las exclusiones posibles;*
- b. Las aseguradoras tienen la obligación de realizar exámenes médicos con anterioridad a la suscripción del contrato, con el objetivo de determinar de forma real y objetiva la situación de salud del tomador o asegurado;*
- c. En caso de que no se practiquen los exámenes médicos, la aseguradora tiene la obligación de probar la mala fe del tomador o asegurado, según sea el caso, es decir, la voluntad de éstos de ocultar la existencia de una condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro;*
- d. El asegurador debe acreditar que, de haber conocido la patología preexistente, no hubiera contratado, o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas para el tomador o asegurado;*
- e. Si el asegurador conocía, podía conocer, o no demuestra que los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia, no podrá eximirse de la obligación del pago del seguro;*
- y*
- f. La aseguradora no puede limitarse a alegar preexistencias, sino que debe demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y el siniestro, para sustraerse del pago de la indemnización pretendida.”*

En cuanto a la probanza de la existencia de alguna reticencia o inexactitud en la declaración del estado del riesgo, se ha determinado con precisión por la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC5327-2018 del 13 de diciembre de 2018 :

“...

- 2. Que, para la configuración de la nulidad relativa del contrato de seguros, en los términos del art. 1058 del Código de Comercio, no basta que el tomador o asegurador haya incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración del estado del riesgo; sino que, además, la información omitida o suministrada en forma no veraz, debe tener*

una importancia o trascendencia determinante en la formación del contrato, de tal manera que “... si la declaración incompleta se concentra en aspectos que, conocidos por la aseguradora, no hubieran influido en su voluntad contractual, ninguna consecuencia se puede derivar en el sentido sancionatorio mencionado, todo lo cual se funda en la lealtad y buena fe que sustenta los actos de este linaje

...

4. Que, en consecuencia, la compañía de seguros que pretende la declaratoria de nulidad relativa, en términos del art. 177 del C.P.C., actual art. 164 del C.G.P., tiene la carga de demostrar la reticencia o inexactitud, la incidencia que ello tuvo en el consentimiento del asegurador, que de haber conocido la verdad de los hechos que fueron ocultados, tergiversados o falseados no hubiera contratado o lo hubiera hecho en condiciones diferentes más onerosas para el tomador o asegurado, puesto que “...la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza «(i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato». Así que ajustado el seguro se presume su validez. Y quien pretenda probar en contrario le corresponde arrimar la prueba respectiva. Si es la aseguradora, acreditar la reticencia o inexactitud, y la incidencia del hecho en la emisión del consentimiento.»”7.

En armonía con los pronunciamientos descritos, no existe dentro de la contestación de la demanda prueba idónea que demuestre que las patologías denominadas “*Accidente Cerebrovascular, Hipoacusia Neurosensorial, Hipotiroidismo, Disestesia, la alteración en miembros inferiores, Síndrome de Robo de Subclava, Síndrome del Túnel Carpiano, Epicondilitis, Hiperlipidemia, Apnea del Sueño Y Hemiparesia Izquierda*” se encuentren **excluidas o enlistadas** dentro de los protocolos de inasegurabilidad a cargo de la aseguradora que impidan proteger las obligaciones crediticias y que de haberse declarado en el formulario, se generaría una restricción para adquirir el seguro de vida deudores.

El extremo demandado solo se limita a señalar que en el evento de conocerse dichas patologías, **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, se hubiese retraído de celebrar el contrato de seguro, sin allegar documental que demuestre que al tenerse dichas enfermedades no se ampararía la obligación crediticia o se suscribiría la póliza con condiciones más onerosas.

Se precisa que la buena fe en materia de seguros no puede ser exigible solamente al interesado en adquirirlos y no a la compañía de seguros, considerando que así como se exige al interesado declarar fiel y honestamente su real estado de asegurabilidad, no bastando el simple cumplimiento de formalismos, en el mismo sentido se exige a la compañía de seguros, como profesional especializado y ostentador de la posición dominante en este tipo de convenios, actuar con la misma buena fe.

La invocación de existencia de una causal de nulidad del contrato de seguro supone por parte de la entidad demandada, la demostración por cualquiera de los medios probatorios de la **trascendencia e importancia** que para la compañía representaba la información ocultada o falseada, probanza que no se encuentra acreditada en el presente asunto.

Es de suma importancia reseñar que a través de la sentencia SC3791-2021 del 1º de septiembre de 2021 en la que se reseña: “... *pues de nada sirve afirmar y demostrar la insinceridad del tomador o asegurado, si no se hace saber ni se acredita cómo esa conducta influyó en el consentimiento del asegurador. Esto, porque como se anotó, no toda reticencia o inexactitud aflora en la nulidad del seguro. Algunas, al haberlas subsanado o aceptado en forma expresa o tácita luego de celebrar la convención. Otras, por cuanto conocidas, real o presuntamente, antes de ajustar el contrato, con todo, asintió la voluntad. Y las demás, al ser intrascendentes. Estas últimas, mientras no se demuestre su incidencia, ante la falta de otra explicación posible debe seguirse que son nimias o insignificantes*”

c. **RESPECTO A LA DENOMINADA “3. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE EL ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.”**

Manifiesta extremo demandado: *“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.”*

Oposición:

Las manifestaciones frente a los deberes del asegurador para determinar la asegurabilidad o no se encuentran sustentadas en la oposición de la excepción anterior, en consecuencia se reafirma lo allí indicado al respecto.

d. **RESPECTO A LA DENOMINADA “4. LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO**

Argumenta la demandada: *“Resulta fundamental confirmarle a su 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”*

Oposición:

Contrario a lo planteado por la demandada, la mala fe si requiere su acreditación y más en tratándose del régimen asegurativo. Así se ha considerado en sentencia T-00827 de junio 1º de 2016, la Corte Constitucional donde el alto tribunal se pronunció en relación con la práctica de las aseguradoras de alegar la preexistencia de enfermedades para sustraerse de la obligación de pago de la indemnización en los seguros de vida, estableciendo una serie de principios y criterios que han de tomarse en consideración, para en casos concretos determinar si la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo por parte del tomador o asegurado, según sea el caso, conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, que se pueden sintetizar así:

a. En virtud del principio de buena fe, las aseguradoras tienen la obligación de redactar precisa y taxativamente todas las exclusiones posibles;

b. Las aseguradoras tienen la obligación de realizar exámenes médicos con anterioridad a la suscripción del contrato, con el objetivo de determinar de forma real y objetiva la situación de salud del tomador o asegurado;

c. En caso de que no se practiquen los exámenes médicos, la aseguradora tiene la obligación de probar la mala fe del tomador o asegurado, según sea el caso, es decir, la voluntad de éstos de ocultar la existencia de una condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro.

Lo dicho en precedencia determina con precisión la obligación de demostración de la mala fe por parte del deudor asegurado, carga probatoria en cabeza del asegurador que la alega.

Nótese que no existe prueba del proceso de acreditación de la mala fe por parte del demandante, la sola manifestación no basta para consolidar su existencia.

En los anteriores términos se descurre el traslado de las excepciones y se solicita al despacho que las mismas no estén llamadas a prosperar por los argumentos expuestos para cada una.

PRUEBAS

DOCUMENTAL:

Se solicita al señor Juez decretar como prueba documental la siguiente:

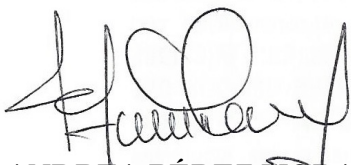
1. Resolución N° 10100 del 25 de noviembre de 2013 mediante la cual el señor **JORGE BUITRAGO MAHECHA** es desvinculado de la **POLICIA NACIONAL** por cumplimiento del tiempo de servicio no por haberse pensionado por invalidez como lo manifiesta la parte demandada.

TESTIMONIAL:

Sírvase citar y hacer comparecer al señor **DIEGO PÉREZ** asesor de la entidad financiera **BANCO BBVA** que atendió y formalizó el proceso de otorgamiento del crédito que dio lugar a la suscripción expidió la Póliza de Seguro Vida Deudor N° 02 262 0000070297 - VGDB No. 0110043 para que relate como fue el procedimiento realizado con el señor **JORGE BUITRAGO MAHECHA**. Su información de contacto se realizará a través del área de recursos humanos del Banco.

De la señora Juez,

Atentamente,



ANDREA PÉREZ MORALES
C.C.52.695.942 DE BOGOTÁ D.C.
T.P. 195.669 DEL C.S. DE LA J.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
CAJA DE SUELDOS DE RETIRO
DE LA POLICIA NACIONAL

(Página 2 de 2)

Por la cual se reconoce y ordena el pago de asignación mensual de retiro, en cuantía equivalente a 93%, al señor(a) SC(r) BUITRAGO MAHECHA JORGE con cc. No. 14242542.

ARTICULO TERCERO. Enviar copia de la presente resolución al expediente administrativo No. 3714 del 2013.

ARTICULO CUARTO. Declarar que contra la presente resolución solo procede el recurso de reposición, ante esta Dirección, el cual deberá ser presentado personalmente, debidamente sustentado, dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, personal o por edicto, de conformidad con lo dispuesto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE.
Dada en Bogotá, D.C..

Brigadier General (r) JORGE ALIRIO BARON LEGUIZAMON
Director General

Doctor JOSE ALIRIO CHOCONTA CHOCONTA
Subdirector de Prestaciones Sociales

Elaboró: C.S. IRMA LUCERO BLANCO S

Revisó: P.D. NANCY GARCIA VIRGUEZ
Coordinadora Grupo Asignaciones

Aprobó: Doctor JOSE ALIRIO CHOCONTA CHOCONTA
Subdirector de Prestaciones Sociales

Fecha de Radicación: 25/11/2013 04:38:59 p.m.
Folios: 2
Anexos: 0

De: JORGE ALIRIO BARON LEGUIZAMON DIRECTOR GENERAL DE ENTIDAD DESCENTRALIZADA ADSCRITA DEL SECTOR DEFENSA
Para: LAURA ETHEL CELY ALDANA TÉCNICO DE SERVICIOS
Número Expediente:



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

CAJA DE SUELDOS DE RETIRO
DE LA POLICIA NACIONAL

(Página 1 de 2)

RESOLUCION

Por la cual se reconoce y ordena el pago de asignación mensual de retiro, en cuantía equivalente al 93%, al señor(a) SC(r) BUITRAGO MAHECHA JORGE, con c.c. No. 14242542.

EL DIRECTOR GENERAL DE LA CAJA DE SUELDOS
DE RETIRO DE LA POLICIA NACIONAL

En ejercicio de las facultades legales y en especial, las conferidas en el Estatuto Interno según Acuerdo 008 del 19/10/2001.

CONSIDERANDO:

Que la Policía Nacional con fecha 01/11/2013, expidió la hoja de servicios No. 14242542, registrada en el libro No. 02, a folio No. 330, en la que certifican que el (la) señor(a) SC(r) BUITRAGO MAHECHA JORGE, prestó servicios en Ministerio de Defensa Nacional por espacio de 4 año(s) 0 mes(es) 20 día(s), Policía Nacional por espacio de 25 año(s) 7 mes(es) 6 día(s), acumulando un total de 29 año(s), 7 mes(es), 26 día(s), quedando desvinculado(a) del servicio activo a partir del 12/11/2013.

Que al tenor de lo dispuesto en los Decretos 1091 de 1995, 4433 de 2004, 1858 de 2012 y demás normas concordantes en la materia, se le debe reconocer y pagar asignación mensual de retiro equivalente al 93% del sueldo básico de actividad para el grado y partidas legalmente computables, según liquidación que obra en el expediente administrativo.

Que no se genera cuota parte pensional según oficio No. 280507/92 de la Contraloría General de la Republica y concepto No. 2532/20-01-2000 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. Reconocer y ordenar pagar con cargo al presupuesto de esta entidad asignación mensual de retiro al señor(a) SC(r) BUITRAGO MAHECHA JORGE, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 14242542, en cuantía equivalente al 93% del sueldo básico de actividad para el grado y partidas legalmente computables, efectiva a partir del 12/11/2013, de acuerdo con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

ARTICULO SEGUNDO. Descontar para la caja el 5% mensual de la prestación y las diferencias por aumentos en el primer mes que éstos ocurran, de conformidad con las normas legales vigentes.