

Señores

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES.

jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.
RADICADO: 2023137680
EXPEDIENTE: 2023-6616
DEMANDANTE: JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO
DEMANDADO: SEGUROS DE VIDA SURA
LITISCONSORTES POR PASIVA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA Y OTROS

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá, identificado con la Cédula de Ciudadanía No.19.395.114 de Bogotá y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de Apoderado Especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con NIT 860524654-6, representada legalmente por el doctor JOSE IVÁN BONILLA PÉREZ, según consta en los Certificados de Existencia y Representación Legal expedidos por la Cámara de Comercio de Bogotá y por la Superintendencia Financiera que se anexan a la presente. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, comedidamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO en contra de SEGUROS DE VIDA SURA en la que mi representada fue vinculada como litisconsorte por pasiva, 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:

SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA

El artículo 278 del C.G.P., consagra una obligación en cabeza del juez de dictar sentencia anticipada cuando, entre otros, se encuentre acreditada la prescripción. En tal virtud, ruego que en este caso se dicte sentencia anticipada parcial desvinculando a mi prohijada de toda responsabilidad, en la medida de que está totalmente demostrada la prescripción de la acción de protección al consumidor financiero que ostenta la parte demandante en contra de la Aseguradora Solidaria EC.

Lo mencionado, toda vez que el contrato de seguro tomado por parte del Banco GNB Sudameris terminó el día **19 de septiembre del año 2021**, tal y como se acredita con las documentales que se aportan por medio del presente escrito. Por ende, el derecho que tenía la Accionante de incoar una Acción de Protección al Consumidor Financiero ante esta Superintendencia prescribió desde el día **19 de septiembre del año 2022**, pues para esa fecha ya había pasado más de un año desde la terminación del Aseguramiento. En virtud de ello, debido a que no fue sino hasta el día **06 de diciembre de 2024** cuando se vinculó a la Aseguradora Solidaria al presente trámite, operó la prescripción consagrada en el artículo 58 de la Ley 1480 de 2011.

CAPITULO I

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL HECHO DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO UNICO: No es posible realizar pronunciamiento alguno, debido a que la presente demanda no cumple con los requisitos establecidos en el numeral 5 del artículo 82 del Código General del Proceso.

Sin perjuicio de lo anterior, no me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Lo anterior, toda vez que SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. y el BANCO GNB SUDAMERIS S.A., son personas jurídicas totalmente distintas a mi representada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y por ende no le consta ningún hecho relativo a la colocación del producto financiero. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

II. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA PRETENSIÓN ÚNICA: **ME OPONGO** a la pretensión esgrimida por la parte actora habida cuenta que la misma no tiene vocación de prosperidad por las siguientes razones:

- **Prescripción de la acción de protección al consumidor financiero que ostenta la parte demandante:** Las pretensiones de la demanda formuladas en contra de mi representada deben negarse en la medida de que la acción de protección al consumidor financiero se encuentra prescrita. Lo mencionado, toda vez que el contrato de seguro tomado por parte del Banco GNB Sudameris terminó el día **19 de septiembre del año 2021**, tal y como se acredita con las documentales que se aportan por medio del presente escrito. Por ende, el derecho que tenía la Accionante de incoar una Acción de Protección al Consumidor

Financiero ante esta Superintendencia prescribió desde el día **19 de septiembre del año 2022**, pues para esa fecha ya había pasado más de un año desde la terminación del Aseguramiento. En virtud de ello, debido a que no fue sino hasta el día **06 de diciembre de 2024** cuando se vinculó a la Aseguradora Solidaria al presente trámite, operó la prescripción consagrada en el artículo 58 de la Ley 1480 de 2011.

- Falta de acreditación del siniestro en los términos del seguro: Al tenor de los artículos 1072 y 1077 del Código de Comercio no ha surgido la obligación condicional a cargo de la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la medida de que no se ha realizado el riesgo asegurado, puesto que la parte actora no aportó un dictamen de pérdida de capacidad laboral mayor al cincuenta por ciento (50%) emitido por las entidades autorizadas, lo que indica que, la señora JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO no ha acreditado su estado de invalidez, por lo que no podrá surgir obligación a cargo de mi prohijada y de esta forma será improcedente afectarse los amparos de la póliza.
- Falta de cobertura temporal de la póliza de vida grupo deudores: Resulta de suma importancia que la H. Superintendencia Financiera de Colombia tenga en cuenta que no existe dentro del expediente ninguna prueba que acredite la existencia de una pérdida de capacidad laboral estructurada en vigencia de la póliza, en donde, además, el evento que originara aquella se presentara igualmente en vigencia del seguro. Lo anterior, a la luz de los artículos 1056 y 1057 del C.Co, implica que no resulta jurídicamente acertado hacer efectivo el aseguramiento expedido por mi representada respecto de la operación activa de crédito ***3540, pues no hay prueba de que el hecho que da base a la acción, el cual se reitera, no existe pues no hay prueba del siniestro, se hubiere generado dentro de la delimitación temporal asumida por la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C la cual se encuentra comprendida desde el 31 de julio de 2016 hasta el 19 de septiembre de 2021.
- Inexistencia de un contrato de seguro expedido por la aseguradora solidaria que estuviera asociado con la obligación no. 107136752: Queda demostrado que no se cumplieron los elementos esenciales del contrato de seguro de vida grupo deudor entre la Aseguradora Solidaria de Colombia EC y el Banco GNB Sudameris, conforme a lo establecido en el artículo 1045 del Código de Comercio y la jurisprudencia de la Corte Constitucional. La póliza de seguro por medio de la cual se vinculó a mi representada tuvo vigencia hasta el 19 de septiembre de 2021, y desde esa fecha no existió ningún contrato de seguro válido para el crédito ***6752, contraído el 29 de abril de 2022. Además, no se realizó ningún pago de prima relacionado con dicha obligación, lo que confirma la inexistencia de un vínculo contractual entre las partes para este crédito. Por lo tanto, no es jurídicamente viable ordenar a la Aseguradora Solidaria de Colombia EC que realice pago alguno con cargo a dicho crédito.

En conclusión, en el presente caso (i) se configuro la prescripción de la Acción de Protección al Consumidor Financiero que tenía el demandado según el artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, (ii) no se cumplió con lo ordenado por los artículos 1072 y 1077 del Código de Comercio al no demostrar la realización del riesgo asegurado aportando un dictamen de pérdida de capacidad laboral mayor al cincuenta por ciento (50%) emitido por alguna entidades autorizadas, (iii) no se demostró que, el amparo se haya configurado dentro de la vigencia de la póliza y (iv) no existe ningún contrato de seguro emitido por la Aseguradora Solidaria de Colombia EC que se asocie con el crédito ***6752.

Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte demandante y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Conforme lo dispone el Art. 206 del Código General del Proceso y sin que ello signifique aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi procurada, respetuosamente presento objeción al Juramento Estimatorio de la demanda por las siguientes razones:

- Prescripción de la acción de protección al consumidor financiero que ostenta la parte demandante: Las pretensiones de la demanda formuladas en contra de mi representada deben negarse en la medida de que la acción de protección al consumidor financiero se encuentra prescrita. Lo mencionado, toda vez que el contrato de seguro tomado por parte del Banco GNB Sudameris terminó el día **19 de septiembre del año 2021**, tal y como se acredita con las documentales que se aportan por medio del presente escrito. Por ende, el derecho que tenía la Accionante de incoar una Acción de Protección al Consumidor Financiero ante esta Superintendencia prescribió desde el día **19 de septiembre del año 2022**, pues para esa fecha ya había pasado más de un año desde la terminación del Aseguramiento. En virtud de ello, debido a que no fue sino hasta el día **06 de diciembre de 2024** cuando se vinculó a la Aseguradora Solidaria al presente trámite, operó la prescripción consagrada en el artículo 58 de la Ley 1480 de 2011.
- Falta de acreditación del siniestro en los términos del seguro: Al tenor de los artículos 1072 y 1077 del Código de Comercio no ha surgido la obligación condicional a cargo de la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la medida de que no se ha realizado el riesgo asegurado, puesto que la parte actora no aportó un dictamen de pérdida de capacidad laboral mayor al cincuenta por ciento (50%) emitido por las entidades autorizadas, lo que indica que, la señora JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO no ha acreditado su estado de invalidez, por lo que no podrá surgir obligación a cargo de mi prohilada y de esta forma será improcedente afectarse los amparos de la póliza.

- Falta de cobertura temporal de la póliza de vida grupo deudores: Resulta de suma importancia que la H. Superintendencia Financiera de Colombia tenga en cuenta que no existe dentro del expediente ninguna prueba que acredite la existencia de una pérdida de capacidad laboral estructurada en vigencia de la póliza, en donde, además, el evento que originara aquella se presentara igualmente en vigencia del seguro. Lo anterior, a la luz de los artículos 1056 y 1057 del C.Co, implica que no resulta jurídicamente acertado hacer efectivo el aseguramiento expedido por mi representada respecto de la operación activa de crédito ***3540, pues no hay prueba de que el hecho que da base a la acción, el cual se reitera, no existe pues no hay prueba del siniestro, se hubiere generado dentro de la delimitación temporal asumida por la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C la cual se encuentra comprendida desde el 31 de julio de 2016 hasta el 19 de septiembre de 2021.
- Inexistencia de un contrato de seguro expedido por la aseguradora solidaria que estuviera asociado con la obligación no. 107136752: Queda demostrado que no se cumplieron los elementos esenciales del contrato de seguro de vida grupo deudor entre la Aseguradora Solidaria de Colombia EC y el Banco GNB Sudameris, conforme a lo establecido en el artículo 1045 del Código de Comercio y la jurisprudencia de la Corte Constitucional. La póliza de seguro por medio de la cual se vinculó a mi representada tuvo vigencia hasta el 19 de septiembre de 2021, y desde esa fecha no existió ningún contrato de seguro válido para el crédito ***6752, contraído el 29 de abril de 2022. Además, no se realizó ningún pago de prima relacionado con dicha obligación, lo que confirma la inexistencia de un vínculo contractual entre las partes para este crédito. Por lo tanto, no es jurídicamente viable ordenar a la Aseguradora Solidaria de Colombia EC que realice pago alguno con cargo a dicho crédito.

En conclusión, en el presente caso (i) se configuro la prescripción de la Acción de Protección al Consumidor Financiero que tenía el demandado según el artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, (ii) no se cumplió con lo ordenado por los artículos 1072 y 1077 del Código de Comercio al no demostrar la realización del riesgo asegurado aportando un dictamen de pérdida de capacidad laboral mayor al cincuenta por ciento (50%) emitido por alguna entidades autorizadas, (iii) no se demostró que, el amparo se haya configurado dentro de la vigencia de la póliza y (iv) no existe ningún contrato de seguro emitido por la Aseguradora Solidaria de Colombia EC que se asocie con el crédito ***6752.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

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

Resulta de suma importancia que la H. Superintendencia Financiera de Colombia tome en consideración que la acción de protección al consumidor financiero en la que fue vinculada la Aseguradora Solidaria de Colombia EC en calidad de litisconsorte necesario por pasiva se encuentra prescrita. Lo anterior, toda vez que el contrato de seguro vida grupo deudores que fue tomado por el Banco GNB Sudameris con mi representada tuvo una vigencia comprendida entre el 31 de julio de 2016 hasta el 19 de septiembre de 2021, fecha en que fue revocado unilateralmente por parte de aquel Establecimiento de Crédito. En tal virtud, teniendo en cuenta que mi prohijada fue vinculada al presente proceso hasta el 06 de diciembre de 2024, es totalmente claro que cualquier acción está totalmente prescrita en los términos del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, debido a que desde la fecha en que terminó el contrato, hasta el momento en que se vinculó a la Aseguradora al proceso, pasó mucho más de un año. En consecuencia, solicito comedidamente al Despacho que niegue la totalidad de las pretensiones de la demanda en contra de la Compañía de Seguros que represento.

La Ley 1480 de 2011, específicamente en su artículo 58, fijó el procedimiento que debe seguir esta 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 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 este orden de ideas, para demostrarle a la H. Superintendencia Financiera de Colombia que en el caso concreto la Acción de Protección al Consumidor Financiero se encuentra prescrita, resulta de suma importancia, como primera medida, determinar cuál es la fecha de terminación del contrato de seguro Vida Grupo Deudores tomado por parte del Banco GNB Sudameris. Para este propósito, es menester citar las fechas en las que estuvo vigente el contrato de seguro y que se aportan con destino a este proceso a través de las pruebas documentales que se incorporan junto con el escrito de contestación. La vigencia estuvo comprendida en los siguientes periodos:

Póliza No. 843-16-994000000001:

- Vigencia anual inicial: periodo comprendido entre el 31 de julio de 2016 y el 31 de julio de 2017.
- Renovada por un periodo igual de un año, comprendido entre el 31 de julio de 2017 y el 31 de julio de 2018.

Póliza No. 843-16-994000000002:

- Vigencia anual inicial: periodo comprendido entre el 31 de julio de 2018 y el 31 de julio de 2019.
- Renovada por un periodo igual de un año, comprendido entre el 31 de julio de 2019 y el 31 de julio de 2020.
- Prorrogada por un periodo comprendido entre el 31 de julio de 2020 y el 30 de septiembre de 2020.

Póliza No. 843-16-994000000003:

- Vigencia anual inicial: periodo comprendido entre el 30 de septiembre de 2020 y el 30 de septiembre de 2021.
- La póliza no se renovó por un periodo igual de un año, dada la revocación unilateral de la póliza por parte del Banco GNB a partir de las 23:59 horas del día 19 de septiembre de 2021.

Como puede observarse, el contrato de seguro tomado por parte del Banco GNB Sudameris terminó el día **19 de septiembre del año 2021**, tal y como se acredita con las documentales que se aportan por medio del presente escrito. Por ende, el derecho que tenía la Accionante de incoar una Acción de Protección al Consumidor Financiero ante esta Superintendencia prescribió desde el día **19 de septiembre del año 2022**, pues para esa fecha ya había pasado más de un año desde la terminación del Aseguramiento. En virtud de ello, debido a que no fue sino hasta el día **06 de diciembre de 2024** cuando se vinculó a la Aseguradora Solidaria al presente trámite, operó la prescripción consagrada en el artículo 58 de la Ley 1480 de 2011.

Frente a lo anterior, es importante traer a colación un pronunciamiento de la Superentendía Financiera de Colombia del 30 de agosto de 2024, donde se pronuncia respecto de la prescripción

de la acción de protección del consumidor de un amparo en un contrato de seguro, en el cual resuelve la controversia indicando que:

“Para estos efectos, lo primero que cumple señalar es que la ley define la prescripción como “un modo de adquirir las cosas ajenas o de extinguir las acciones o derechos ajenos, por haberse poseído las cosas y no haberse ejercido dichas acciones y derechos durante cierto lapso de tiempo, y concurriendo los demás requisitos legales. Se prescribe una acción o derecho cuando se extingue por la prescripción”, conforme lo dispone el artículo 2512 del Código Civil.

Así las cosas, se tiene que la institución de la prescripción es un mecanismo implementado por el legislador para dotar de certeza jurídica las relaciones contractuales de los asociados, evitando dejar situaciones jurídicas sin resolver de manera indefinida en el tiempo que generen incertidumbre e inconformismo.

*Precisado lo anterior, y visto que la excepción propuesta tiene como sustento que la acción de protección al consumidor financiero no fue instaurada dentro del término legal previsto para estos efectos, **debe tenerse en cuenta que el artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, señaló que, tratándose de controversias netamente contractuales la referida acción deberá presentarse “a más tardar dentro del año siguiente a la terminación del contrato”, estableciendo de esta manera un límite temporal para su ejercicio, el cual se definió por el numeral 6º del citado artículo como un fenómeno de prescripción.***

En este orden, es claro que los supuestos fácticos que soportan el requisito contemplado en el numeral 3 del artículo 58 de la citada Ley, hacen relación al término para el ejercicio de la acción de protección al consumidor, cumpliendo con la exigencia de que el mismo corresponde a un término prescriptivo que debe ser invocado como medio de defensa para proceder a su análisis, como en efecto ocurrió en el presente proceso. (...)

(...)

En este orden de ideas, dado que el libelo introductorio fue radicado hasta el 13 de abril de 2024 (derivado 000) se encuentra que para la citada fecha había transcurrido de manera clara el término contemplado en el artículo 58 numeral 3 de la Ley 1480 de 2011, por lo que operó la prescripción de la acción de protección al consumidor en lo relacionado con el citado contrato de seguro, y en los que soporta su reclamación, dando en este orden prosperidad a la excepción bajo estudio y que fuese titulada como “PRESCRIPCIÓN / CADUCIDAD DE LA

ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO EN LOS TÉRMINOS DEL INCISO 3 DEL ARTÍCULO 58 LEY 1480 DE 2011”, lo que conlleva a que no sea posible analizar de fondo las pretensiones de la demanda respecto a los contratos de seguros reclamados, llevando así al traste con las pretensiones de la demanda, relevando a la Delegatura del análisis de otros medios exceptivos propuestos por la misma, de conformidad con lo establecido en el artículo 282 del Código General del Proceso”¹ - (Subrayado por fuera de texto)

De lo citado anteriormente, no queda duda alguna que es clara la posición por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia en considerar que la Acción de Protección al Consumidor Financiero prescribe al año siguiente de la terminación del contrato de seguro, lo cual en el presente caso se materializa, toda vez que, fue después de mas tres años que la parte demandante ejerció dicha acción.

En conclusión, teniendo en cuenta que la Acción de Protección al Consumidor Financiero efectivamente se presentó con posterioridad al año siguiente a la terminación del aseguramiento, indefectiblemente se deberá dar aplicación al artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, decretando así la prescripción y/o caducidad de la acción y en este sentido, se deberán desestimar la totalidad de las pretensiones de la Accionante. Lo anterior, dado que el contrato de seguro terminó el 19 de septiembre del año 2021, mientras que a mi representada se le vinculó al trámite hasta el 06 de diciembre de 2024, esto es, mucho más de un año luego de haber terminado la póliza.

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

2. FALTA DE ACREDITACIÓN DE LA OCURRENCIA DE SINIESTRO – INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA POR FALTA DE PRUEBA DE LA REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO.

Lo primero que deberá tener en consideración la H. Delegatura, es que la Compañía Aseguradora que represento no está obligada a realizar ningún pago derivado de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores que en su momento se asoció con la obligación No. 106683540, debido a que no hay prueba de ningún siniestro. En este caso, no obra prueba en el presente proceso del fallecimiento de la asegurada ni de la incapacidad total y permanente de aquella, por lo que no ha surgido la obligación condicional a cargo de mi prohijada. Efectivamente, no sólo no hay prueba del deceso de la señora Tijera, sino que, además, tampoco obra en el expediente prueba de una incapacidad total y permanente sufrida por el asegurado y certificada por los entes autorizados en el Sistema

¹ Sentencia de la Superintendencia Financiera De Colombia Delegatura Para Funciones Jurisdiccionales. Número de Radicación : 2024052505-014-000, Expediente : 2024-7313, del 2024-08-30.

General de Seguridad Social (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

Para efectos de fundamentar lo anteriormente mencionado, es importante traer al presente escrito lo preceptuado en el artículo 1072 del Código de Comercio, pues en este se define como siniestro:

“ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.” - (Subrayado por fuera de texto)

Por otra parte, la Corte Constitucional² se ha pronunciado acerca del artículo citado en los siguientes términos:

“En la generalidad de los contratos de seguros, la obligación contraída por el asegurador de pagar al asegurado o al beneficiario, según el caso, la prestación acordada, está sometida al cumplimiento de una condición suspensiva, cual es la ocurrencia del siniestro. De conformidad con el artículo 1072 del Código de Comercio, siniestro es la realización del riesgo asegurado. El riesgo es definido en el artículo 1054 como el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario y cuya realización da origen a la obligación del asegurador.” - (Subrayado por fuera de texto)

Así las cosas, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, por cuanto, cómo se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, la parte demandante no ha acreditado la realización del riesgo. Lo mencionado, pues, pese a que se manifiesta que la señora Tijera cuenta con una incapacidad, no aporta dictamen de pérdida de capacidad laboral superior al cincuenta por ciento (50%) y certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía. En efecto, para acreditar la realización del riesgo de invalidez dentro del contrato de seguro expedido por mi representada, se requiere la prueba de lo siguiente:

² Sentencia de la Corte Constitucional T-720 de 2013 del 17 de noviembre de 2013 Mp. Gabriel Eduardo Mendoza.

10.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para todos los efectos del presente amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de ciento veinte (120) días, no haya sido provocada por el asegurado, y haya sido calificada con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Las incapacidades producidas por enfermedades o patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad. La incapacidad total y permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Pólicia.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- a) La pérdida total e irre recuperable de la visión en ambos ojos, no preexistente.
- b) La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radio carpiana o por encima de ella.
- c) La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- d) La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas.

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de calificación ejecutoriado se haya estructurado la pérdida de capacidad laboral definida.

Como puede observarse, el riesgo de invalidez que le fuere trasladado a mi representada consiste en una incapacidad total y permanente por un periodo continuo no menor de 120 días y que haya sido calificada por una entidad legalmente autorizada con un porcentaje igual o superior al 50%. Sin embargo, dentro del expediente materia del presente trámite no existe ningún documento que acredite la realización del riesgo asegurado, por lo que la Superintendencia no tiene una opción diferente a negar las pretensiones de la demanda. En otras palabras, no estando demostrados ninguno de los presupuestos en mención, no podrá en ninguna circunstancia afectarse la póliza en cuestión ni surgir obligación alguna a cargo de mi prohilada. Dicho de otra manera, toda vez que no hay prueba de la realización del riesgo asegurado, no se cumplió con la condición suspensiva necesaria para que surgiera la obligación indemnizatoria en cabeza de la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

Así mismo, no se puede pasar por alto que la carga de la prueba de la acreditación de la realización del riesgo asegurado, por ministerio de la ley, le corresponde al asegurado tal y como expresamente lo establece el artículo 1077 del C.Co. En efecto, en esta norma el legislador consagró que *“corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida”*. En tal virtud, en el presente caso le corresponde única y exclusivamente a la demandante acreditar la existencia de un siniestro, de lo contrario, el despacho no tendrá otra alternativa que negar las pretensiones de la demanda.

En conclusión, al tenor de los artículos 1072 y 1077 del Código de Comercio, no ha surgido la obligación condicional a cargo de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado. Lo anterior, puesto que la parte actora no aportó dictamen de pérdida de capacidad laboral mayor al cincuenta por ciento (50%) emitido por las entidades autorizadas, lo que indica que, la señora JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO no ha acreditado su estado de invalidez, por lo que no podrá surgir obligación a cargo de mi prohilada y de esta forma será improcedente afectarse los amparos de la póliza.

3. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES

Resulta de suma importancia que la H. Superintendencia Financiera de Colombia tenga en cuenta que no existe dentro del expediente ninguna prueba que acredite la existencia de una pérdida de capacidad laboral estructurada en vigencia de la póliza, en donde, además, el evento que originara aquella se presentara igualmente en vigencia del seguro. Lo anterior, a la luz de los artículos 1056 y 1057 del C.Co, implica que no resulta jurídicamente acertado hacer efectivo el aseguramiento expedido por mi representada respecto de la operación activa de crédito ***3540, pues no hay prueba de que el hecho que da base a la acción, el cual se reitera, no existe pues no hay prueba del siniestro, se hubiere generado dentro de la delimitación temporal asumida por la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C la cual se encuentra comprendida desde el 31 de julio de 2016 hasta el 19 de septiembre de 2021.

Al respecto, el legislador ha establecido que en materia de derecho privado la voluntad de las partes resulta de gran trascendencia con el fin de convenir las cláusulas por las cuales se regirá el negocio que se celebre entre ellas. Ahora, en materia de seguros, el artículo 1056 del C.Co establece que estará al arbitrio del asegurador asumir los riesgos a que esté expuesto el interés o la cosa asegurada. Lo que en el caso concreto significa, que la delimitación temporal de la cobertura es una de las potestades que el precitado artículo otorga a las compañías de seguros, con el objetivo de demarcar expresamente el periodo de tiempo en el que se asumirá el riesgo asegurado. Es de esta forma que en el artículo 1056 del C.Co se dispuso:

“(…) Artículo 1056. Delimitación contractual de los riesgos: con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.”

Igualmente, el artículo previamente citado debe ser interpretado armónicamente con lo dispuesto en el artículo 1057 del C.Co., en donde se consagra el término temporal desde el que se asumen los riesgos. Claramente, la cobertura temporal del aseguramiento permite establecer los periodos de tiempo en los cuales el riesgo fue amparado, de modo que, en el evento en el que el riesgo se materialice luego de que ha finalizado la cobertura, entonces no surgirá la obligación condicional del asegurador. Efectivamente, el prenombrado artículo menciona que:

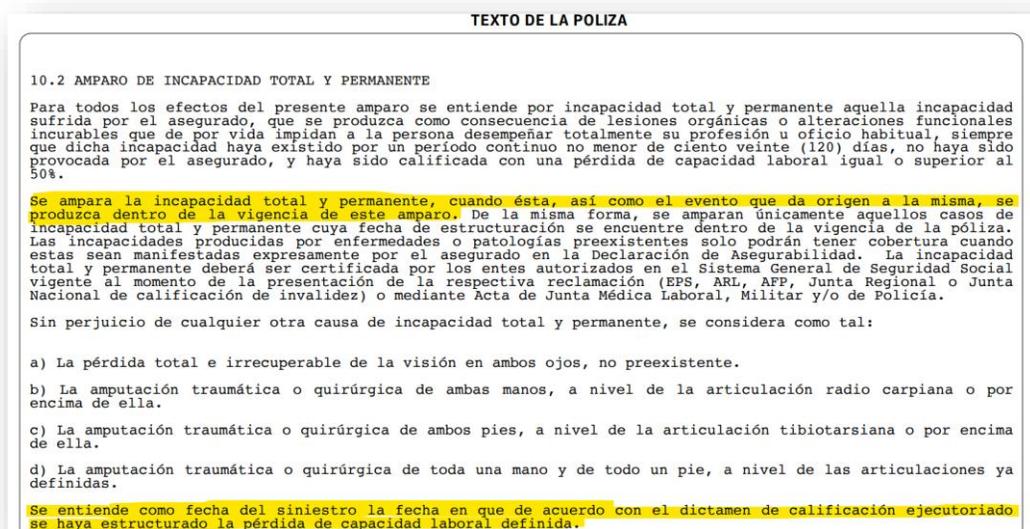
“(…) Artículo 1057. Término desde el cual se asumen los riesgos: En defecto de estipulación o de norma legal, los riesgos principiarán a correr por cuenta del asegurador a la hora veinticuatro del día en que se perfeccione el contrato.”

Es posible vislumbrar de las mentadas normas que el ordenamiento jurídico faculta al asegurador para delimitar, tanto los riesgos que decide asumir, como los términos desde cuando aquellos se ampararán. Ahora bien, dicha delimitación puede ser realizada en la práctica acotando

temporalmente el periodo en el que prestará la cobertura. En tal virtud, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de justicia ha confirmado la importancia de la delimitación temporal de la cobertura de la siguiente manera:

*“(…) se reconoce plena autonomía al asegurador, a quien el artículo 1056 ejusdem, norma aplicable a los seguros de daños y de personas, **le otorgó la potestad de delimitar espacial, temporal, causal y objetivamente** los eventos por cuya ocurrencia se obligaría condicionalmente a indemnizar al beneficiario, pues estatuyó que podía asumir, con las restricciones legales (…)” (Subrayado y negrita fuera del texto original)³.*

Teniendo en cuenta todo lo previamente expuesto, ahora debemos analizar cuál fue la cobertura temporal pactada en el contrato de seguro VGD expedido por mi representada. Efectivamente, dentro de la póliza se estableció que se cubrirá el riesgo de invalidez cuando la incapacidad total y permanente, así como el evento que da origen a la misma, se produzcan en vigencia del amparo. En otras palabras, se entiende como fecha del siniestro la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral. El tenor literal de la cobertura es el siguiente:



Es así como en el caso en concreto, la Póliza de Vida Grupo Deudores contemplaba una vigencia desde el 31 de julio de 2016 hasta el 19 de septiembre de 2021, fecha en que fue revocado unilateralmente por parte del Banco GNB Sudameris. Sin embargo, dentro del plenario no se encuentra acreditado por parte de la señora JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO que ella tenga una invalidez estructurada y generada por un evento que se presentara en vigencia del seguro. En otras palabras, no ha surgido la obligación condicional de la Aseguradora en vista de que no hay prueba en el expediente de una incapacidad total y permanente sufrida por la hoy demandante y estructurada en vigencia de la póliza, en donde, además, el evento que la origine también se presente dentro de la delimitación temporal pactada en el contrato de seguro.

³ Corte Suprema de Justicia Sala Civil. Sentencia SC 4527 del 23 de noviembre de 2020. Rad.: 2011-00361.01.

De conformidad con lo anterior, no cabe duda de que el convenio realizado por las partes y materializado dentro del contrato de seguro exige que la invalidez del asegurado se estructure y origine en vigencia del seguro. Para el caso de marras, la Póliza de Vida Grupo Deudores inició el 31 de julio de 2016 y finalizó el 19 de septiembre de 2021, por lo tanto, son claros los extremos temporales en los que se prestó cobertura y sin mayor dificultad se estima que no hay prueba dentro del expediente de la existencia de un siniestro ocurrido en los términos contractualmente fijados. En consecuencia, al no existir prueba de un siniestro estructurado y originado en vigencia de la póliza, claramente no surgirá la obligación condicional a cargo de mi representada.

En conclusión, no resulta jurídicamente acertado pretender suma alguna respecto de la Aseguradora Solidaria de Colombia EC., toda vez que, no sólo no hay prueba de la existencia de una invalidez de la demandante, sino que en ese sentido y por sustracción de materia, mucho menos obran en el expediente elementos de juicio que acrediten que ese supuesto siniestro que se reitera, no se ha probado, hubiera ocurrido en vigencia del seguro. Claramente, no puede surgir obligación alguna en cabeza de mi representada, pues no se ha probado en este trámite que la demandante hubiera sufrido de una invalidez estructurada y originada en vigencia de la póliza VGD que estuvo vigente desde el 31 de julio de 2016 hasta el 19 de septiembre de 2021.

Por lo anteriormente expuesto, solicito declarar probada esta excepción.

4. INEXISTENCIA DE UN CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR LA ASEGURADORA SOLIDARIA QUE ESTUVIERA ASOCIADO CON LA OBLIGACIÓN NO. 107136752.

Resulta de suma importancia que la H. Superintendencia Financiera de Colombia tome en consideración que el contrato de seguro VGD emitido por mi representada y tomado por parte del Banco GNB Sudameris para todos sus deudores tuvo una vigencia comprendida entre el 31 de julio de 2016 hasta el 19 de septiembre de 2021. Ello permite evidenciar sin ninguna duda que, para el momento en el que la hoy demandante contrajo el crédito ***6752 el 29 de abril de 2022 ya no existía una póliza de seguro emitida por la Aseguradora Solidaria de Colombia EC. En consecuencia, ante la inexistencia de un contrato de seguro asociado a dicha operación activa de crédito, no resulta jurídicamente viable ordenar a mi representada que realice pago alguno con cargo a dicho crédito.

Frente a lo anterior, para poder estar en presencia de un contrato de seguro es necesario que se cumplan con cada uno de los elementos esenciales que establece la ley, los cuales se mencionan en el Artículo 1045 del Código de Comercio de la siguiente forma:

“ARTÍCULO 1045. ELEMENTOS ESENCIALES. Son elementos esenciales del contrato de seguro: 1) El interés asegurable; 2) El riesgo asegurable; 3) La prima o

precio del seguro, y 4) La obligación condicional del asegurador. En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno.”

Asimismo, en lo que respecta a la existencia de un contrato de Vida Grupo Deudor, la Corte Constitucional se ha pronunciado en varias oportunidades frente a los elementos esenciales de este tipo de seguros. Es así como, en la Sentencia T-251/17 indica que:

“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”⁴

De lo anterior citado, queda demostrado que en el caso concreto no se cumplió con ninguno de los elementos esenciales enunciados tanto en la ley como en los pronunciamientos de los máximos órganos jurídicos del ordenamiento. Por lo tanto, queda claro la inexistencia de algún tipo póliza de seguro emitida por la Aseguradora Solidaria de Colombia EC.

En lo que respecta al contrato de seguro de vida grupo deudor celebrado entre mi representada y el Banco GNB Sudameris, es menester aclarar nuevamente que el mismo se dio por terminado el día 19 de septiembre del año 2022, dada la revocación unilateral de la póliza por parte del Banco GNB. Desde dicho momento, no hubo ningún tipo de pacto que cumpliera con los elementos esenciales del artículo 1045 del Código de Comercio, generando así que desde el mes de septiembre de 2022 no existiera ningún tipo de contrato de seguro entre las partes.

Aunado a lo anterior, es claro que desde el 19 de septiembre de 2022 no existía un contrato entre la Aseguradora Solidaria de Colombia EC y el Banco GNB Sudameris, ya que no se realizó ni se ha realizado pago alguno de prima frente de la obligación ***6752. Esto constituye prueba fehaciente de que mi representada en ningún momento estuvo vinculada de alguna forma en la operación activa para contraer el crédito ***6752.

En conclusión, queda demostrado que no se cumplieron los elementos esenciales del contrato de seguro de vida grupo deudor entre la Aseguradora Solidaria de Colombia EC y el Banco GNB Sudameris, conforme a lo establecido en el artículo 1045 del Código de Comercio y la jurisprudencia

⁴ Corte Constitucional. Sentencia T-251 del 26 de abril de 2017. MP: IVÁN HUMBERTO ESCRUCERÍA MAYOLO

de la Corte Constitucional. La póliza de seguro por medio de la cual se vinculó a mi representada tuvo vigencia hasta el 19 de septiembre de 2021, y desde esa fecha no existió ningún contrato de seguro válido para el crédito ***6752, contraído el 29 de abril de 2022. Además, no se realizó ningún pago de prima relacionado con dicha obligación, lo que confirma la inexistencia de un vínculo contractual entre las partes para este crédito. Por lo tanto, no es jurídicamente viable ordenar a la Aseguradora Solidaria de Colombia EC que realice pago alguno con cargo a dicho crédito.

Por lo anteriormente expuesto, solicito declarar probada esta excepción.

5. RIESGO EXPRESAMENTE EXCLUIDO EN LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES.

Frente al proceso judicial en curso, se deberá exonerar de toda responsabilidad a mi prohijada en la medida que se va a acreditar que la Incapacidad Total y Permanente de la demandante se originó por una enfermedad preexistente no declarada ni aceptada previamente por la compañía aseguradora al momento de la suscripción de la póliza. Esta exoneración se fundamenta en la exclusión de cobertura establecida en el contrato de seguro, conforme a lo dispuesto en los artículos 1056 y 1127 del Código de Comercio, que permiten al asegurador delimitar contractualmente los riesgos asumidos. En consecuencia, si se demuestra que la pérdida de capacidad laboral de la demandante se debe a una enfermedad preexistente no revelada, la póliza no cubrirá dicho riesgo y no podrá surgir obligación alguna para la aseguradora, debiendo denegarse las pretensiones de la demanda.

La H. Superintendencia Financiera de Colombia debe tener en cuenta que, en el remoto e hipotético evento en el que en el curso del proceso se acredite la existencia de una invalidez de la demandante estructurada y originada en vigencia de la póliza VGD emitida por mi representada; de todos modos, no podrá surgir obligación alguna si se acredita que la causa de la pérdida de capacidad laboral se debe a una *“enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora”*. En otras palabras, dentro del contrato de seguro emitido por mi representada obra una exclusión de cobertura según la cual la Compañía de Seguros no será responsable, si el riesgo de invalidez se origina en una preexistencia no revelada por el asegurado en el momento en el que diligenció su declaración de asegurabilidad.

En materia de seguros, el asegurador según el Artículo 1056 del C.Co., podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de

Comercio.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza de Vida Grupo Deudores señala la siguiente exclusión, la cual enuncio a continuación, porque de configurarse, no habrá cobertura de la póliza de seguro:

“EXCLUSIONES Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.”

Teniendo en cuenta lo anterior es menester señalar que, si durante el proceso se logra establecer la ocurrencia de la exclusión arriba señalada o cualquiera de las que constan en las condiciones generales, la póliza no podrá ser afectada. Así las cosas, de configurarse dicha exclusión no podrá existir responsabilidad en cabeza del Asegurador, por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la Póliza de Vida Grupo Deudores pues las partes acordaron pactar dicha delimitación negativa de cobertura. Sobre este particular, se debe reiterar que en el cuestionario contentivo de la declaración de asegurabilidad la hoy demandante no reveló la existencia de ninguna enfermedad, tal y como se evidencia a continuación:

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD					
¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO	¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO
Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos		<input checked="" type="checkbox"/>
Insuficiencia renal		<input checked="" type="checkbox"/>	Hipertensión arterial		<input checked="" type="checkbox"/>
Accidente cerebro vascular		<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes mellitus		<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades mentales		<input checked="" type="checkbox"/>

¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique)

¿Tiene limitación física o mental congénita o adquirida? (Especifique)

¿El cliente requiere remisión médica? SI NO

Si su respuesta es "SI", indique: Por edad y monto Por enfermedad declarada Por extraprima anterior

Por extraprima automática (hasta 40 millones) Enfermedad con extraprima automática (hasta 60 millones) No declara ninguna enfermedad

Claramente, ello implica que, en el evento de acreditarse la existencia de una invalidez estructurada y originada en vigencia de la póliza, la H. Superintendencia deberá exonerar de toda responsabilidad a mi prohijada si dicha pérdida de capacidad laboral tiene su fuente en una preexistencia no revelada por la entonces asegurada.

En conclusión, de configurarse la exclusión previamente mencionada o las que constan en el clausulado general de la póliza no podrá existir responsabilidad en cabeza del Asegurador. Por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la Póliza de Vida Grupo Deudores pues las partes acordaron expresamente excluir de amparo las pérdidas de capacidad laboral procedentes de

preexistencias no informadas. En consecuencia, si logra acreditarse en el proceso una invalidez originada en una enfermedad preexistente, que como se ilustró, no fue revelada por la entonces asegurada, la Póliza VGD no cubriría dicho riesgo al estar excluido de amparo por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

6. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.

En el presente asunto debe tenerse en consideración, que la asegurada, la señora JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO, 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 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.

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 este 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**”⁵. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

⁵ 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 la asegurada, 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 estar 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.”⁶ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

⁶ 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.”⁷*
(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.

⁷ 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.

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 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.”⁸(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 cumulo 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 ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en el 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 esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

⁸ 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.

En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte involucra toda una serie 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 dicentes 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 la época 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. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de febrero de 2021, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del entonces asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA DE SOLICITUD 10 FEB 2021	NÚMERO DE PÓLIZA 99400000002				
DATOS DEL TOMADOR						
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/> NIT No. 860.050.750-1	RAZÓN SOCIAL BANCO GNB SUDAMERIS					
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO						
TIPO DE DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI No. 22.387.759	PRIMER APELLIDO Tijera	SEGUNDO APELLIDO ROJANO				
DIRECCIÓN DOMICILIO Cra 1A # 47-28	TELÉFONO FIJO / CELULAR 3006872782	CUIDAD / MUNICIPIO Bogotá				
CORREO ELECTRÓNICO Colomar	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO MOS 1947	DEPARTAMENTO Atlántico				
OCUPACIÓN DETALLADA <input type="checkbox"/> Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Por servicio <input checked="" type="checkbox"/> Por edad <input type="checkbox"/> Por sanidad <input type="checkbox"/> Por invalidez <input type="checkbox"/> Por sustitución						
<p>La prima mensual a cobrar se calcula aplicando la tasa mensual asignada a este Seguro por el valor asegurado. En caso de riesgos substándar o agravados por salud, actividad o deportes, se aplicarán las respectivas extraprimas. El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito. El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia.</p>						
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD						
¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO	¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO	¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique)
Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos		<input checked="" type="checkbox"/>	
Insuficiencia renal		<input checked="" type="checkbox"/>	Hipertensión arterial		<input checked="" type="checkbox"/>	
Accidente cerebro vascular		<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes mellitus		<input checked="" type="checkbox"/>	¿Tiene limitación física o mental congénita o adquirida? (Especifique)
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades mentales		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿El cliente requiere remisión médica? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			¿Tiene limitación física o mental congénita o adquirida? (Especifique)			
Si su respuesta es "SI", indique: <input type="checkbox"/> Por edad y monto <input type="checkbox"/> Por enfermedad declarada <input type="checkbox"/> Por extraprima anterior						

“Documento: Declaración de asegurabilidad de febrero de 2021.”

Es decir, a pesar de que la señora JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de febrero de 2021, 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 JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se probará en el curso del proceso, esta negativa constituye 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. Lo anterior, debido a que la 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.

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 del asegurado. La vinculación de la señora JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO debe declararse nula, debido a que esta negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual.

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

7. 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 jurídico⁹.

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 fundamentales¹⁰. 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 conocer¹¹”. (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

⁹ 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.”

¹⁰ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

¹¹ 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.

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 máxima buena fe. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)¹²

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 aún, 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 Gutiérrez¹³, 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,

¹² Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez.

¹³ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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)

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...”¹⁴ (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 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

¹⁴ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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 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 la asegurada la 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.

8. 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 la H. Superintendencia Financiera 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 distinciones, 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”.¹⁵ (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 sometido 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

¹⁵ 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.

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 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 bonae 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) 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, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

9. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA 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 la honorable Superintendencia Financiera de Colombia 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 JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO 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 la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA 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.

10. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA 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. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. 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-, prohió 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 vengo 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.”¹⁶ (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.

11. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

En atención a las disposiciones contenidas en el artículo 282 del CGP 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).

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

CAPÍTULO II **MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Declaración de asegurabilidad suscrita por la señora JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO.
- 1.2. Póliza Seguro De Vida En Grupo Deudores No. 843-16 – 994000000001 Anexo 0
- 1.3. Póliza Seguro De Vida En Grupo Deudores No. 843-16 – 994000000002 Anexo 0

¹⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

- 1.4. Póliza Seguro De Vida En Grupo Deudores No. 843-16 – 994000000003 Anexo 0
- 1.5. Clausulado General De La Póliza De Seguro De Vida En Grupo.
- 1.6. Derecho de petición enviado a NUEVA EPS, a fin de obtener la historia clínica de la señora JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO**, en su calidad de demandante, 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. La señora **JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO** podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, 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 y condiciones de la Póliza Vida Grupo Deudores.

4. TESTIMONIAL

- 4.1. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **MARIA CAMILA FONSECA PIESCHACON**, profesional de la medicina adscrita a la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia clínica, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la asegurada. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho desde la óptica de un profesional en salud, cómo habría procedido mi procurada, en relación con la Póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías clínicas de la parte demandante, así como de la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la asegurada, de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

La testigo podrá ser citado en la dirección de correo electrónico mfonsecap@solidaria.com.co o en la dirección física Calle 100 No. 9ª – 45, PISO 12.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS Y PRUEBA POR OFICIOS

5.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **NUEVA EPS**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora **JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO** quien se identificó con cédula de ciudadanía No. 22387759 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2022.

Los documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, comoquiera que la Demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica de la señora **JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO**. 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 Código General del Proceso.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora **JUANA ELVIRA TIJERA ROJANO** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

NUEVA EPS puede ser notificada en la Carrera 85K No. 46A-66, Bogotá, D.C. o al correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co.

6. 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 de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

7. NOTIFICACIONES

- Al suscrito en la Carrera 11ª No. 94A - 23 Oficina 201 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

- Mi procurada, **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, recibirá notificaciones en la Calle 100 No. 9A - 45 Piso 12 en la ciudad de Bogotá y dirección electrónica notificaciones@solidaria.com.co
- La Demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.