

Señores.

Delegatura para Funciones jurisdiccionales
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DEMANDANTE: VILMA DELGADO PENAGOS

DEMANDADO: LA EQUIDAD SEGUROS VIDA O.C.

RADICADO: 2025072588

EXPEDIENTE: 2025-8926

REFERENCIA: DESCORRE TRASLADO A LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.

BRAYAN JOEL GARCÍA MEDINA, mayor de edad, vecino y residente de Bucaramanga – Santander, identificado con cédula de ciudadanía 1.098.760.312 y tarjeta profesional 311.859 del Consejo Superior de la Judicatura, quien para notificaciones las recibe al correo gerencia@altlda.com, el cual se encuentra debidamente inscrito en el Registro Nacional de Abogados de la Rama Judicial, actuando en representación de la señora **VILMA DELGADO PENAGOS**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 63.334.103, domiciliada en la ciudad de Bucaramanga, quien para efectos de notificaciones las recibe al correo videlpe08@hotmail.com, por medio del presente escrito descorro el traslado efectuado con ocasión a la contestación de la demanda realizado por el apoderado de **LA EQUIDAD SEGUROS VIDA O.C.**, entidad identificada con NIT N° 830.008.686-1, y quien esta vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, con base en los siguientes:

I. FRENTE A LA SOLICITUD PRELIMINAR – LITISCONSERTE NECESARIO

Frente a la solicitud preliminar de integrar el litisconsorcio necesario propuesto por la demandada, me opongo al mismo, toda vez que si bien la sociedad Cooperativa De Ahorro Y Crédito De Profesores –Cooprofesores, con Nit No. 890201280-8, hizo parte como tomadora de la póliza objeto del litigio, la misma no puede ser considerada parte pasiva en la presente litis, al no ser una entidad vigilada por la SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, por lo que carece de legitimación por pasiva para integrar el litisconsorcio necesario, lo anterior en razón a que únicamente las entidades vigiladas por esta superintendencia pueden fungir como parte demandada en los términos del inciso segundo del artículo 57 de la Ley 1480 de 2011:

“En desarrollo de la facultad jurisdiccional atribuida por esta ley, la Superintendencia Financiera de Colombia podrá conocer de las controversias que surjan entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas relacionadas exclusivamente con la ejecución y el cumplimiento de las

obligaciones contractuales que asuman con ocasión de la actividad financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento inversión de los recursos captados del público.” (negritas fuera de texto.)

Lo anterior, toda vez que la responsabilidad de la sociedad aseguradora demandada no puede ser endilgada a sociedad diferente, ya que es la única autorizada por la superintendencia financiera de Colombia para ejercer la actividad regulada de seguros de vida, y la delegatura de la SUPERFINANCIERA, carece de competencia para conocer de asunto no relacionados con entidades NO vigiladas.

II. FRENTE AL PRONUNCIAMIENTO REALIZADO A LOS HECHOS.

PRIMERO: La sociedad demandada indica que es cierto el hecho primero, sin embargo, realiza pronunciamientos que no se incluyeron en el presente hecho, por lo que lo que es necesario recalcar, que los pronunciamientos deben versar únicamente frente los hechos relatados en la demanda, las demás afirmaciones no corresponden a los hechos planteados, siendo contrarias a las pruebas aportadas al presente proceso en el que no se cuenta acreditado que mi representada hubiera faltado a la verdad en su declaración de asegurabilidad, por lo que NO fue reticente respecto de su estado de salud, no siendo posible la declaratoria de la nulidad contemplada en el artículo 1058 del Código de Comercio.

SEGUNDO: Se tiene como cierto en la contestación de la demanda.

TERCERO: Contrario a lo manifestado en la contestación de la demanda, se encuentra plenamente probado que al momento de la suscripción de la solicitud de la póliza objeto del litigio el día 24 de enero de 2022, la Sra. **VILMA DELGADO PENAGOS**, no se le hicieron entrega de los clausuilados ni de las condiciones particulares de la póliza, situación que se encuentra acreditada y frente a la cual no se aportan pruebas que permitan corroborar que efectivamente se entregaron las condiciones de la póliza objeto del litigio, ya que incluir la textro genéricos en la suscriopción de la póliza, no garantiza que al cliente le fueron suministrado y engregados genuinamente las considicone de la póliza contratada.

CUARTO: Contrario a lo manifestado en la contestación de la demanda, se encuentra plenamente probado que al momento de la suscripción de la solicitud

de la póliza objeto del litigio el día 24 de enero de 2022, la Sra. **VILMA DELGADO PENAGOS** no contaba con antecedentes médicos que reportar, tal como lo diligenció en la declaración de asegurabilidad, así como en las consulta médicas aportadas con posterioridad que incluyen las afirmaciones del medico tratante, respecto de la fecha del diagnostico, incluído erroneamente en la primera historia clínica.

QUINTO: Contrario a lo manifestado en la contestación de la demanda, se encuentra acertadito según la documental aportada que, en la declaración de asegurabilidad se incluyeron textos que violan las disposiciones relativas a las malas prácticas y prácticas abusivas establecidas por la Superintendencia Financiera, al incluir textos en tamaños ilegibles, e incluir declaraciones del conocimiento de las condiciones del seguro que se estaba adquiriendo, cuando en realidad no se dio cumplimiento a esta obligación por parte de la aseguradora, el hecho de que hubiera realizado consultas aleatorias por diferentes situaciones de salud, no implican per sé, que cualquier consulta médica pueda definirse como antecedente médico, ya que para que se trate de un antecedente deben cumplirse con criterios médicos y la realización de exámenes diagnósticos que permitan la definición de un diagnóstico.

Situación que debe analizarse bajo los criterios de la sana crítica, puesto que el hecho de consultar al médico por algún síntoma no puede definirse como un antecedente médico, situación que haría nugatoria cualquier solicitud de seguro expedida en Colombia, toda vez que cualquier ciudadano que hubiera consultado por cualquier diagnostico lo haría acreedor a una enfermedad que declarar, haciendo imposible acceder a los amparos ofrecidos por las entidades aseguradoras.

SEXTO: Se tiene como cierto en la contestación de la demanda.

SÉPTIMO: A pesar de lo afirmado por la sociedad demandada, se logra acreditar con las pruebas allegadas al plenario que el estado de salud de la Sra. Vilma, como se indicó era optimo habiendo realizado consultas médicas de rutina durante el 2020 y años anteriores, que fueron informadas al beneficiario oneroso de la póliza al momento de la suscripción de misma, en su calidad de tomador y siendo COOPROFESORES la encargada de diligenciar la declaración de asegurabilidad, ya que no la sociedad demandada no logró acredita que actuara como una sociedad profesional en materia de seguros, delegando su debida diligencia en un tercero no habilitado por la superintendencia para tal fin existió un contacto directo con ningún funcionario de la sociedad demandada.

OCTAVO: Se encuentra acreditado con suficiente prueba documental que La Sra. Vilma Delgado, realizó consulta por primera vez con respecto del diagnóstico de DISFONIA y dolor de garganta, el día 23 de mayo de 2022, es decir 5 meses después de haber adquirido el seguro de vida grupo Nro. A010866, consulta que fue de rutina, en la que se le diagnosticó con AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA, tal como lo evidencia la historia clínica aportada en la reclamación realizada a la demandada y aportada en la presente acción, situación que no fue analizada por la sociedad demandada y que pretende desconocer en la contestación de la demanda.

NOVENO: Se tiene como cierto en la contestación de la demanda, en el que no se manifiesta, con claridad frente lo que no se está de acuerdo por la parte demandada, por lo que se encuentra acreditado por medio de la historia clínica que después del mes de mayo de 2022, la Sra. Delgado, continuó consultando durante el resto del año 2022 por continuar con la sintomatología asociada a la disfonía y dolor de garganta, por lo que en el año 2023 fue remitida al especialista en Otorrinolaringología, con el cual consultó el día 10 de marzo de 2023.

Frente a las manifestaciones por fuera del hecho propuesto, se tiene que no se ha omitido información, por lo que no se encuentra acreditada reticencia en la información suministrada a la aseguradora, demostrando una sistemática intensión de la sociedad demandada de omitir el pago de sus obligaciones contractuales y de vulnerar los derechos como consumidora financiera de mi representada.

DÉCIMO: Se encuentra plenamente probada que La consulta de Otorrinolaringología del 10 de marzo de 2023, fue atendida por el especialista Dr. Javier Lozano Lozano, el cual señaló en la historia clínica:
“Cuadro de más de 5 años de evolución dado por disfonía, en seguimiento por medicina laboral, quien solicita nasolaringoscopia y remisión al ORL. Actualmente en terapias de la voz, sin mejoría (...)

Afirmación que el médico tratante incluyó en la historia clínica, contrario a lo que la evidencia de las historias clínicas que se relacionan como pruebas en el presente proceso, puesto que la primera consulta con el médico general con ocasión a cualquier diagnóstico relacionado con DISFONIA o DOLOR DE GARGANTA, se dio el 23 de mayo de 2022, y la primera consulta con especialista en Otorrinolaringología del 10 de marzo de 2023, hecho que pretende desmentir la sociedad demandada, sin contar con el acervo probatorio que respalde sus afirmaciones.

DÉCIMO PRIMERO: La sociedad demandada pretende desmentir los hechos personales, sobre los cuales solo puede dar fe la demandantes, toda vez que el ano se profesional de la salud, no prestó atención a esta anotación errónea en la historia clínica la Sra Delgado, continuó acudiendo a consultas médicas por la falta de mejoría en su padecimiento, situación que derivó en la declaratoria de pérdida de la capacidad laboral por enfermedad de origen laboral del 97%, del 20 de agosto de 2023, realizada por la Dra. Myriam Susana Durán Corredor.

Frente a las manifestaciones por fuera del hecho propuesto, se tiene que no se ha omitido información, por lo que no se encuentra acreditada reticencia en la información suministrada a la aseguradora, demostrando una sistemática intensión de la sociedad demandad de omitir el pago de sus obligaciones contractuales y de vulnerar los derechos como consumidora financiera de mi representada.

DÉCIMO SEGUNDO: Frente a las manifestaciones por fuera del hecho propuesto, se tiene que no se ha omitido información, por lo que no se encuentra acreditada reticencia en la información suministrada a la aseguradora, demostrando una sistemática intensión de la sociedad demandad de omitir el pago de sus obligaciones contractuales y de vulnerar los derechos como consumidora financiera de mi representada.

Sin que la sociedad accionada pueda desmentir que, tal como lo señala el dictamen de pérdida de la capacidad laboral del 20 de agosto de 2023, realizado a la Sra. Delgado, los padecimientos y las fechas de las interconsultas evaluadas corresponden a las realizadas en el año 2023, sin que se posible evaluar otras enfermedades, al no poseerlas y haber declarado con exactitud su estado de salud:

INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR				
ESPECIALIDAD	FECHA			CONCEPTO / RESULTADO / PRONOSTICO
	AÑO	MES	DIA	
PSIQUIATRÍA	2023	5	2	paciente con tristeza secundaria a disfonía y bajo desempeño de base crítica no poder trabajar por la voz, egodistonia, en duelo aceptación anteorganicidad actual, limitación en docencia , previamente sana mental
OTORRINOLARINGOLOGIA	2023	3	21	Paciente con disfonía en manejo con terapia de voz sin mejoría, se considera reposo de la voz permanente.
FONAUDIOLOGIA	2023	3	31	Se logra disminuir el cansancio y los quiebres tonales de la voz, con cada una de las recomendaciones como el reposo absoluto de la voz.

DÉCIMO TERCERA: No se afirma o controvierte con claridad el hecho relatado por parte de la sociedad demandada, por lo que se ratifica en que por la calificación de la pérdida de su capacidad laboral y al contar con la póliza de seguro que

amparaba dicho riesgo de invalidez, la Sra. Delgado radicó reclamación ante la sociedad demandada el día 15 de diciembre de 2023, allegando la información solicitada, puesto que consideró que al haber realizado una declaración real de su estado de riesgo, la compañía aseguradora acudiría con el pago de la póliza objeto del litigio,

DÉCIMO CUARTO: Se indica que es cierto el hecho tal como se presentó por el apoderado de la parte demandante,

DÉCIMO QUINTO: A pesar de desconocer la certeza del hecho propuesto, la demanda se encuentra acompañada de las pruebas documentales que permiten establecer, más allá de cualquier duda que la respuesta emitida por la sociedad aseguradora, desconoció por completo la historia clínica allegada y la certificación de calificación de invalidez, en la que se evidencia que tal como se señaló en hechos anteriores, la Sra. Vilma no contaba con un diagnóstico ni padecimiento por disfonía al momento de la contratación de la póliza de seguro objeto de la litis.

DÉCIMO SEXTO: No se dio respuesta frente al hecho planteado, por lo que se reitera que se radicó solicitud de reconsideración a la respuesta emitida, ante la sociedad demandada el día 28 de mayo de 2024, en la que manifestó:

"(...) Sin embargo, la declaración de mi estado de salud sí fue completamente sincera, pues mi historia clínica no evidencia que hubiese consultado o que hubiese recibido un diagnóstico médico de disfonía o similares, antes de ingresar a la póliza. Por medio de escrito del 15 de marzo de 2024, solicité ante la FUNDACIÓN AVANZAR FOS copia de mi historia clínica desde el año 2020 hasta la actualidad, la cual me permito anexar para su valoración y pido su correcto tratamiento, dado el carácter confidencial y reservado de la información. Una vez revisada mi historia clínica, es posible concluir que no existe ninguna consulta o diagnóstico relacionado con disfonía, antes del 24 de enero de 2022, fecha en la cual diligencé el formato 'SOLICITUD DE SEGURO – GRUPO DE VIDA DEUDORES – COOPROFESORES (...)"

Adicionando de forma sucinta las consultas médicas realizadas con anterioridad a la contratación de la póliza, las cuales fueron de rutina y no concluyeron que tuviera padecimientos que tratar y por ende informar en su declaración de asegurabilidad, situación que se encuentra acreditada en el acervo probatorio de la demandad.

DÉCIMO SEPTIMO: Se encuentra debidamente acreditado que, ante la falta de respuesta, por la solicitud de reconsideración, y ante una clara vulneración de sus

derechos como consumidora financiera, la Sra. Vilma insistió en la reconsideración radicada, para lo cual envió nuevamente dicha solicitud el día 19 de septiembre de 2024.

DÉCIMO OCTAVO: Se encuentra debidamente acreditado que, ante la reiterada falta de respuesta a la solicitud de reconsideración continuó vulnerando los derechos como consumidora financiera de la demandante, lo que derivó en la necesidad de radicar un derecho de petición ante la sociedad demandada el día 27 de octubre de 2024.

DÉCIMO NOVENO: Se encuentra debidamente acreditado que El 14 de noviembre de 2024, EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C, emitió respuesta a la solicitud de reconsideración de la objeción, sin brindar respuesta a los argumentos expuestos, trasgrediendo los derechos protegidos por esta delegatura, al no dar una respuesta de fondo demostrando la falta de interés en velar por el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, respuesta que se encuentra en el acervo probatorio allegado a la presente acción al consumidor financiero.

VIGÉSIMO: Se reitera en la probada falta de interés en pro del cumplimiento de sus obligaciones legales y contractuales de la sociedad demandada, se materializa al obviar sus deberes de actuar como una sociedad profesional en la colocación de pólizas de seguros, sin tener un deber objetivo de cuidado, entregando a terceros no habilitados para tal fin la vigilancia del cumplimiento de los deberes de los derechos de los consumidores, actuación que viola las disposiciones consagradas en la Ley y las circulares que emite la Superintendencia Financiera, puesto que es claro, en tanto en la forma como lo ha dispuesto la aseguradora, como en sus mismos clausulados, que no tiene ningún tipo de contacto ni vigilancia sobre la correcta declaración de asegurabilidad por parte del consumidor final, lo que deriva en las objeciones carentes de fundamentos probatorios que emite cuando se le reclama el cumplimiento de lo pactado, situación que no fue controvertida por la sociedad demandada en la contestación a la demanda, al no aportar pruebas que demuestren su debida diligencia.

VIGÉSIMO PRIMERO: Se encuentra debidamente probado que, en el marco del seguimiento de la situación de salud de la demandante, acudió el 20 de marzo de 2025 a control semestral programado con el Médico Especialista en Otorrinolaringología, el Dr. Javier Lozano Lozano, quien realizó la aclaración respecto de lo consignado en la historia clínica de la primera atención, ratificando lo que demuestran las historias clínicas y el proceso de las consultas según el acervo probatorio allegado al despacho que la sociedad demandada conoce al habersele allegado:

"(...)Paciente menina adulta , ingresa consulta de ORL, refiere ser pensionada por invalidez por voz, indica valoración de controles medicina laboral, manifiesta seguir con disfonía y episodios de afonía.

Paciente con historia de disfonía progresiva, cuya sintomatología de inicia en mayo del 2022 a quien se le ordenaron terapias de voz sin mejoría motivo por el cual fue valorado en marzo de 2023 por orl quien realiza nasolaringoscopia encontrando disfonia funcional por morfología y movilidad normal de pliegues vocales por lo cual se ordena reposo de voz permanente y se remite a valoración por medicina laboral para calificación definitiva pensionada por invalidez desde hace un año con calidad de voz estable acude a control de orl para continuar proceso pensiona al examen se evidencia laringoscopia indirecta disfonía funcional morfología y movilidad norma de pliegues vocales Plan a seguir: ss/ recomendaciones sobre higiene vocal, continuar reposo de voz de forma permanente y control de orl en 6 meses (...)"

Hecho que al negarlo, continúa vulnerando los derechos de mi prohijada, puesto que es clara la anotación en la historia clínica aportada, no pudiendo controvertir más allá de las palabras por parte de la demandada.

VIGÉSIMO SEGUNDO: Se ratifica en que la sociedad demandada ha vulnerado los derechos como consumidora financiera de la Sra. Delgado, al objetar sin fundamento fáctico y pretendiendo darle apariencia de legalidad a sus afirmaciones, al indicar que la demandante ha faltado a la verdad en su declaración de asegurabilidad, cuando el acervo probatorio demuestra lo contrario, lo que demuestra la mala fé de la sociedad demandada.

III. FRENTE AL PRONUNCIAMIENTO A SOBRE LAS PRETENSIONES

Es importante manifestar señor Juez que el escenario de responsabilidad que ostenta la aseguradora es contractual, ya que, de no ser así nos encontraríamos en un escenario de imposibilidad de la existencia de la presente acción, además, es de presumirse por la misma ocurrencia y relato de los hechos.

Es de entender, además, que dado los fundamentos de la acción y probado la existencia del pago de la indemnización referente a la causa de invalidez, se deben acusarse intereses moratorios, por la aseguradora haber incurrido en mora al no conceder el amparo solicitado ante dicho despacho.

Por último, se debe decir que ante la expresión que las costas procesales deberán imponerse en contra de la demandante, las mismas no están llamadas a prosperar, por la falta del cumplimiento normativo para tal fin.

IV. FRENTE A LAS EXCEPCIONES

Frente a las denominadas: "NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO" "INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL."

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

"EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO"

"PRESCRIPCIÓN Y/O CADUCIDAD: APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 58 NUMERAL 3 DE LA LEY 1480 DE 2011 PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO"

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

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

"EL ÚNICO BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO DEL CONTRATO DE SEGURO ES LA COOPERATIVA DE PROFESORES – COOPROFESORES."

"SUJECIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO EN LA QUE SE IDENTIFICA LA PÓLIZA, EL CLAUSULADO Y LOS AMPAROS"

"GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS."

Invoco como fundamentos de derecho frente a las excepciones planteadas, la Ley 1328 de 2009, Ley 1480 de 2011, Ley 1564 de 2012, Decreto 120 de 2012 y Ley 745 de 2013 y los artículos 1137 y siguientes del Código de Comercio, y en especial la ley 1328 del 2009, Artículo 5 donde establece los derechos del consumidor financiero de la siguiente manera:

"(...) a) En desarrollo del principio de debida diligencia, los consumidores financieros tienen el derecho de recibir de parte de las entidades vigiladas productos y servicios con estándares de seguridad y calidad, de acuerdo con las condiciones ofrecidas y las obligaciones asumidas por las entidades vigiladas.

b) Tener a su disposición, en los términos establecidos en la presente ley y en las demás disposiciones de carácter especial, publicidad e información transparente, clara, veraz, oportuna y verificable, sobre las características propias de los productos o servicios ofrecidos y/o suministrados. En particular, la información suministrada por la respectiva entidad deberá ser de tal que permita y facilite su comparación y comprensión frente a los diferentes productos y servicios ofrecidos en el mercado.

c) Exigir la debida diligencia en la prestación del servicio por parte de las entidades vigiladas.

d) Recibir una adecuada educación respecto de las diferentes formas de instrumentar los productos y servicios ofrecidos, sus derechos y obligaciones, así como los costos que se generan sobre los mismos, los mercados y tipo de actividad que desarrollan las entidades vigiladas así como sobre los diversos mecanismos de protección establecidos para la defensa de sus derechos.

e) Presentar de manera respetuosa consultas, peticiones, solicitudes, quejas o reclamos ante la entidad vigilada, el defensor del Consumidor Financiero, la Superintendencia Financiera de Colombia y los organismos de autorregulación.

f) Los demás derechos que se establezcan en esta ley o en otras disposiciones, y los contemplados en las instrucciones que imparta la Superintendencia Financiera de Colombia.

g) Adicionado por el art. 1, Ley 1555 de 2012(...)"

De cara a la acción de protección al consumidor, es relevante traer a colación la jurisprudencia emanada de la SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA en el marco de sus funciones jurisdiccionales, en materia de la reticencia alegada por las entidades accionadas:

- **Radicado 2015-2094 2015122386 del 29 de septiembre de 2016:**

"En el presente caso, se observa que la compañía de seguros a pesar de solicitar el diligenciamiento de una declaración de asegurabilidad por cada obligación financiera que el demandante adquiriera con la entidad financiera tomadora del seguro, y que no se debatía por las partes la existencia de los seguros y las obligaciones financieras aseguradas, respecto de dos obligaciones no se acreditó la existencia de una declaración de asegurabilidad frente a la cual se pudiera alegar una reticencia o inexactitud. Razón por la cual se reconoce parcialmente las pretensiones de la demanda.

De conformidad con el artículo 1037 del Código de Comercio, son parte del contrato de seguro el asegurador y el tomador, **no obstante, está legitimado el deudor-asegurado para ejercer la acción de protección al consumidor en controversias derivadas del seguros de vida grupo deudores donde el Banco es el beneficiario oneroso, cuando el seguro fue adquirido a partir del contrato de mutuo como garantía de los riesgos**, entre otros, de incapacidad total y permanente.

Así mismo, la legitimación por pasiva del Banco tomador-beneficiario se justifica en las obligaciones que adquiere en el marco del convenio celebrado con la aseguradora, a partir de las cuales igualmente le son exigibles los deberes del título I de la Ley 1328 de 2009". (negrillas fuera de texto)

En concordancia con los anteriores fundamentos, se ha pronunciado la honorable Corte Constitucional en materia de reticencia en el contrato de seguro que debe aparejar la mala fe del asegurado y la intención de ocultar el estado del riesgo, hecho que en el presente caso no se ha presentado tal y como se relató en los apartes superiores y en los hechos descritos que cuentan con su respectivo soporte probatorio.

En términos de la Corte Constitucional, la figura de la reticencia se refiere a la inexactitud u omisión en la información entregada por el tomador del seguro en el momento de celebrar el contrato y trae como consecuencia la nulidad relativa del mismo. Específicamente, advirtió, lo que se sanciona es la mala fe, por lo que corresponde a la aseguradora la carga de la prueba de esta.

A su juicio, esto ha sido definido teniendo en cuenta que la entidad es la única que puede saber con certeza que por esos hechos el contrato se haría más oneroso o no se celebraría.

No obstante, precisó que la reticencia no se sanciona cuando se comprueba que el asegurador conocía, o podía conocer, los hechos que dan lugar a su presencia, **sino cuando existe mala fe al momento de suscribir el contrato de seguro.**

Esto último, precisamente, fue lo que motivó a que el alto tribunal ordenara el pago del valor pactado ante la ocurrencia de una incapacidad total o permanente en favor de una ciudadana que adquirió un seguro de vida estando diagnosticada con una enfermedad degenerativa.

Para dicha corporación, la entidad se encontraba habilitada para conocer el estado de salud de la asegurada al momento de aceptar el contrato, pues su historia clínica siempre evidenció el padecimiento.

Ese mismo pronunciamiento recordó que el artículo 1058 del Código de Comercio establece que la reticencia genera la nulidad relativa del contrato. Sin embargo, cuando la inexactitud proviene de un error inculpable o es subsanada por la aceptación de la entidad, el contrato no es nulo.

En este sentido, **resaltó que la inclusión de esa disposición tiene la intención de privilegiar la buena fe de los contratantes e imponer una sanción a quien no actúe conforme a dicho principio.**

Por lo anterior, concluyó que las sanciones estipuladas en el estatuto mercantil, como ocurre con los efectos de la reticencia, se encuentran dirigidas a quienes

subjetivamente hayan actuado de manera deshonestas. (Corte Constitucional, Sentencia T-609 de 2016).

Siguiendo esos precedentes la Sentencia T-251 del año 2017, examinó dos casos análogos al asunto expuesto, siendo esencial resaltar el postulado constitucional de la Buena Fe en los contratos de seguros, por tanto, dicha providencia es enfática al recalcar que este principio es para todas las partes y establece que:

*“En la sentencia T-118 de 2000, la Corte determinó como requisito para la aplicación de preexistencias en materia de seguros que “desde el momento mismo de la celebración del contrato, quienes lo suscriben deben dejar expresa constancia, en su mismo texto o en anexos incorporados a él, sobre las enfermedades, padecimientos, dolencias o quebrantos de salud que ya sufren los beneficiarios del servicio y que, por ser preexistentes, no se encuentran amparados”. **Lo anterior resulta lógico si se tiene en cuenta que conforme a los postulados de lealtad y buena fe no es razonable la existencia de una relación contractual en la cual no exista claridad y certeza sobre los amparos cobijados por el seguro**” (negritas fuera de texto)*

Aunado a ello, esta Corporación considera que la negligencia de la aseguradora en establecer la real situación médica del beneficiario, no puede ser posteriormente fundamento para declarar la terminación unilateral del contrato. Esto en virtud del principio general del derecho según el cual, a nadie le es permitido alegar en favor su propia culpa y, en ese orden de ideas, la Corte expuso lo siguiente:

*“**El principio de la buena fe en el contrato de seguros, se predica con mayor exigencia de las dos partes**, es decir, tanto del tomador como del asegurador, teniendo en cuenta que se trata de un contrato de adhesión, **lo que significa que al momento de la suscripción del respectivo contrato, la aseguradora tiene la carga de consignar en el texto de la póliza, de manera clara y expresa, las exclusiones o preexistencias, entendidas como aquellas enfermedades o afecciones que ya venía aquejando al paciente al momento de suscribir el contrato**, respecto de las cuales no se dará cubrimiento alguno sin que pueda luego alegar en su favor las ambigüedades o los vacíos del texto por ella preparado” (Sentencia T-086 de 2012, Corte Constitucional) (negritas fuera de texto)*

En consecuencia, en el presente caso se evidencia una mala praxis de la aseguradora al desconocer dolosamente los derechos de la demandante, negando sistemáticamente el pago del amparo de invalidez por enfermedad, máxime cuando la demandante ha manifestado y demostrado su buena fe, tanto en la declaración de asegurabilidad, como en las actuaciones posteriores en el proceso de reclamación.

Es fundamental recalcar que, sobre el tema en discusión, la Corte Constitucional en providencias T-053 de 2017, T-670 de 2016, T-024 de 2016, T-738 de 2011, entre otras, ha sido enfática y reiterativa sobre la siguiente conclusión:

“Si bien la calificación de la invalidez en el régimen general de seguridad social en pensiones exige unos requisitos específicos, entre ellos que la persona sea calificada con más del 50% de pérdida de la capacidad laboral para que sea declarada inválida permanente y pueda acceder a la pensión por ese concepto, no puede perderse de vista que en materia de seguros de vida, en especial en cuanto atañe a las cláusulas generales de amparo por incapacidad total y permanente, al no establecerse un parámetro claro de calificación en caso de invalidez del asegurado, como mínimo deberá garantizarse el estándar que se exige en aquel régimen, es decir, que el asegurado sea calificado por lo menos con el 50% de pérdida de la capacidad laboral para que se estructure el riesgo asegurado.”

En virtud de tal razonamiento, la Corte Suprema de Justicia considera que las aseguradoras abusan de su posición dominante en el contrato de seguros, cuando se llevan a cabo las siguientes conductas:

- (i) Objetar el pago de indemnizaciones aludiendo a la existencia de exclusiones que no están expresamente contempladas en la póliza.*
- (ii) Alegar nulidad relativa del contrato de seguros por reticencia del tomador, cuando no ha ejercido los deberes a su cargo, como el de solicitar de forma precisa y clara la información a los asegurados.***
- (iii) Imponer como exclusión en el contrato de seguros cargas imposibles de cumplir por parte de los asegurados, como un mecanismo para que las aseguradoras aleguen reticencia al momento de pagar la indemnización.*
- (iv) Aplicar formalidades y razonamientos en el análisis de reclamaciones, que se alejan de la realidad material de los hechos, deshonrando el contrato de seguros y la confianza de los asegurados.***¹

Por todo esto no se puede si quiera presumir que las accionada tiene una conducta honesta, leal y por el contrario ésta es constitutiva de practicas abusivas al tenor de la Ley 1328 de 2009 y de las Circulares Externas 039 del 2011 y 018 de 2016 de la Superintendencia Financiera de Colombia, puesto que ha aplicado para el caso en concreto, razonamientos que distan totalmente del acervo probatorio con el que cuenta la demandada y que igualmente se arrima al presente proceso, en el que se demuestra que al momento de suscripción de la

¹ Análisis Jurisprudencial – “Cláusulas abusivas en el contrato de seguros”, Stephani Rodríguez, Pontifica Universidad Javeriana, 2019.

póliza, la demandante no contaba con el diagnóstico de disfonía, ni tenía padecimientos que hubieran hecho cambiar a la aseguradora de su decisión de amparar el riesgo de invalidez, por lo que la negativa al pago del riesgo asegurado se funda en una interpretación amañada de la historia clínica que no refleja el estado real del riesgo.

La accionada decide suscribir el contrato de seguro buscando su rentabilidad económica para posteriormente eludir su responsabilidad contractual; conducta deshonesta y que debe ser sancionada, por ello, la Corte Constitucional en la Sentencia T – 670 de 2016, en un caso análogo advirtió de dicha mala práctica y ordenó el pago del amparo asegurado pues en los términos de la misma corporación constitucional:

*“la reticencia solo existirá siempre que la **aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos.** Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. **En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe**”* Negrilla, subrayado y cursiva fuera de texto.

Lo anterior toda vez que **LA EQUIDAD SEGUROS VIDA O.C.**, como profesional no tiene contacto directo con los asegurados que pretenden amparar, entregando tal responsabilidad a un tercero (tomador), quien si bien hace parte del contrato de seguro, no es un sociedad con el conocimiento técnico y profesional que exige la Ley para la suscripción de contratos de seguro, lo anterior demostrando que la aseguradora demandada no atendió cabalmente su deber de diligencia, el cual no puede ser suplido con la simple entrega de su responsabilidad a un tercero no habilitado para tal fin por la SUPERFINANCIERA, no logrando aportar al presente proceso las pruebas necesarias que permitan demostrar las excepciones planteadas .

V. FRENTE A LAS OBJECIONES AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Es de entender que las objeciones que se tengan sobre el juramento estimatorio, se deben suplir el trámite de excepciones previas, ya que como se puede comprobar de lo referido en el artículo 206 del Código General del Proceso, el juramento estimatorio es un requisito formal que se debe consumir al momento de presentar la demanda.

Por lo anterior, las objeciones que se estimen, deben suplir las prerrogativas encontradas en el artículo 100 y 101 del Código General del Proceso, es decir, se debe presentar “(...) en el término del traslado de la demanda en escrito separado que deberá expresar las razones y hechos en que se fundamentan(...)” agregando a esto, el artículo 206 estipula que solamente se pueden realizar

"(...)objección que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuye a la estimación(...)"

Se encuentra debidamente acreditado en el plenario de la demanda que el valor de las pretensiones asciende a la suma correspondiente asegurada de **CINCUENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS VEINTISIETE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE (\$59.727.598)**, lo que se logra acreditar de forma sumaria con el certificado de la deuda aportado por el beneficiario oneroso, al momento de la reclamación presentada, por lo que la objeción planteada carece de fundamento fáctico y jurídico, toda vez que las razones aducidas por la demandada aluden a situaciones de fondo en el proceso que deberán ser sometidas al juicio del fallador de instancia, no en forma de objeción al juramento estimatorio, toda vez que el juramento realizar sirve de fundamento para estimar de forma razonada la cuantía del proceso, acudiendo a sustento probatorios que no fueron desconocidos por la demandada.

En consecuencia, Honorable Despacho, al no cumplir la presente con la normatividad estipulada, la misma no debe prosperar y ser rechazada de plano.

VI. FRENTE A LAS SOLICITUDES PROBATORIAS DE LA DEMANDADA

Es importante manifestar señor Juez, que, con respecto a la carga dinámica de la prueba, las partes deben comprobar las afirmaciones que se quieren hacer valer en el presente proceso, por lo tanto, a las solicitudes que le realiza la parte pasiva, no está llamada a prosperar, ya que, ellos deben probar la inexistencia de los requisitos para la retención en la indemnización objeto de la presente litis. Es de recordar, que los mimos ha sido fuertemente sustanciado por la precedente jurisprudencia que ha manejado la Corte Constitucional al respecto del principio de la carga dinámica de la prueba.

Finalmente, frente a las pruebas Documentales:

La exhibición de documentos solicitada por la parte demandada no es posible toda vez que no se cuenta con la documental solicita, igualmente la misma no es pertinente en virtud de que los hechos de la demanda no versan sobre situaciones que tengan ocasión con el periodo de tiempo solicitado, esto es desde el año 2000 hasta el año 2022, por lo que la misma es inconducente e inútil.

Cordialmente,



BRAYAN JOEL GARCÍA MEDINA

CC. N° 1.098.760.312

T.P No 311.859 del Consejo Superior de la Judicatura