

Señores:

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.

DELAGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR
RADICADO: 2025046567
EXPEDIENTE: 2025-6281
DEMANDANTE: RAMON BAYONA MENESES
DEMANDADO: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de representante legal de la sociedad **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**, identificada con NIT 900.701.533-7 y en tal calidad como apoderado general de **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO**, sociedad cooperativa de seguros, sometida al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con NIT 830008686-1, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., según consta en los certificados de existencia y representación legal que se anexan, en donde figura inscrito el poder general conferido a través de la Escritura Pública No. 2779, otorgada el 02 de diciembre de 2021 en la Notaría Decima (10°) del Círculo de Bogotá, de manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, manifiesto comedidamente que procedo en primer lugar a **CONTESTAR LA DEMANDA** formulada por el señor **RAMON BAYONA MENESES** en contra de mi procurada, anunciando desde ahora que me opongo a la totalidad de las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se

esgrimen a continuación:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

FRENTE AL HECHO “1”: Es cierto.

FRENTE AL HECHO “2”: Parcialmente cierto, si bien dentro del plan contratado bajo la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, se incluyó un amparo básico por fallecimiento y un amparo adicional opcional, en virtud del cual se encontraban vinculados como asegurados el señor Ramón Bayona Meneses, en calidad de asegurado principal, y su cónyuge, la señora María Engracia Sarmiento Vesga como cónyuge amparada. Lo cierto y lo que debe tenerse en cuenta es que dicha póliza se renueva actualmente según lo pactado entre el asegurado y la aseguradora en la mencionada declaración de asegurabilidad, y de conformidad al condicionado general de la renovación que se pretende afectar, la edad de permanencia del asegurado para el amparo de enfermedades graves es de 64 años y 364 días, de manera que, para la fecha de cumplimiento del año 65 del señor Ramón Bayona, la póliza continuó renovándose sin ese amparo opcional. Tanto así, que, para la última vigencia, la póliza se renovó con un único amparo para el señor Ramón, que es el amparo básico de muerte más el anexo de auxilio funerario, como se observa:

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO	
DETALLE	VALOR ASEGURADO
BAYONA MENESES RAMON	
Básico (Muerte)	20,000,000.00
Anexo de Auxilio Funerario	2,000,000.00

En consecuencia, aunque el actor y su cónyuge hayan estado previamente vinculados a la póliza con el amparo opcional de Anticipo por enfermedades graves, lo cierto es que para el 27 de agosto de 2024 la póliza ya no contaba con ese amparo para el señor Ramón Bayona. Como consecuencia, la póliza no presta cobertura material respecto del evento alegado como siniestro, razón por la cual no hay lugar al reconocimiento de suma alguna a cargo de La Equidad Seguros de Vida O.C.

FRENTE AL HECHO “3”: Es parcialmente cierto. Si bien el actor contrató con mi representada la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813 bajo el plan 20, que contempla un amparo básico por fallecimiento por cualquier causa y un amparo adicional opcional por diagnóstico de enfermedades graves, lo cierto es que este amparo solamente estuvo vigente para el señor Ramón Bayona hasta el año en que cumplió 64 años y 364 días, pues como se observa en la póliza, esta era la edad máxima de permanencia para este amparo:

EIDADES APLICABLES POR CADA AMPARO			
COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
Amparo básico 1	4 Años	70 Años y 364 días	79 Años y 364 días
Invalidez	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Amparo de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Indemnización por diagnóstico de enfermedades graves	14 Años	64 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de indemnización adicional por muerte por trasplante de órganos	14 Años	59 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de gastos médicos por accidente o enfermedad	14 Años	49 Años y 364 días	55 Años y 364 días
Amparo de renta por enfermedades crónicas	14 Años	54 Años y 364 días	55 Años y 364 días
Amparo de rentas diarias	14 Años	63 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de renta para gastos de hogar	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Amparo de auxilio funerario	14 Años	70 Años y 364 días	79 Años y 364 días
Amparo de desempleo o incapacidad total temporal	18 Años	63 Años y 364 días	65 Años y 364 días

Conforme al condicionado técnico, su operatividad está sujeta al cumplimiento de condiciones personales específicas, entre las cuales se encuentra la edad máxima de permanencia, fijada en 64 años y 364 días, que, para el caso concreto, dicha edad se cumplió por parte del asegurado el día 3 de octubre de 2015, teniendo en cuenta que su fecha de nacimiento es el 4 de octubre de

1950. Por tanto, no resulta jurídicamente válido que el actor pretenda activar esa cobertura con ocasión del diagnóstico de “*enfermedad renal crónica estadio 5*”, consignado en la historia clínica expedida por la IPS RTS – Sucursal San Gil con fecha 27 de agosto de 2024, cuando el asegurado ya contaba con 73 años de edad para esa fecha, es decir, más de ocho años después de haber perdido la condición de asegurado para ese amparo y por ende, no se cumple la condición de asegurabilidad exigida para la efectividad del amparo adicional, no existiendo cobertura aplicable al evento invocado en esta demanda.

FRENTE AL HECHO “4”: No es cierto, El actor sostiene que, según el cuadro denominado “Edades de Ingreso y Permanencia” para el amparo básico, este contempla una edad de ingreso desde los 18 hasta los 65 años y una edad de permanencia hasta los 75 años. Sin embargo, tal afirmación no se ajusta a lo previsto en el condicionado general de la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, en la que se observa:

EDADES APLICABLES POR CADA AMPARO

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
Amparo básico 1	4 Años	70 Años y 364 días	79 Años y 364 días
Invalidez	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Amparo de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Indemnización por diagnóstico de enfermedades graves	14 Años	64 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de indemnización adicional por muerte por trasplante de órganos	14 Años	59 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de gastos médicos por accidente o enfermedad	14 Años	49 Años y 364 días	55 Años y 364 días
Amparo de renta por enfermedades crónicas	14 Años	54 Años y 364 días	55 Años y 364 días
Amparo de rentas diarias	14 Años	63 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de renta para gastos de hogar	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Amparo de auxilio funerario	14 Años	70 Años y 364 días	79 Años y 364 días
Amparo de desempleo o incapacidad total temporal	18 Años	63 Años y 364 días	65 Años y 364 días

En efecto, según consta en la tabla de edades aplicables por cada amparo según el condicionado técnico, **el amparo básico por fallecimiento** establece como rango de ingreso para el asegurado las edades comprendidas entre 4 años y 70 años con 364 días como edad máxima de ingreso, y como edad máxima de permanencia 79 años con 364 días. Por tanto, las cifras referidas en la demanda no corresponden al contenido real del contrato.

Por otro lado, frente a los **amparos opcionales como el de enfermedades graves** que pretende afectar el demandante con esta acción, la edad mínima de ingreso es de 14 años y la edad máxima de ingreso es de 64 años y 364 días. Sin embargo, la edad de permanencia es hasta los 64 años y

364 días del asegurado, circunstancia que en el caso particular se cumplió el 03 de octubre de 2015, considerando que el señor Ramón Bayona nació el 04 de octubre del año 1950. En tal virtud, es evidente que para el año 2024, la póliza ya no contaba con el amparo de anticipo por enfermedades graves para el señor Ramón, como se observa:

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO	
DETALLE	VALOR ASEGURADO
BAYONA MENESES RAMON Básico (Muerte). Anexo de Auxilio Funerario	20,000,000.00 2,000,000.00

Ahora bien, más allá de la imprecisión de las cifras, es importante aclarar que el actor no está solicitando el reconocimiento de una prestación derivada del amparo básico por fallecimiento, sino que lo que pretende es el pago de un anticipo por diagnóstico de enfermedad grave, bajo el amparo adicional. En ese sentido, no puede confundirse lo previsto para el amparo básico con las condiciones aplicables al amparo reclamado, ya que se trata de dos coberturas distintas, con requisitos de asegurabilidad independientes. Para el amparo adicional por enfermedades graves, la póliza establece tanto una edad máxima de permanencia de 64 años y 364 días.

En el caso concreto, el señor Ramón Bayona Meneses, nacido el 4 de octubre de 1950, alcanzó dicha edad el 3 de octubre de 2015, momento a partir del cual cesó automáticamente su cobertura individual respecto de ese amparo de enfermedades graves. No obstante, el actor pretende activar dicha cobertura con fundamento en un diagnóstico consignado en la historia clínica expedida por la IPS RTS – Sucursal San Gil el día 27 de agosto de 2024, fecha en la cual contaba con 73 años de edad, es decir, más de ocho años después de la expiración del riesgo asegurado para ese amparo. Por tanto, el hecho cuarto debe negarse no solo por la inexactitud de los datos referidos en la demanda respecto del amparo básico, sino además porque se pretende aplicar indebidamente una tabla de edades a un amparo diferente, cuyas condiciones de operatividad no se cumplieron en el presente caso, lo que excluye cualquier obligación a cargo de La Equidad Seguros de Vida O.C.

FRENTE AL HECHO “5”: Es cierto.

FRENTE AL HECHO “6”: No es cierto. El actor afirma equivocadamente que el amparo básico de la póliza contempla dentro de su cobertura el diagnóstico de enfermedades graves, lo cual no corresponde a la realidad, ni a la estructura del contrato de seguro de conformidad con lo dispuesto en el condicionado técnico de la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813. En efecto, el condicionado distingue con claridad entre dos tipos de cobertura: por un lado, el amparo básico, que cubre el fallecimiento del asegurado por cualquier causa durante el periodo de vigencia del seguro; y por otro, los amparos adicionales de contratación opcional, como el de indemnización por diagnóstico de enfermedades graves, cuyo reconocimiento no es automático, sino que depende de condiciones específicas pactadas en el contrato.

El amparo adicional por enfermedades graves tiene por objeto el pago de un anticipo del 50% sobre el valor asegurado del amparo básico, cuando el asegurado haya sido diagnosticado con alguna de las enfermedades expresamente enumeradas en el condicionado técnico, entre ellas, la insuficiencia renal crónica, siempre que se acredite médicamente su gravedad y progresión conforme a criterios técnicos (por ejemplo, requerimiento de trasplante o diálisis regular). Sin embargo, la simple existencia del diagnóstico no basta para activar el amparo. De acuerdo con el contrato, la operatividad de ese amparo adicional está sujeta a estrictas condiciones de asegurabilidad, dentro de las cuales se encuentra la edad máxima de permanencia, que fue fijada en 64 años y 364 días, tal como consta en la tabla de edades aplicables por cada amparo establecido en el condicionado de la póliza (pág. 20 del condicionado técnico).

EDADES APLICABLES POR CADA AMPARO

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
Amparo básico 1	4 Años	70 Años y 364 días	79 Años y 364 días
Invalidez	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Amparo de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Indemnización por diagnóstico de enfermedades graves	14 Años	64 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de indemnización adicional por muerte por trasplante de órganos	14 Años	59 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de gastos médicos por accidente o enfermedad	14 Años	49 Años y 364 días	55 Años y 364 días
Amparo de renta por enfermedades crónicas	14 Años	54 Años y 364 días	55 Años y 364 días
Amparo de rentas diarias	14 Años	63 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de renta para gastos de hogar	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Amparo de auxilio funerario	14 Años	70 Años y 364 días	79 Años y 364 días
Amparo de desempleo o incapacidad total temporal	18 Años	63 Años y 364 días	65 Años y 364 días

En el caso concreto, el señor Ramón Bayona Meneses, nacido el 4 de octubre de 1950, alcanzó dicha edad el 3 de octubre de 2015, momento a partir del cual cesó automáticamente su cobertura individual respecto de ese amparo opcional de enfermedades graves. No obstante, el actor pretende activar dicha cobertura con fundamento en un diagnóstico consignado en la historia clínica expedida por la IPS RTS – Sucursal San Gil el día 27 de agosto de 2024, fecha en la cual contaba con 73 años de edad, es decir, más de ocho años después de la expiración del riesgo asegurado para ese amparo. Por tanto, el hecho debe negarse no solo por la inexactitud de los datos referidos en la demanda respecto del amparo básico, sino además porque se pretende aplicar indebidamente una tabla de edades a un amparo diferente, cuyas condiciones de operatividad no se cumplieron en el presente caso, lo que excluye cualquier obligación a cargo de La Equidad Seguros de Vida O.C.

FRENTE AL HECHO “7”. Es parcialmente cierto, si bien conforme a lo previsto en el condicionado de la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, el amparo adicional por indemnización en caso de diagnóstico de enfermedades graves contempla el pago de un anticipo equivalente al 50% del valor asegurado bajo el amparo básico por fallecimiento, siempre que se cumplan todas las condiciones de asegurabilidad y activación definidas en el contrato. Lo cierto es que ello no implica que ese porcentaje de indemnización sea automáticamente exigible, ni que proceda en todos los casos en que se diagnostique alguna de las enfermedades enlistadas.

Como se ha sostenido a lo largo de esta contestación, la operatividad del amparo adicional está supeditada, entre otras condiciones, a que el asegurado no haya superado la edad máxima de permanencia, la cual fue fijada en 64 años y 364 días. En el caso del señor Ramón Bayona Meneses, nacido el 4 de octubre de 1950, esa edad fue alcanzada el 3 de octubre de 2015, fecha en la cual cesó automáticamente su cobertura individual respecto de dicho amparo adicional. Por tanto, aunque el porcentaje del 50% está contractualmente previsto, en el presente caso no se cumplen las condiciones para su activación, pues el amparo no se encuentra vigente para el señor Ramón desde la fecha en que cumplió la edad máxima de permanencia, razón por la cual no hay lugar al reconocimiento de suma alguna a cargo de La Equidad Seguros de Vida O.C.

FRENTE AL HECHO “8”. Es parcialmente cierto. Resulta necesario aclarar que si bien, conforme a lo establecido en la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, el valor asegurado previsto para el amparo adicional por enfermedades graves es de \$10.000.000, equivalentes al 50% del valor asegurado bajo el amparo básico por fallecimiento, según el plan contratado, debe reiterarse que el reconocimiento de dicho valor no es automático ni puede exigirse en abstracto, pues el contrato de seguro contempla condiciones técnicas de asegurabilidad cuya verificación es necesaria para determinar la procedencia del pago. Entre dichas condiciones, el condicionado técnico exige de manera clara que el asegurado se mantenga dentro del rango etario permitido para el amparo adicional, el cual está fijado en una edad máxima de permanencia de 64 años y 364 días.

En el presente caso, el señor Ramón Bayona Meneses, nacido el 4 de octubre de 1950, superó ese umbral el 3 de octubre de 2015, fecha en la cual cesó automáticamente su cobertura individual respecto del amparo adicional por enfermedades graves. En consecuencia, no hay lugar a su reconocimiento, toda vez que no se cumplen las condiciones contractuales que habilitan su exigibilidad, por lo cual no existe obligación a cargo de La Equidad Seguros de Vida O.C. en el marco del contrato vigente para ese asegurado.

FRENTE AL HECHO “9”. Es parcialmente cierto. Si bien, la enfermedad renal crónica se encuentra incluida dentro del listado de patologías cubiertas por el amparo adicional por enfermedades graves previsto en la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, dicha cobertura no opera de forma automática por el solo hecho de que la enfermedad figure en el listado, pues su efectividad está sujeta al cumplimiento de las condiciones de asegurabilidad previstas en el contrato, particularmente las relacionadas con los límites de edad. En el caso concreto, el señor Ramón Bayona Meneses, nacido el 4 de octubre de 1950, superó la edad máxima de permanencia permitida para el amparo adicional, la cual fue fijada en 64 años y 364 días, alcanzada por el asegurado el 03 de octubre de 2015. En efecto, el diagnóstico de “*enfermedad renal crónica estadio 5*” que da lugar a la presente reclamación fue emitido por la IPS RTS – Sucursal San Gil el 27 de agosto de 2024, cuando el asegurado contaba con 73 años de edad, es decir, más de ocho años después de haber cesado su cobertura individual respecto de ese amparo. En consecuencia, si bien la enfermedad se encuentra descrita como un evento cubierto dentro del amparo adicional, en el presente asunto no se configuran las condiciones de cobertura material por inexistencia del amparo adicional de enfermedades graves, ni tampoco de cobertura temporal por cuanto el diagnóstico fue emitido por fuera del periodo en el que estuvo vigente el amparo frente al asegurado, lo cual excluye toda obligación indemnizatoria a cargo de La Equidad Seguros de Vida O.C.

FRENTE AL HECHO “10”: No me consta que el diagnóstico del asegurado “*enfermedad renal crónica estadio 5*” date de 18 de septiembre de 2024 como afirma el actor, toda vez que en la historia clínica expedida por la IPS RTS – Sucursal San Gil, con fecha 27 de agosto de 2024, se consigna expresamente como diagnóstico principal el mencionado, lo cual permite inferir que dicha condición

ya había sido identificada clínicamente con anterioridad a la fecha afirmada en la demanda. 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.

Adicionalmente, se advierte que la fecha del diagnóstico alegado —sea el 18 de septiembre o el 27 de agosto de 2024— resulta posterior a la fecha en que cesó automáticamente la cobertura individual del señor Ramón Bayona Meneses respecto del amparo adicional por enfermedades graves, la cual, conforme al condicionado técnico de la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, se extinguió el 3 de octubre de 2015, fecha en que el asegurado cumplió la edad máxima de permanencia de 64 años y 364 días.

En consecuencia, cualquiera sea la fecha que finalmente se acredite como la del diagnóstico, lo cierto es que el evento alegado ocurrió fuera del periodo de cobertura temporal del contrato para ese asegurado, razón por la cual no hay lugar a que opere el amparo adicional invocado, ni a que se derive obligación alguna de pago a cargo de La Equidad Seguros de Vida O.C.

Finalmente, en el evento en que el actor logre demostrar que el diagnóstico se produjo con anterioridad a los dos (2) años contados desde la fecha en que se radicó la demanda, o, en su defecto, desde la presentación de la reclamación ante la aseguradora, será procedente que se declare la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, conforme al artículo 1081 del Código de Comercio, en tanto el actor no promovió oportunamente la acción judicial correspondiente, ni acreditó interrupción o suspensión válida de dicho término.

FRENTE AL HECHO “11”: No me consta, toda vez que obedece a un hecho estrictamente personal, que esta parte no está en capacidad de verificar ni confirmar. 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.

FRENTE AL HECHO “12”: No es cierto, Si bien la póliza colectiva VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813 a la cual corresponde el certificado individual N.º 76308 expedido al señor Ramón Bayona Meneses ha sido renovada periódicamente desde su suscripción inicial, ello no implica que la totalidad de los amparos contratados se encuentren vigentes de forma indefinida para cada asegurado individual. En efecto, la vigencia de la cobertura para cada asegurado depende del cumplimiento de las condiciones personales de asegurabilidad, entre las cuales se encuentran los límites de edad aplicables a cada amparo. En el caso concreto, el señor Ramón Bayona Meneses, nacido el 4 de octubre de 1950, superó la edad máxima de permanencia prevista para el amparo adicional por enfermedades graves, 64 años y 364 días, el 3 de octubre de 2015, razón por la cual, desde esa fecha cesó automáticamente su cobertura individual respecto del amparo de enfermedades graves. Por tanto, si bien el certificado N.º 76308 corresponde a un aseguramiento inicialmente válido dentro de la póliza colectiva, no se encuentra vigente para el actor en relación con el riesgo específico que se pretende activar en esta demanda. En consecuencia, el hecho debe tenerse como no probado, toda vez que la cobertura individual invocada ya no estaba operativa al momento del diagnóstico alegado (27 de agosto de 2024), conforme a las reglas contractuales expresas.

FRENTE AL HECHO “13”: Es cierto.

FRENTE AL HECHO “14”: No es cierto, La Equidad Seguros de Vida O.C. emitió respuesta formal mediante la cual se negó la procedencia del reconocimiento solicitado por el actor el 07 de noviembre de 2024. Sin embargo, es importante precisar que no se negó la existencia ni la vigencia de la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813 en términos generales, sino que se rechazó el pago del anticipo por enfermedades graves solicitado por el señor Ramón Bayona Meneses.

En este sentido es importante aclarar que en dicha comunicación no se negó la existencia ni la vigencia general de la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, la cual continuaba activa para los asegurados que cumplieran con las condiciones de asegurabilidad. Lo que se rechazó fue, de

manera específica, la solicitud de pago del anticipo por enfermedades graves presentada por el señor Ramón Bayona Meneses, por incumplimiento de las condiciones técnicas del contrato.

En particular, se constató que el diagnóstico de “enfermedad renal crónica estadio 5” fue consignado en la historia clínica expedida por la IPS RTS – Sucursal San Gil, con fecha 27 de agosto de 2024, cuando el asegurado contaba con 73 años de edad. Sin embargo, de acuerdo con el condicionado técnico de la póliza, el amparo adicional por enfermedades graves tenía como límite de permanencia los 64 años y 364 días, edad que el asegurado alcanzó el 3 de octubre de 2015, fecha en la cual cesó automáticamente su cobertura individual respecto de dicho amparo.

Por tanto, el diagnóstico fue emitido posterior a la extinción automática del amparo adicional, lo cual configura una clara falta de cobertura temporal, ya que el evento reclamado se produjo fuera del periodo de vigencia de dicho riesgo. En consecuencia, la negativa de reconocimiento no obedeció a una supuesta terminación de la póliza, sino al hecho de que el riesgo reclamado ocurrió cuando el amparo específico ya no se encontraba vigente para el asegurado individual. La póliza seguía vigente únicamente en lo que respecta al amparo básico por fallecimiento, respecto del cual no se ha formulado reclamación en este proceso.

Por tanto, la decisión comunicada obedeció al incumplimiento de las condiciones de asegurabilidad previstas en el contrato, y no a una negación general de la existencia de la póliza, la cual permanece vigente para el señor Ramon en el amparo básico de muerte.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN “UNICA: ME OPONGO toda vez que el riesgo invocado no cumple con las condiciones de cobertura temporal ni material previstas en la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, por lo que no resulta procedente su activación ni exigible el pago solicitado como se menciona a continuación:

- **Falta de cobertura temporal frente al amparo de enfermedades graves:** De conformidad con lo establecido en la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, el amparo adicional por enfermedades graves está sujeto a una edad máxima de permanencia de 64 años y 364 días, sin embargo, el señor Ramón Bayona Meneses, nacido el 4 de octubre de 1950, superó ese límite el 3 de octubre de 2015, fecha en la cual cesó automáticamente su cobertura individual respecto de ese amparo. Así, el evento que sustenta la reclamación, es decir el diagnóstico de “*enfermedad renal crónica estadio 5*” fue emitido el 27 de agosto de 2024, cuando el asegurado contaba con 73 años de edad, es decir, más de ocho años después de haber vencido el término de vigencia del amparo. En consecuencia, el riesgo alegado ocurrió fuera del periodo temporal de vigencia del contrato para ese amparo y, por tanto, no genera obligación alguna para la aseguradora.
- **Falta de cobertura material por inexistencia de amparo afectable:** A su vez no hay cobertura material, toda vez que, si bien la enfermedad invocada se encuentra enlistada dentro de los eventos cubiertos por el amparo adicional de enfermedades graves, su cobertura no es absoluta ni indiscriminada, sino que solo opera respecto de quienes mantienen vigente el vínculo asegurativo al momento del evento. En este caso, al haber cesado la cobertura individual del amparo adicional en el año 2015, el riesgo invocado ya no era objeto de cobertura para él, aunque sí pudiera serlo para otros asegurados que cumplan con las condiciones contractuales. Así las cosas, es evidente que no existe amparo afectable para estos hechos, pues como se indicó, el amparo adicional de enfermedades graves se extinguió el 03 de octubre de 2015 cuando el asegurado cumplió la edad máxima de permanencia para el amparo opcional.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO O DE FONDO

1. **FALTA DE COBERTURA MATERIAL ANTE LA INEXISTENCIA DE AMPARO AFECTABLE.**

Lo primero que debe tenerse en consideración es que, si bien el señor Ramón Bayona Meneses se encontraba vinculado como asegurado a la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, contratada para amparar como riesgo básico el fallecimiento y, de forma adicional, mediante contratación expresa, el amparo de anticipo por diagnóstico de enfermedades graves, lo cierto es que dicho contrato de seguro se encuentra regido por condiciones generales y particulares que deben ser observadas de manera estricta al momento de establecer si existe obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora. En ese sentido, los hechos que fundamentan la presente reclamación evidencian una clara falta de cobertura material, conforme se desprende del análisis de la póliza, particularmente de la tabla de edades aplicables por cada amparo, en la cual se establece que la edad máxima de permanencia para el amparo es de 64 años y 364 días. No obstante, para el momento del diagnóstico médico invocado por el actor, esto es, el 27 de agosto de 2024, el asegurado contaba con 73 años de edad, superando ampliamente el límite etario establecido para la cobertura de dicho amparo. En consecuencia, el amparo adicional por enfermedades graves no se encontraba vigente respecto del asegurado al momento de la ocurrencia del evento, lo que conlleva a la inexistencia de cobertura material frente al riesgo reclamado. Por tanto, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna a cargo de La Equidad Seguros de Vida O.C..

Para efectos de lo expuesto, tal como se dispuso en precedencia, el legislador en el artículo 1056 del Código de Comercio determinó la facultad del Asegurador de a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado demarcando 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. De igual forma, la jurisprudencia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

“(…) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable

*a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado". Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato asegurativo. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados)¹ ". -
(Subrayado y negrilla por fuera de texto)*

De lo anterior se desprende que, en el marco de la contratación de seguros, existe plena facultad para la entidad aseguradora en definir cuáles son los riesgos que acepta cubrir, y, en consecuencia, únicamente están obligadas al pago de la prestación asegurada cuando el evento efectivamente amparado se materializa dentro de los términos y condiciones pactadas. Por tanto, si el hecho alegado no se encuentra dentro del marco técnico definido contractualmente como riesgo cubierto, como ocurre en este caso, donde el amparo adicional ya se había extinguido por superación del límite de edad máxima de permanencia, no se configura obligación indemnizatoria alguna a cargo de la aseguradora.

En efecto, resulta pertinente señalar que en la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813 se establecieron expresamente los criterios de edad aplicables tanto al amparo básico como a los

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00.

amparos adicionales, conforme a la tabla de edades prevista para cada cobertura, que se expone a continuación.

EDADES APLICABLES POR CADA AMPARO

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
Amparo básico 1	4 Años	70 Años y 364 días	79 Años y 364 días
Invalidez	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Amparo de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Indemnización por diagnóstico de enfermedades graves	14 Años	64 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de indemnización adicional por muerte por trasplante de órganos	14 Años	59 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de gastos médicos por accidente o enfermedad	14 Años	49 Años y 364 días	55 Años y 364 días
Amparo de renta por enfermedades crónicas	14 Años	54 Años y 364 días	55 Años y 364 días
Amparo de rentas diarias	14 Años	63 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de renta para gastos de hogar	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Amparo de auxilio funerario	14 Años	70 Años y 364 días	79 Años y 364 días
Amparo de desempleo o incapacidad total temporal	18 Años	63 Años y 364 días	65 Años y 364 días

Documento: Condicionado póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813

Dicho esquema establece de manera expresa que la edad máxima de permanencia para acceder al amparo adicional por indemnización por diagnóstico de enfermedades graves es de 64 años y 364 días, límite a partir del cual cesa automáticamente la vigencia de dicha cobertura para el asegurado. En consecuencia, se configura una clara falta de cobertura material, toda vez que el evento que da origen a la reclamación, el diagnóstico de enfermedad renal crónica estadio 5, consignado en la historia clínica expedida por la IPS RTS – Sucursal San Gil con fecha 27 de agosto

de 2024, se refiere a un riesgo para el cual ya no existía un amparo vigente en la póliza para el asegurado. En efecto, el amparo adicional por enfermedades graves se extinguió automáticamente el 3 de octubre de 2015, fecha en la cual el señor Ramón Bayona Meneses alcanzó la edad máxima de permanencia fijada en 64 años y 364 días, conforme al condicionado técnico del contrato. Por tanto, para la fecha del diagnóstico no existía cobertura alguna que pudiera ser afectada por esos hechos, ya que el riesgo invocado no estaba comprendido dentro del conjunto de coberturas habilitadas para ese asegurado, lo cual excluye por completo la procedencia del pago reclamado.

De hecho, conforme a su fecha de nacimiento, 4 de octubre de 1950, el asegurado alcanzó la edad máxima de 64 años y 364 días el día 3 de octubre de 2015, fecha en la cual cesó automáticamente su permanencia en el amparo adicional reclamado, habida cuenta de los límites etarios expresamente previstos en el condicionado técnico de la póliza. De manera que, para esta fecha ya no existe un amparo que pueda ser afectado por las peticiones de la demanda, lo que de contera significa que la póliza no presta cobertura material, pues no tiene un amparo de diagnóstico de enfermedades graves para el señor Ramon Bayona. Lo anterior, teniendo en cuenta que como se ha expresado en múltiples oportunidades, el amparo se extinguió con el cumplimiento de la edad máxima de permanencia del asegurado en el año 2015.

En suma, habiéndose acreditado que el señor Ramón Bayona Meneses superó la edad máxima de permanencia para el amparo adicional por enfermedades graves desde el 3 de octubre de 2015, resulta claro que al momento del diagnóstico médico de 2024 no existía un amparo vigente que pudiera ser activado frente al riesgo reclamado. La cobertura invocada se había extinguido automáticamente, conforme a lo expresamente pactado en el condicionado técnico de la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, por lo cual no puede predicarse la existencia de una obligación indemnizatoria. En consecuencia, se configura una falta de cobertura material, ya que no hay un riesgo asegurado vigente susceptible de ser afectado por el hecho invocado en esta demanda, lo que excluye en su totalidad la procedencia del reconocimiento solicitado.

2. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA VIDA GRUPO FAMILIAR AA000813 FRENTE AL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES DEL SEÑOR RAMÓN BAYONA.

De entrada, es preciso resaltar que, para que surja la obligación indemnizatoria en el marco de un contrato de seguro, el asegurado debe cumplir, al momento de ocurrencia del siniestro, con los requisitos personales que habilitan la vigencia del amparo invocado. En particular, aquellos relativos a la edad máxima de permanencia, la cual delimita de forma estricta el marco temporal de cobertura del riesgo. En ese orden, la aseguradora únicamente está obligada a ejecutar la prestación a su cargo cuando el riesgo se realiza dentro de dicho lapso, es decir, si el siniestro se presenta mientras se mantiene vigente la cobertura respecto de ese asegurado en el amparo específico. En este caso particular, el amparo de Anticipo por enfermedades graves estuvo vigente para el asegurado Ramón Bayona, desde el 26 de mayo de 2007 fecha de suscripción de la póliza, hasta el 03 de octubre de 2015, fecha en la que el amparo opcional terminó por haberse cumplido la edad máxima de permanencia establecida en la póliza.

De esta forma, resulta evidente que el riesgo contractualmente amparado por la Aseguradora es aquel que se encuentra dentro de la vigencia de la póliza de seguro. En otras palabras, para que sea jurídicamente posible la afectación de la póliza, resulta indispensables que el riesgo asegurado haya acaecido dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro.

En esta vía, siendo consciente el legislador 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 celebren, fue su voluntad plasmar de forma clara dicha libertad contractual en la normativa aplicable al contrato de seguro, es de esta forma que en el artículo 1056 del Código de Comercio 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 (...)”

Es posible vislumbrar en la mentada norma que el ordenamiento jurídico faculta al asegurador para delimitar los riesgos que decide asumir, ahora bien, dicha delimitación puede ser realizada en la práctica restringiendo temporalmente los hechos que pueden constituir eventualmente la ocurrencia del riesgo asegurado, en este sentido la Corte Suprema de Justicia ha expresado lo siguiente:

*“(...) 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)².

Asimismo, el artículo 1047 del Código de Comercio establece como contenido mínimo de la póliza la determinación de la fecha de inicio y finalización del contrato, lo cual resalta la importancia que el legislador atribuye a la delimitación temporal de la cobertura. Es por ello que la responsabilidad del asegurador queda restringida a los eventos que se materialicen dentro del periodo expresamente pactado.

En el caso que nos ocupa, la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, suscrita por la Cooperativa COMULSEB como tomador, fue suscrita el 26 de mayo de 2007 con el amparo básico de vida y el amparo opcional de enfermedades graves, dicha póliza fue renovada automáticamente en cada anualidad como se le informó al asegurado en ese mismo documento. No obstante, ello no implica que todos los amparos incluidos en la póliza se renovaran automáticamente para todos los asegurados durante cada periodo, pues la póliza estableció con claridad las edades máximas de

² Corte Suprema de Justicia Sala Civil. Sentencia SC 4527 del 23 de noviembre de 2020. Rad.: 2011-00361.01.

permanencia tanto para los amparos básicos como para los opcionales.

EDADES APLICABLES POR CADA AMPARO

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
Amparo básico 1	4 Años	70 Años y 364 días	79 Años y 364 días
Invalidez	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Amparo de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Indemnización por diagnóstico de enfermedades graves	14 Años	64 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de indemnización adicional por muerte por trasplante de órganos	14 Años	59 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de gastos médicos por accidente o enfermedad	14 Años	49 Años y 364 días	55 Años y 364 días
Amparo de renta por enfermedades crónicas	14 Años	54 Años y 364 días	55 Años y 364 días
Amparo de rentas diarias	14 Años	63 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de renta para gastos de hogar	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Amparo de auxilio funerario	14 Años	70 Años y 364 días	79 Años y 364 días
Amparo de desempleo o incapacidad total temporal	18 Años	63 Años y 364 días	65 Años y 364 días

En particular, el amparo adicional por enfermedades graves, invocado en esta demanda, establece de forma expresa, según lo previsto en la póliza, una edad máxima de permanencia de 64 años y 364 días. De manera que, al cumplirse esta edad, el amparo automáticamente se extingue. En este caso particular, el señor Ramón Bayona Meneses, en su condición de asegurado cumplió la edad máxima de permanencia el 03 de octubre de 2015, fecha en la que cesó la vigencia del amparo de enfermedades graves.

Habiendo aclarado lo anterior, se observa que de conformidad con la historia clínica expedida por la IPS RTS – Sucursal San Gil, con fecha 27 de agosto de 2024, el señor tenía un diagnóstico de “*enfermedad renal crónica estadio 5*”, consignado por el médico nefrólogo Andrés Arboleda Velasco, en el cual se indica con claridad que para esa fecha el asegurado contaba con 73 años de edad, es decir, ya se encontraba fuera del periodo de cobertura del amparo de enfermedades graves:

RTS
RTS SUCURSAL SAN GIL
27/08/2024

RTS Colombia - Junta comunitaria equitativa:
Cód. Habilitación: 696790314110
Teléfono: 6910575
Dirección: CALLE 12 N 12 123 CENTRO EMPRESARIAL EL PUENTE PISO 4
Municipio: San Gil
CONS: 401 Cód. Habilitación: 696790314110 NIT: 805011262-0
Dpto.: Santander País: Colombia
Zona horaria aplicada en el sistema: America/Regua LTC-6:00

NIT: 805011262-0

Nombre paciente: BAYONA MENESES, RAMON
Fecha Inicio: 02/08/2024 Fecha Fin: 27/08/2024 Fecha de Impresión: 27/08/2024
Tipo Doc.: Cedula de ciudadanía/ CURP N° Historia: 5579277 F. Nacimiento: 04/10/1950 Edad: 73a
Sexo: Hombre Pertenencia Étnica: Ninguna de las anteriores Fecha Ingreso Sede Actual: 27/08/2024
Aseguradora/s: 01/12/2020 EPS037 - Nueva Eps - Colombia T. Régimen: Contributivo- (Activa)
Colizante

Fecha Inicio TRS: Estado Clínico: Consulta Modalidad: Consulta externa
Dirección/s: Domicilio: CALLE 8 N 5 11 / Barichara / Santander / Colombia
Medios de Contacto: Teléfono Móvil: 3134099951

Profesión/es: 27/08/2024 SIN PROFESION
Actividad/es: 27/08/2024 Independiente
Grupo poblacional: 27/08/2024 No definido

Revisión: [REDACTED]

27/08/2024 13:25 DIAGNOSTICOS

1. Hipertension Arterial
2. Enfermedad renal cronica estadio 5

Antecedentes:
Cx: Hernia Inguinal derecha
Alergico: Niega

Documento: Historia clínica IPS RTS – Sucursal San Gil, con fecha 27 de agosto de 2024.

Énfasis; “Edad: 73 años” “27/08/2024 diagnósticos: 1 Hipertensión arterial”

En consecuencia, no hay lugar al reconocimiento del anticipo por enfermedad grave solicitado por el actor, toda vez que, al momento del diagnóstico, el asegurado había superado ampliamente el límite etario previsto en el condicionado técnico de la póliza para la permanencia en ese amparo específico, el cual era de 64 años y 364 días, que fueron cumplidos por el asegurado el 03 de octubre de 2015, fecha en la que cesó la vigencia del amparo de Anticipo por enfermedades graves para el señor Ramón Bayona. En tal virtud, para la fecha en que se diagnosticó la enfermedad, esto es, el 27 de agosto de 2024, periodo para el cual se insiste el señor Ramón Bayona Meneses contaba con 73 años de edad, el amparo ya no tenía cobertura, pues como se dijo, la misma cesó el 3 de octubre de 2015.

Como se ha expuesto en líneas anteriores, la obligación indemnizatoria de la aseguradora no surge de manera automática frente a cualquier evento, sino únicamente cuando el siniestro ocurre dentro del periodo de cobertura contractualmente pactado, conforme a los límites objetivos y personales

definidos en el contrato de seguro. Solo en tales condiciones nace el derecho del asegurado a exigir el pago de la prestación correspondiente. En ese sentido, el anticipo por enfermedades graves está sujeto a condiciones temporales estrictas, entre ellas, la edad máxima de permanencia, la cual, para el amparo reclamado en el presente caso, se encuentra expresamente fijada en 64 años y 364 días. Esta condición no se cumple en relación con el actor, quien, como se indicó, había superado con anterioridad dicho umbral, lo que produjo la cesación automática del derecho a dicha cobertura individual.

Por lo tanto, la negativa de reconocimiento del anticipo por parte de La Equidad Seguros de Vida O.C. no constituye un desconocimiento de las obligaciones derivadas del contrato, sino que obedece a la estricta aplicación de las condiciones pactadas, en particular al incumplimiento de los requisitos temporales para la vigencia del riesgo reclamado. En tal virtud, resultaría jurídicamente inadmisibile atribuir responsabilidad alguna a esta parte, dado que el evento alegado ocurrió cuando el riesgo ya no se encontraba cubierto temporalmente conforme al contrato suscrito.

En conclusión, emerge claro en este caso que el amparo de Enfermedades graves estuvo vigente solo hasta el 03 de octubre de 2015, cuando el asegurado llegó a la edad máxima de permanencia. En ese sentido, al ser el diagnóstico de la enfermedad renal un evento sucedido el 27 de agosto de 2024, se colige que el amparo de enfermedades graves ya no tenía vigencia para dicha calenda. Razón por la cual la póliza no presta cobertura temporal y no podrá ser afectada por estos hechos.

3. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

Sin perjuicio de lo anterior, de manera subsidiaria, esta parte propone la prescripción extintiva de la acción derivada del contrato de seguro, en el evento en que se acredite que el diagnóstico de enfermedad renal crónica estadio 5 fue emitido con anterioridad al 26 de marzo de 2023, esto es, más de dos años antes de la radicación de la demanda (26 de marzo de 2025). De configurarse este supuesto fáctico, la acción judicial resultaría extemporánea y, en consecuencia, deberá declararse prescrita, en tanto el actor no ejerció su derecho dentro del plazo legal ni ha demostrado

causal válida de interrupción o suspensión del término.

En ese sentido, es dable manifestar que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones 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 por fuera de texto)

Se destaca entonces el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria. Pues en tanto la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no se efectúa esa distinción. Sobre este particular y en especial, para establecer la diferencia entre los dos tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

“(…) En este orden de ideas, resulta claro que el legislador colombiano del año 1971, siguiendo un criterio ciertamente diferente al establecido por la legislación

civil nacional y buena parte de la comparada –en general-, prohijó para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (...)

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

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la **ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...))**, al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”³ (Subrayado fuera del texto original)*

De modo que resulta claro que el término bienal para que opere la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro deberá empezar a contarse desde el momento en que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, pues es allí cuando nace la obligación condicional de esta. Así lo ha expuesto la Corte y lo ha confirmado en diversos planteamientos jurisprudenciales que dan cuenta de que es la fecha del siniestro la que marca el hito temporal a partir del cual deberá empezar a contarse el término bienal de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro.

³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

En ese orden, y conforme a la línea jurisprudencial reseñada, si en el trámite del proceso se acredita que el señor Ramón Bayona Meneses tuvo conocimiento real o presunto del diagnóstico de enfermedad renal crónica estadio 5 antes del 26 de marzo de 2023, deberá entenderse que el término bienal para ejercer la acción ya había transcurrido al momento de presentarse la demanda el 26 de marzo de 2025. Por tanto, en ese escenario eventual, la pretensión resulta jurídicamente ineficaz por haber operado el fenómeno extintivo de la prescripción ordinaria, lo que impone su reconocimiento formal y la consecuente denegación de las pretensiones formuladas en contra de La Equidad Seguros de Vida O.C.

4. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO

Sin perjuicio de lo anterior, resulta pertinente aclarar los términos con lo que contó el actor procesal para formular la acción de protección al consumidor. Con fundamento en el numeral 3 del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, el consumidor dispone de un término de un (1) año para acudir ante la autoridad competente, contado a partir de la fecha en que se produjo el hecho o cesó la conducta que dio origen a la controversia. En el presente caso, la reclamación tiene como objeto el pago del amparo adicional por enfermedades graves, cuya cobertura individual para el asegurado Ramón Bayona Meneses se extinguió de forma automática el 3 de octubre de 2015, fecha en la que alcanzó la edad máxima de permanencia (64 años y 364 días), conforme a lo pactado en el condicionado técnico de la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813.

Al respecto, el numeral tercero del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011 dispone:

“3. 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.”

Aplicado al presente caso, debe tenerse en cuenta que la controversia planteada por el actor se refiere a la supuesta negativa injustificada de pago del amparo adicional por enfermedades graves previsto en la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, amparo que, conforme a lo pactado contractualmente, cesó de manera automática el 3 de octubre de 2015, fecha en la cual el señor Ramón Bayona Meneses alcanzó la edad máxima de permanencia estipulada para dicha cobertura: 64 años y 364 días, según lo previsto en la tabla de edades contenida en el condicionado técnico de la póliza.

En consecuencia, desde el 3 de octubre de 2015 ya no existía cobertura vigente en favor del asegurado para el riesgo que pretende reclamarse en la presente acción. Esa fecha marca el momento en que cesó la conducta contractual que, según el actor, origina la controversia, al haberse extinguido el vínculo de asegurabilidad para el amparo específico invocado. En ese orden de ideas, conforme al numeral 3 del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, el término para presentar una acción administrativa de protección ante la Superintendencia Financiera era de un (1) año contado a partir de dicha fecha, es decir, hasta el 3 de octubre de 2016.

Sin embargo, la demanda de protección al consumidor fue presentada el 26 de marzo de 2025, esto es, más de ocho años después del vencimiento del término legal. No obra en el expediente prueba de que el actor haya formulado oportunamente una reclamación durante ese año, ni que haya mediado una nueva negativa, omisión o conducta posterior por parte de la aseguradora que pudiera dar lugar a un nuevo cómputo del plazo.

En consecuencia, se reitera que, conforme al marco legal vigente, la acción administrativa de protección al consumidor financiero se encontraba prescrita al momento de su radicación, lo cual constituye una causal adicional para que se rechacen las pretensiones formuladas en contra de La Equidad Seguros de Vida O.C.

5. EL CONTRATO VÁLIDAMENTE CELEBRADO ES LEY PARA LAS PARTES.

En primera medida, es necesario indicar que el contrato de seguro instrumentado en la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, suscrita entre La Equidad Seguros de Vida O.C. y la Cooperativa COMULSEB en calidad de tomador, constituye un contrato válido y plenamente obligatorio para las partes. Lo anterior, en tanto las condiciones del seguro, incluidos los amparos básicos y opcionales, los requisitos de asegurabilidad, las edades de ingreso y permanencia y las exclusiones, fueron establecidas contractualmente y aceptadas al momento de la suscripción y renovación del producto. En ese sentido, La Equidad Seguros de Vida O.C. ha cumplido cabalmente con su obligación de asumir los riesgos expresamente pactados, dentro de los límites de cobertura definidos en el condicionado técnico. Por su parte, el asegurado individual, señor Ramón Bayona Meneses, fue vinculado a la póliza bajo esas condiciones y con pleno conocimiento de las coberturas ofrecidas.

Por lo anterior, es posible señalar que, el contrato de seguro se caracteriza por ser consensual, es decir que se perfecciona con el consentimiento de las partes, situación que aconteció en el caso en concreto, lo cual puede ser corroborado con las pruebas que se encuentran en el plenario. En tal sentido, es menester señalar que, el asegurado contrató en debida forma el seguro y es por ello, que es necesario traer a colación el artículo 1602 del Código Civil que establece:

“ARTÍCULO 1602. LOS CONTRATOS SON LEY PARA LAS PARTES. Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales”.

Teniendo en cuenta lo manifestado previamente, es posible señalar que estamos dentro de los términos del *pacta sunt servanda* entiéndase bajo el precepto que los contratos están para cumplirse, principio de gran importancia en el Derecho Civil. Lo anterior, significa que los pactos deben ser siempre cumplidos en sus propios términos. En tal sentido, se pronunció el Consejo de Estado, Sección III, Subsección B, Consejero Ponente Dr. Danilo Rojas Betancourth, radicación

interna 29852, mediante sentencia del 02 de mayo de 2015, así:

“El principio “lex contractus, pacta sunt servanda”. Artículo 1602 del Código Civil. los contratos válidamente celebrados son ley para las partes y sólo pueden ser invalidados por consentimiento mutuo de quienes los celebran o por causas legales. En concordancia con la norma anterior, el artículo 1603 de la misma obra, prescribe que los contratos deben ser ejecutados de buena fe y, por consiguiente, obligan no sólo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación o que por ley le pertenecen a ella sin cláusula especial”

En efecto, la norma anteriormente referida ilustra la denominada fuerza obligatoria de los contratos, que consiste en que las partes se obligan mutuamente mediante las estipulaciones de tal negocio jurídico y por lo tanto no pueden unilateralmente pretender la cesación de efectos de acuerdo celebrado. En ese mismo sentido Honorable Corte Constitucional ha expresado lo siguiente:

“(…) Para la Corte es claro que la alteración de los términos contractuales operada de manera unilateral por alguna de las partes desconoce la regla básica de los contratos “el contrato es ley para las partes” o pacta sunt servanda y constituye un atentado contra el derecho fundamental a la autonomía de la voluntad en relación con el contrato. En este sentido, el derecho a que los términos del contrato no sean alterados de manera unilateral por una de las partes integraría el contenido del derecho fundamental a la autonomía privada, precisamente por tratarse de una de las típicas situaciones que se encuentran dentro de su ámbito de protección. (...)” 2 - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

En el mismo sentido, la Corte Suprema de Justicia ha determinado en relación con el artículo 1602 del Código Civil, lo siguiente:

"(...) El ordenamiento jurídico colombiano acoge la autonomía de la voluntad privada como pilar fundamental de las relaciones negociales de los particulares, y en tal medida dispone que sus convenciones son de imperativo cumplimiento para ellas al tenor del artículo 1602 del Código Civil. (...)” 3 - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

Bajo la posición de las Altas Cortes que han sido referidas, se establece que los contratos se rigen por la autonomía de la voluntad de las partes, razón por la cual las condiciones pactadas en los acuerdos no podrán ser modificadas por una de las partes, dado que en tal virtud se presentaría una infracción a la Constitución, la Ley y al principio en referencia.

Ahora bien, luego del análisis legal, contractual y jurisprudencial desarrollado, es claro que el acuerdo de voluntades celebrado entre La Equidad Seguros de Vida O.C. y el tomador de la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, reviste todos los elementos de validez del contrato de seguro, y en virtud del artículo 1602 del Código Civil, constituye ley para las partes. Ello implica que ni el asegurado ni sus beneficiarios pueden desconocer el contenido, estructura y límites expresamente acordados en el contrato, ni pretender extender los efectos del mismo a situaciones que se encuentran por fuera de los escenarios asegurados.

En este sentido, el accionante no puede desnaturalizar el vínculo jurídico que lo une a mi representada, ni interpretar el contrato de manera aislada, descontextualizada o favorable únicamente a su pretensión, en perjuicio del principio de autonomía de la voluntad que rige la contratación en materia aseguradora. Como lo ha establecido la jurisprudencia, el asegurador tiene la facultad, dentro de los límites legales, de definir los riesgos que acepta cubrir, y ello se traduce en una obligación correlativa para el asegurado: respetar el contenido del contrato en cuanto a los amparos ofrecidos, sus requisitos de activación y los eventos excluidos.

En el presente caso, se insiste, el amparo adicional por enfermedades graves había cesado para el señor Ramón Bayona Meneses al momento del diagnóstico médico, por superación del límite etario

de permanencia, circunstancia que surge directamente del condicionado técnico. En consecuencia, el contrato válidamente celebrado no puede ser reinterpretado en sede judicial para generar obligaciones que no fueron pactadas ni técnica ni jurídicamente exigibles. Así las cosas, la reclamación formulada carece de sustento legal, y su prosperidad implicaría una indebida alteración del contrato en perjuicio de mi representada, lo cual resulta inadmisibles bajo el marco normativo y jurisprudencial vigente.

6. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO

Es menester poner de presente a la Honorable Delegatura que, en el evento en que se llegue a establecer durante el trámite procesal que el señor Ramón Bayona Meneses incurrió en reticencia al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, deberá tenerse en cuenta que dicha conducta, de comprobarse, viciaría de nulidad relativa el contrato en los términos de los artículos 1058 y 1160 del Código de Comercio. Ello ocurrirá si se demuestra que el asegurado omitió declarar su verdadero estado de salud al momento de contratar el amparo adicional por enfermedades graves, ocultando antecedentes médicos relevantes que, de haber sido conocidos por La Equidad Seguros de Vida O.C. al momento de suscribir la póliza o renovar su vigencia, la habrían retraído de asumir el riesgo en los términos contratados, o al menos, la habrían llevado a establecer condiciones más restrictivas o una prima más elevada. En ese escenario, se configuraría la nulidad relativa del contrato, por cuanto se habría afectado de manera esencial la formación del consentimiento de mi representada, con fundamento en un conocimiento incompleto o inexacto del riesgo asegurado.

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**”⁴. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

En este sentido, deberá considerarse que no puede atribuirse responsabilidad alguna a La Equidad Seguros de Vida O.C. por un riesgo que el propio asegurado contribuyó a distorsionar desde la etapa precontractual, en caso de comprobarse que el señor Ramón Bayona Meneses, conociendo sus antecedentes médicos, omitió declararlos o negó su existencia al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad. Esta omisión, de verificarse, afectaría directamente el principio de buena fe que rige los contratos de seguro y constituiría una reticencia determinante para la formación del consentimiento de la aseguradora.

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

⁴ 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.

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 absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”⁵ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En suma, si en el curso del proceso se logra establecer que el señor Ramón Bayona Meneses ocultó intencionadamente información médica relevante al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, y que dicha omisión incidió de manera directa en la decisión de La Equidad Seguros de Vida O.C. de aceptar el riesgo en los términos contratados, deberá reconocerse que el consentimiento de la aseguradora se obtuvo bajo un conocimiento viciado del estado real del riesgo. En tal escenario, se configuraría la causal de nulidad relativa del contrato de seguro, por reticencia grave, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, lo que conllevaría la inoponibilidad del contrato en relación con el amparo invocado, y por ende, la improcedencia de las pretensiones formuladas en esta acción.

7. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

En virtud de lo establecido en el artículo 282 del Código General del Proceso, 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).

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

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

Subsidiariamente a las excepciones principales, y sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de esta contestación, ni que esta mención constituya aceptación alguna de responsabilidad por parte de mi representada, en el eventual caso en que el Despacho considere que La Equidad Seguros de Vida O.C. tiene la obligación de reconocer la prestación reclamada por el señor Ramón Bayona Meneses, es indispensable advertir que cualquier decisión de fondo deberá ceñirse estrictamente a los límites y condiciones establecidos en el condicionado técnico de la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, en particular en lo que respecta a los valores asegurados para la activación de los amparos de la póliza

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO	
DETALLE	VALOR ASEGURADO
BAYONA MENESES RAMON	
Básico (Muerte)	20,000,000.00
Anexo de Auxilio Funerario	2,000,000.00
MARIA ENGRACIA SARMIENTO	
Muerte	20,000,000.00
Indemnización Adicional Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración	20,000,000.00
Anexo de Auxilio Funerario	2,000,000.00
Anticipo por Enfermedad Graves	10,000,000.00
Renta por Hospitalización	4,200,000.00

Documento: Póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813.

En el presente asunto, aun en gracia de discusión y bajo un escenario hipotético en que el Despacho llegara a considerar procedente el reconocimiento del anticipo por enfermedades graves, pese a que el mismo ya no hace parte de los amparos que cubren al señor Ramón, debe advertirse que el valor asegurado bajo dicho amparo se encuentra claramente definido en el contrato y limitado a la

suma de \$10.000.000, conforme a las condiciones particulares del aseguramiento. Ese valor corresponde al 50% del amparo básico por fallecimiento, tal como lo establece el condicionado en el apartado sobre el amparo adicional por diagnóstico de enfermedades graves, el cual en ningún caso puede dar lugar al pago de sumas superiores a dicho límite, aun cuando el daño alegado o las condiciones personales del asegurado resulten más gravosas.

ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES

EL PRESENTE AMPARO TIENE POR OBJETO EL ANTICIPO DEL 50% APLICABLES SOBRE EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO EN TODOS AQUELLOS CASOS QUE EXISTA UN DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE CÁNCER, APOPLEJÍA, INFARTO DE MIOCARDIO, AFECCIONES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS QUE REQUIERAN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, INSUFICIENCIA RENAL, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, CUYA DEFINICIÓN SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO LA MISMA NO SE HAYA ORIGINADO O SEAN PREEXISTENTES AL MOMENTO DE CONTRATAR EL PRESENTE AMPARO:

Documento: Póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813.

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

IV. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Declaratoria de asegurabilidad 33959 de 19 de octubre de 2005
- 1.2. Póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813
- 1.3. Condicionado técnico de la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813
- 1.4. Respuesta Objeción de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte del señor **RAMON BAYONA MENESES** 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 **RAMON BAYONA MENESES** podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

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 **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**, 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 las Pólizas de Seguro.

4. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS.

- 4.1. Teniendo en cuenta que, conforme a lo dispuesto por la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, la historia clínica constituye un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registra cronológicamente la condición de salud del paciente, así como los actos médicos y procedimientos realizados por el equipo tratante, y que dicho documento solo puede ser conocido por terceros con autorización del paciente o en los casos previstos por la ley, comedidamente solicito al Despacho, con fundamento en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, que se sirva ordenar al señor Ramón Bayona Meneses, en su calidad de parte demandante, la exhibición integral de su historia clínica, en audiencia o dentro del término que se disponga, correspondiente al periodo comprendido entre enero de 2000 a la actualidad

Lo anterior, con el fin de verificar la evolución médica de la enfermedad renal crónica

estadio 5 que sustenta su reclamación, así como para determinar la fecha real del diagnóstico, su progresión, y la eventual existencia de antecedentes clínicos que permitan analizar la configuración técnica del siniestro reclamado, en el marco de lo previsto en el condicionado de la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813.

- 4.2.** Con el fin de ejercer de manera adecuada el derecho de defensa dentro del presente proceso judicial, esta parte solicitó, mediante derecho de petición radicado el 21 de abril de 2025 a la ENTIDAD IPS RTS – SUCURSAL SAN GIL, la remisión de la historia clínica completa del señor Ramón Bayona Meneses, correspondiente a las atenciones médicas prestadas durante el periodo comprendido entre enero de 2000 a la actualidad, en las que, según consta en los documentos allegados por el propio demandante, se consignaron antecedentes relevantes para la valoración del siniestro reclamado. No obstante, al momento de esta actuación no se ha recibido respuesta, por lo cual, respetuosamente solicitamos que se ordene a la ENTIDAD IPS RTS – SUCURSAL SAN GIL, la exhibición de dicho documento clínico, en el marco del presente trámite judicial.

Lo anterior con el fin de contar con un elemento probatorio que permita establecer con precisión las condiciones clínicas del señor Bayona con anterioridad y al momento del diagnóstico de enfermedad renal crónica estadio 5, así como verificar la fecha real del diagnóstico y el cumplimiento de los criterios técnicos exigidos en el condicionado de la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813.

- 4.3.** Con el fin de ejercer adecuadamente el derecho de defensa dentro del presente proceso judicial, esta parte solicitó, mediante derecho de petición radicado el 21 de abril de 2025 a la entidad IPS CONSORCIO COMUNEROS, la remisión completa del señor Ramón Bayona Meneses, correspondiente a las atenciones médicas prestadas durante el periodo comprendido entre enero de 2000 a la actualidad, en las que, según consta en los documentos allegados por el propio demandante, se consignaron antecedentes relevantes para la valoración del siniestro reclamado. No obstante, al momento de esta

actuación no se ha recibido respuesta, por lo cual, respetuosamente solicitamos que se ordene a IPS CONSORCIO COMUNEROS, la exhibición de dicho documento clínico, en el marco del presente trámite judicial.

Lo anterior con el fin de contar con un elemento probatorio que permita establecer con precisión las condiciones clínicas del señor Bayona con anterioridad y al momento del diagnóstico de enfermedad renal crónica estadio 5, así como verificar la fecha real del diagnóstico y el cumplimiento de los criterios técnicos exigidos en el condicionado de la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813.

5. OFICIOS.

Solicito al Despacho que, al tenor de los artículos 264 y 266 del Código General del Proceso, se oficie a las siguientes entidades de salud a efectos de que remitan la información que a continuación se indica:

5.1. IPS RTS – SUCURSAL SAN GIL.

Para que remita el historial de atención médica del señor Ramón Bayona Meneses, identificado con cédula de ciudadanía No. 5.579.277, correspondiente a las atenciones prestadas en dicha institución entre los años 2000 a la actualidad.

Se deja constancia de que esta parte elevó solicitud formal de entrega de dicha información médica mediante derecho de petición, sin que a la fecha se haya recibido respuesta alguna. En virtud de lo anterior, y dado que se trata de información contenida en la historia clínica del asegurado, cuya obtención directa por esta parte no ha sido posible, se solicita la práctica de prueba por oficio, como medio idóneo para acceder a esta evidencia, la cual resulta indispensable para el ejercicio del derecho de defensa.

Esta prueba tiene como finalidad verificar las condiciones clínicas del asegurado al momento del diagnóstico de enfermedad renal crónica estadio 5, así como su evolución médica, a efectos de establecer si el evento reclamado configura o no el siniestro asegurado bajo las condiciones técnicas previstas en la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813. Igualmente, permitirá analizar la fecha real de diagnóstico y si se cumplían los requisitos médicos exigidos en el condicionado técnico para la operatividad del amparo adicional por enfermedades graves.

5.2. IPS CONSORCIO COMUNERO

Para que remita el historial de atención médica del señor Ramón Bayona Meneses, identificado con cédula de ciudadanía No. 5.579.277, correspondiente a las atenciones médicas prestadas en dicha institución durante el periodo comprendido entre los años 2000 a la actualidad.

Se deja constancia de que esta parte elevó solicitud formal de entrega de dicha información médica mediante derecho de petición, sin que hasta el momento se haya recibido respuesta alguna. En consideración a lo anterior, y dado que se trata de información médica reservada que no ha sido posible obtener directamente por esta parte, se solicita la práctica de prueba por oficio, a efectos de acceder a esta evidencia relevante y necesaria para el adecuado ejercicio del derecho de defensa.

Esta prueba tiene como finalidad verificar las condiciones de salud del asegurado, su evolución clínica y la fecha precisa del diagnóstico de enfermedad renal crónica estadio 5, con el fin de establecer si el evento invocado como siniestro cumple o no con las condiciones técnicas exigidas por el condicionado técnico de la póliza VIDA GRUPO FAMILIAR N.º AA000813, y si resulta procedente su cobertura bajo el amparo adicional por enfermedades graves.

V. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.

2. Poder otorgado al suscrito.
3. Certificado de existencia y representación legal de La Equidad Seguros de Vida O.C., expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
4. Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, en el cual reposa el poder general otorgado al suscrito por La Equidad Seguros de Vida O.C.

VI. NOTIFICACIONES

- La parte demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relaciona en su libelo.
- Mi representada, La Equidad Seguros de Vida O.C., en la Carrera 9 A No. 99 – 07, Torre 3 Piso14, en la ciudad de Bogotá D.C. o al correo electrónico: notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop
- El suscrito en la Carrera 11a No. 94a - 23 Oficina 201 o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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