

Señores

JUZGADO 33 PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE BOGOTÁ, LOCALIDAD CHAPINERO

j33pccmbta@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO: VERBAL SUMARIO
DEMANDANTE: FONDO DE EMPLEADOS DE HILANDERÍA BOGOTÁ
DEMANDADOS: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO
RADICADO: 110014189033-2024-03762-00

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 C. S. de la J., actuando en calidad de representante legal de la sociedad **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**, identificada con NIT No. 900.701.533-7, quien obra como apoderada 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 No. 830.008.686-1, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, según consta en los certificados de existencia y representación legal que se anexan, en donde figura inscrito el poder general conferido a la firma 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, comedidamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por **FONDO DE EMPLEADOS DE HILANDERÍAS BOGOTÁ** en contra de **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO**, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

I. SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA

Para iniciar, es preciso indicar que el artículo 278 del Código General del Proceso dispuso con claridad el deber que le asiste al Juez de proferir sentencia anticipada cuando encuentre probada la **PRESCRIPCIÓN** en los siguientes términos

“Artículo 278. Clases de providencias

Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias.

Son sentencias las que deciden sobre las pretensiones de la demanda, las excepciones de mérito, cualquiera que fuere la instancia en que se pronuncien, las que deciden el incidente de liquidación de perjuicios, y las que resuelven los recursos de casación y revisión. Son autos todas las demás providencias.

En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:

1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo losoliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.
2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.
3. **Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa**". (Negrilla y subrayado por fuera del texto original).

En ese sentido, respetuosamente solicito a la Honorable despacho emitir sentencia anticipada en el presente caso, como quiera que en el litigio operó la prescripción de la acción ordinaria derivada del contrato de seguro en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio. Lo anterior, por cuanto en este caso han transcurrido más de dos años desde la fecha en que el señor Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D) falleció, incluso tomando en cuenta la interrupción del término de prescripción por única vez con la presentación de la reclamación el 04 de febrero de 2021, y la solicitud de conciliación que elevara el extremo actor el 2 de noviembre de 2022 y hasta el 25 de noviembre de la misma calenda. Sobre el particular, debe advertirse que la demandante presentó solicitud de indemnización el 04 de febrero de 2021, fecha en la cual se reinició el conteo del término bienio de la prescripción, es decir, que el término para incoar la acción fenecía el 4 de febrero de 2023. Por otro lado, se tiene que presentó solicitud de conciliación el 2 de noviembre de 2022 y hasta el 25 de noviembre de la misma calenda, suspendiendo el término por 23 días, por lo que tenía hasta el 27 de febrero de 2023 para interponer la acción; no obstante, la demanda se radicó 12 de diciembre de 2024, esto es, más de un año y once meses después de la haberse configurado el término prescriptivo.

En consonancia con lo dispuesto en el artículo 278 del Código General del Proceso, que faculta al Juez a dictar sentencia anticipada cuando se encuentre probada la prescripción, y en virtud de la normativa específica que regula las relaciones aseguraticias, solicito respetuosamente al Honorable Despacho proferir sentencia anticipada en este caso, reconociendo la prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

II. OPORTUNIDAD DE LA CONTESTACIÓN

Debe indicarse que la demanda promovida por la señora **FONDO DE EMPLEADOS DE HILANDERÍA BOGOTÁ** en contra de la compañía fue admitida mediante auto del 12 de mayo del 2025, el cual se notificó por estado número 036 del 13 de mayo de 2025, tal como puede advertirse de la siguiente imagen:

ESTADO No. 036		Fecha: 13/05/2025			Página: 3	
No Proceso	Clase de Proceso	Demandante	Demandado	Descripción Actuación	Fecha Auto	Cuad.

Seguidamente, el despacho envió la notificación personal al correo electrónico de mi representada el 25 de julio del 2025, conforme a lo estipulado en la Ley 2213 del 2022, la notificación se entiende realizada dos días después del envío del mensaje, por lo que pueda surtirse dicho acto de enteramiento, por consiguiente, el término de traslado de 10 días empezó a correr para mi procurada, inicio el 30 de julio de 2025 (dos días después del 25 de junio) y se extiende hasta el 13 de agosto de 2025, es decir que el presente escrito se presenta de manera oportuna.

III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO PRIMERO: Debido a que el hecho presenta diferentes aseveraciones me permito contestar de la siguiente manera:

- Es cierto que mi representada expidió póliza de Vida Grupo Deudor No. AA70543, a favor de la empresa **FONDO DE EMPLEADOS DE HILANDERÍAS BOGOTÁ**, el cual tiene como fecha de vigencia, desde el 01 de diciembre del 2020, hasta el 01 de diciembre del 2021 y en donde efectivamente se encontraba como asegurado el Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D).
- En efecto el amparo de muerte debe proceder una vez se cumpla la obligación condicional al que está sometido, no obstante, para este presente caso no procede, el reconocimiento de este, toda vez que, el mismo omitió informar a la compañía que desde el 18 de noviembre del 2017, se le diagnosticó con cáncer de próstata como se puede constatar en el siguiente extracto.

IDENTIFICACIÓN		COLSUBSIDIO NIT 860007336-1			
Nombre del Paciente	CARLOS ENRIQUE CORTES NIMISICA	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	79112482
Fecha de nacimiento	21/03/1957	Edad atención	60 años 1 mes	Edad actual	64 años 0 meses
Sexo	Masculino	Estado civil	U.Libre	Ocupación	EMPLEADO
Dirección de domicilio	CL 78 S 78 B INR M N 2 D	Teléfono domicilio		Lugar de residencia	BOGOTÁ D.C
Acudiente		Parentesco		Teléfono acudiente	
Acompañante		Teléfono acompañante			
Asegurador	SOS - SERVICIO OCCIDENTAL DE SA	Categoría	A	Tipo de vinculación	RCT: Colizante
Episodio	29105128	Lugar de atención	CM FUNZA	Cama	
Fecha de la atención	11/05/2017	Hora de atención	07:23:03		

HISTORIA CLÍNICA GENERAL	
FACTORES DE RIESGO	
18/11/2017	F. Riesgo Alto en Salud Oral
Estado de ingreso:	Vivo
Causa externa:	Enfermedad general
Finalidad de la consulta:	No Aplica
Motivo de consulta:	PARA LOS EXAMENES
Enfermedad actual:	ASISTE SOLO NATURAL DE BOGOTÁ PROCEDENTE DE BOSA, CUNDINAMARCA DIRECCION CALLE 78 SUR 78B 11 INTERIOR 86 LA ESPERANZA TELEFONO 4492018 OCUPACION MECANICO TEXTIL ESCOLARIDAD PRIMARIA COMPLETA ESTADO CIVIL UNION LIBRE COTIZANTE PACIENTE ASISTE PARA LECTURA DE LABORATORIOS SOLICITADOS POR QUINQUENIO Y ANTIGENO PROSTATICO TAMIZAJE CANCER DE PROSTATA ACTUALMENTE ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR LABORATORIOS DEL 22.04.2017 COLESTEROL TOTAL 199 COLESTEROL HDL 40.17 TRIGLICERIDOS 101.7 GLUCOSA EN SUERO 91 CREATININA EN SUERO 1.00 AG ESPECIFICO DE PROSTATA PSA 0.53 UROANALISIS NORMAL TFG 78.8 PARA ERC E2 ELECTROCARDIOGRAMA DEL 19.04.2017 RITMO SINUSAL, TRAZADO NORMAL ESTE ULTIMO SOLICITADO POR "DOLOR TORACICO TIPO PICADA DE 1 MES DE EVOLUCION NO SINTOMAS DISATUNOMICOS, AUTOLIMITADOS", SEGUN LO REFIRIO EN CONTROL ANTERIOR, REFIERE NO NUEVOS SINTOMAS
Antecedentes Personales	

Documento: Historia clínica – IPS COLSUBSIDIO. Pag.36

Transcripción Parte Esencial: “Cotizante paciente asiste para lectura de laboratorios solicitados por quinquenio y antígeno prostático tamizaje cáncer de próstata actualmente asintomático”

Como también los diagnósticos de insuficiencia venosa, discopatía lumbar crónica insuficiencia renal AKI III, de los cuales se probarán las fechas de sus diagnósticos en el transcurso del debate probatorio del presente proceso, que fueron adquiridos con anterioridad al ingreso de la póliza VIDA GRUPO DEUDORES No. AA070543. Por lo anterior, no puede proceder el reconocimiento del amparo por mediar una exclusión material del seguro al asegurado ser reticente y presentarse la terminación del contrato de seguro a causa de la ocurrencia de nulidad por reticencia del asegurado.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: Debido a que el hecho presenta diferentes aseveraciones me permito contestar de la siguiente manera:

- Es cierta la fecha del fallecimiento del Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), tal como reposa en el registro civil de defunción aportado junto con los anexos de la demanda. Resulta importante señalar del presente hecho, que conforme a la fecha de fallecimiento que fue el 11 de enero del 2021, es claro que al término de la presentación de la demanda, ya habían transcurrido el termino de 2 años para iniciar acciones contra el contrato de seguro como establece el artículo 1181 del C.Co.
- En cuanto a la afirmación de *“Dando lugar a exigir el pago de la cobertura de la póliza por la suma de CUARENTA MILLONES DE PESOS (\$40.000.000) al FONDO DE EMPLEADOS DE HILANDERÍAS BOGOTÁ”*. **NO ES CIERTO**. El reconocimiento del amparo no se presenta de manera automática, toda vez que se debe configurar de forma material el riesgo establecido dentro de la póliza de seguros, situación que no ocurre dentro del caso en concreto porque (i, el mismo omitió informar a la compañía que desde el 18 de noviembre del 2017, se le diagnostico con cáncer de próstata como se puede constatar de la historia clínica del señor Cortés; (ii) se encuentra patente la configuración de la exclusión que limita la cobertura del amparo por la presencia de enfermedades preexistentes que sufría el Sr.Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), que corresponde a cáncer de próstata diagnosticado en el mes de noviembre del 2017, aunado a los diagnósticos de insuficiencia venosa, discopatía lumbar crónica, e insuficiencia renal AKI III, de los cuales se probarán las fechas de su diagnósticos en el transcurso del debate probatorio del presente proceso, que en todo caso fueron diagnosticados con anterioridad al ingreso del póliza VIDA GRUPO DEUDORES y que a su vez, da lugar al fenómeno de reticencia debido a que no la aseguradora no fue informada de estado de salud, por parte del asegurado.

Por otro lado, debe advertirse que no es cierto que se deba realizar pago alguno por la suma de \$40.000.000, pues el valor asegurado, corresponde al mismo del saldo insoluto de la obligación adquirida con el **FONDO DE EMPLEADOS DE HILANDERÍAS BOGOTÁ**, así y como se indica en la caratula de la póliza:

6. SUMA ASEGURADA

Será el saldo insoluto de la totalidad de las obligaciones que tenga el asegurado con el tomador y comprenderá el capital no pagado más los intereses corrientes calculados hasta la fecha de la ocurrencia del fallecimiento o estructuración de la invalidez del asegurado.

En ese sentido, el valor asegurado reportado para la fecha del 11 de enero del 2021, era de DIECIOCHO MILLONES QUINIENTOS DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS (\$18.518.237), por lo que ese el valor asegurado de la póliza VDG AA070543.

FRENTE AL HECHO TERCERO: No es cierto como se enuncia, pues si bien la entidad demandante, presento solicitud de indemnización y posterior reconsideración a la decisión de objeción presentada por la compañía, a la cual se le dio respuesta por medio de carta de fecha del 1 de marzo del 2020 y ratifica la objeción por medio de carta el día 6 de enero del 2023, en donde se le reitero que conforme a la historia clínica aportada, es importante señalar que, de las atenciones recibidas en la IPS COLSUBSIDIOS y CLINICA LA COLINA, se identifican la existencia de la enfermedades de cáncer de próstata, aunado a los diagnósticos de Insuficiencia Venosa, Discopatía Lumbar crónica, e Insuficiencia Renal AKI III.

Como se pueden observar en lo siguiente extractos de las historias clínicas anunciadas:

- **Historia Clínica IPS COLSUBSIDIO.**

IDENTIFICACIÓN		COLSUBSIDIO NIT 860007336-1			
Nombre del Paciente	CARLOS ENRIQUE CORTES NIMISICA	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	79112482
Fecha de nacimiento	21/03/1957	Edad atención	60 años 1 mes	Edad actual	64 años 0 meses
Sexo	Masculino	Estado civil	U.Libre	Ocupación	EMPLEADO
Dirección de domicilio	CL 78 S 78 B INR M N 2 D	Teléfono domicilio		Lugar de residencia	BOGOTA D.C
Acudiente		Parentesco		Teléfono acudiente	
Acompañante		Teléfono acompañante		Tipo de vinculación	RCT: Cotizante
Asegurador	SOS - SERVICIO OCCIDENTAL DE SA	Categoría	A	Cama	
Episodio	29105128	Lugar de atención	CM FUNZA		
Fecha de la atención	11/05/2017	Hora de atención	07:23:03		

HISTORIA CLÍNICA GENERAL	
FACTORES DE RIESGO	
18/11/2017	F. Riesgo Alto en Salud Oral
Estado de Ingreso:	Vivo
Causa externa:	Enfermedad general
Finalidad de la consulta:	No Aplica
Motivo de consulta:	PARA LOS EXAMENES
Enfermedad actual:	ASISTE SOLO NATURAL DE BOGOTA PROCEDENTE DE BOSA, CUNDINAMARCA DIRECCION CALLE 78 SUR 78B 11 INTERIOR 86 LA ESPERANZA TELEFONO 4492018 OCUPACION MECANICO TEXTIL ESCOLARIDAD PRIMARIA COMPLETA ESTADO CIVIL UNION LIBRE COTIZANTE PACIENTE ASISTE PARA LECTURA DE LABORATORIOS SOLICITADOS POR QUINQUENIO Y ANTIGENO PROSTATICO TAMIZAJE CANCER DE PROSTATA ACTUALMENTE ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR LABORATORIOS DEL 22.04.2017 COLESTEROL TOTAL 199 COLESTEROL HDL 40.1/ TRIGLICÉRIDOS 101.7 GLUCOSA EN SUERO 91 CREATININA EN SUERO 1.00 AG ESPECIFICO DE PROSTATA PSA 0.53 UROANALISIS NORMAL TFG 78.8 PARA ERC E2 ELECTROCARDIOGRAMA DEL 19.04.2017

Documento: Historia clínica – IPS COLSUBSIDIO. Pag.36

Transcripción Parte Esencial: “Factores de riesgo 18/11/2017” “Cotizante paciente asiste para lectura de laboratorios solicitados por quinquenio y antígeno prostático tamizaje cancer de prostata actualmente asintomatico”

IDENTIFICACIÓN			
Nombre del paciente	CARLOS ENRIQUE CORTES NIMISICA	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
		Número de documento	79112482
Uso de Oxígeno:	NO		
Descripción:	<p>PACINETE MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDA OCURSAANDO CON INSUFICIENCIA VENOSA] CEAP C2 SE SOLICITA COLOCACION E MEDIAS DE COMPRESION MODERADA - ALTA DE USO DIARIO SE RECOMIENDA USO DE PROTECTOR SOLAR 3 VECES AL DIA ADEMAS SE SOLICITAN PARA CLINICOS DE TAMIZAJERIESGO CARDIOVASCULAR SE DA ASESORIA DE CANCER DE PROSTATA SE SOLICITA PSA, ADEMAS REFIERE DOLOR EN HEMOTIRAX IZQUIERDO SE SOLICITA ELECTROCARDIOGRAMA Y VALORACION CON RESULTADOS. ACTUALMENTE ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIO AL EXAMEN FISICO MUCOSA ORAL HUMEDA AFEBRIL TENSION ARTERIAL DENTRO DE LIMITES NORMALES NO SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIO SISTEMICO NO DISNEA NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL PUÑO PERCUSION NEGATIVA BILATERAL SIN RIESGO CARDIOVASCULAR NO EQUIVALENTES ANGINOSOS. SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA REGULAR DIETA HIPOSODICA HIPOGLUCIDA E HIPOLIPIDICA SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA (CEFALEA, EMESIS, DIARREA, ALTERACION DE LA CONCIECNIA , FIEBRE, DISNEA, DOLOR TORACICO, DOLOR BADO MINAL, TOS, DISURIA , HEMATURIA, EPISTAXIS] SE DAN RECOMENDACIONES GEERALES Y SIGNOS DE ALARMA SE EXPLICA A PACINETE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.</p>		
Responsable:	ACOSTA, NATALI		
Documento de Identidad:	1022401570		
Especialidad:	MEDICINA GENERAL		

Documento: Historia clínica – IPS COLSUBSIDIO. Pag.62

Transcripción Parte Esencial: “Paciente masculino de 62 años de edad cursando con insuficiencia venosa” “Se da asesoría de cáncer de próstata”

Fecha:	03/08/2018	Hora:	07:59:08
Transfusionales	no refiere		
Familiares	no refiere		
Inmunológicos	no refiere		
Otros	DISCOPATIA LUMBAR		
Alérgicos	NIEGA		
Patológicos	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL		
Quirúrgicos	no refiere		

Documento: Historia clínica – IPS COLSUBSIDIO. Pag.11

Transcripción Parte Esencial: “fecha 03/08/2018 “Discopatía lumbar”

- **Historia Clínica La Colina.**

ZAFIRO CUIDADO INTENSIVO EXPANSIÓN PROVISIONAL - ZAFIRO CUIDADO INTENSIVO EXPANSIÓN PROVISIONAL
04-ene-2021 12:27:33 am - SALA DE CIRUGIA 4 CLC
Diagnostico:
Evolucion UCI noche
Expansion salas de cirugia
Paciente masculino de 63 años con diagnosticos:
1. Choque septico de origen pulmonar
2. Disfuncion multiorganica (Compromiso pulmonar, cardiovascular, renal)
3. Falla ventilatoria mixta
3.1 IOT 02/01/2021
4. SDRA severo
5. Neumonia viral
6. Insuficiencia renal aguda AKI III
7. Hiponatremia leve con moderada hipercalemia

Documento: Historia clínica – Clínica La Colina Pag.11

Transcripción Parte Esencial: “Insuficiencia renal aguda AKI III ”

El registro de las enfermedades que dieron base a la objeción del presente reclamo, como se acaba de evidenciar en los anteriores extractos efectivamente existen y por medio de las pruebas de oficio que solicitaran con el presente proceso, se logrará evidenciar que tales enfermedades fueron diagnosticadas de manera previa a la vinculación del seguro VIDA GRUPO DEUDORES No.AA070543.

Pero adicional a la reticencia que es clara, también se le señala como a la configuración de la exclusión de cobertura expresa en el condicionado general que señala lo siguiente:

2. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA. LA EQUIDAD QUEDARÁ LIBERADA DE RESPONSABILIDAD, APLICABLE A TODOS LOS AMPAROS, BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO CUANDO EL EVENTO SE PRESENTE COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

*D. PRESENTAR, HABER PRESENTADO O HABER SIDO DIAGNOSTICADA EN CUALQUIER TIEMPO ANTERIOR AL INGRESO A LA PÓLIZA, O AUMENTO DEL SALDO DEUDOR O NUEVO PRÉSTAMO, ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: DIABETES I Y II, VIH POSITIVO / SIDA, **CÁNCER**, AFECCIONES CEREBROVASCULARES, AFECCIONES CARDIOVASCULARES, **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**, ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA “EPOC”*

Por lo que en ambas respuestas dadas por la compañía, el 1 de marzo del 2020 y 6 de enero del 2023, se objeta el reconocimiento del amparo con base en la existencia de la nulidad del contrato de seguro, con base a la reticencia del seguro y adicionalmente por la configuración de la exclusión pactada.

FRENTE AL HECHO CUARTO: NO ES CIERTO. Como se evidencia en el anterior hecho, los diagnósticos de cáncer de próstata, e insuficiencia venosa, discopatía lumbar crónica, insuficiencia Renal AKI III, se encuentran plenamente registrados en las historias clínica de las entidades en donde tuvo atención el Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), tal como se señaló previamente. Así las cosas, resulta claro que el señor Cortes Nimisica no declaró padecer de las señaladas enfermedades, que constituirían a todas luces una agravación objetiva del estado de riesgo, y que de haber sido conocidas por mi representada, se hubiera retraído de celebrar el negocio jurídico, o celebrarlo en condiciones más onerosas, presupuestos necesarios y satisfechos para declarar la nulidad relativa del contrato de seguro.

FRENTE AL HECHO QUINTO: No es cierto, como se enuncia, pues si bien no ha realizado ningún reconocimiento respecto a la póliza de VDG No. AA705543, ello obedece a la reticencia absoluta del asegurado, pues se reitera que el señor Cortes Nimisica no declaró padecer cáncer de próstata, e insuficiencia venosa, discopatía lumbar crónica e insuficiencia Renal AKI III ante mi prohijada, acarreado de esta forma la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO SEXTO: ES CIERTO. En mencionada fecha tuvo realización la audiencia de conciliación, como consta en el acta de no acuerdo aportada.

FRENTE AL HECHO SEPTIMO: Lo referido en el presente, no corresponde a un hecho sino a conclusiones del apoderado de la parte activa del proceso, que deberán ser objeto valoración dentro del debate probatorio del proceso. En todo caso, se reitera que, igualmente, el señor Cortes Nimisica no declaró padecer insuficiencia venosa, discopatía lumbar crónica e insuficiencia Renal AKI III, preexistencias que constituirían a todas luces una agravación objetiva del estado de riesgo, y que de haber

sido conocidas por mi representada, se hubiera retraído de celebrar el negocio jurídico, o celebrarlo en condiciones más onerosas, presupuestos necesarios y satisfechos para declarar la nulidad relativa del contrato de seguro.

I. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por la parte demandante, por cuanto las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. Como quiera que al hacer la narración de los supuestos hechos se pretende hacer exigible el amparo de muerte, en el caso de marras existe la inminente nulidad del contrato de seguro, producto de la reticencia del Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D) al realizar una declaración que falta a la verdad sobre las enfermedades padecidas antes de la etapa precontractual, y que dicha omisión a la verdad causa en mi representada la posibilidad de retraerse de la celebración del acto jurídico, o en su defecto, invocar condiciones más onerosas ante una diferenciación entre el riesgo que se pretendió asumir y el que realmente se asumió, como de igual manera se encuentra configuradas las exclusiones previstas en el condicionado general que más adelante ampliaremos. Así además de la nulidad del contrato del seguro de vida grupo deudores, existe la configuración de las exclusiones las cuales excluyen el reconocimiento de la cobertura de muerte y por último para el presente caso se encuentra configurada la figura de la prescripción cuestión que de plano cercena la posibilidad que las pretensiones incoadas prosperen.

A LA PRETENSIÓN “PRIMERO”: ME OPONGO a la declaración de la existencia del seguro de vida grupo deudores No. AA70543, toda vez que el mismo adolece de un vicio de consentimiento causado en contra de mi representada, quien en orden del principio de la ubérrima buena fe, suscribió el contrato de seguro, sin conocer de manera cierta el estado de salud del asegurado al momento de la expedición de la póliza, toda vez que como se afirmó anteriormente, este previo a la incorporación del seguro omitió informar la existencia de los diagnósticos de cáncer de próstata, insuficiencia venosa, discopatía lumbar crónica, e insuficiencia renal AKI III, las cuales eran conocidas por el Asegurado, sin embargo los negó en el momento de perfeccionar el contrato de seguro, cuestión que era supremamente relevante para el Asegurador. En otras palabras, es claro que sí, mi representada hubiera conocido sobre el diagnóstico señalado, esta evidentemente se hubiera retraído de celebrar el contrato de seguro VIDA GRUPO DEUDORES No. AA70543 o por lo menos, la hubiera inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En conclusión, no podría prosperar la declaración de la existencia del contrato de seguro, debido a que, es evidente que para el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado y en ese sentido el aseguramiento de Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro.

Por lo tanto, se solicita respetuosamente al despacho que rechace dicha pretensión

FRENTE A LA PRETENSIÓN “SEGUNDO”: ME OPONGO a que mi representada se declare responsablemente civil de incumplimiento del contrato de seguro VIDA GRUPO DEUDORES No. AA7054, dado a que la no procedencia del cumplimiento del amparo de muerte, se debe a situaciones que son únicamente imputables al asegurado, conforme a las siguientes razones:

- Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: En el presente caso el despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, en ese sentido ni esta pretensión ni las demás propuestas tienen mérito para prosperar. Para dilucidar su ocurrencia de manera concisa, debemos comenzar por establecer que la fecha de fallecimiento del asegurado se presentó el 11 de enero del 2021, fecha para la cual daría inicio el termino para iniciar acciones contra el contrato de seguro, sin embargo, la parte demandante presento a mi representada, solicitud de indemnización con fecha del 4 de febrero del 2021, en ese sentido conforme a lo estipulado por el artículo 64 del C.G.P., el termino se interrumpiría por una sola vez y este tendría que contabilizarse de nuevo, hasta el 4 de febrero del 2023, termino final para la presentación de la demanda, no obstante, a dicho termino se le debe sumar la suspensión de la prescripción a causa de la solicitud de conciliación que se presentó el 2 de noviembre de 2022 y se celebró el 25 de noviembre de 2022, es decir que este se suspendió por el espacio de 23 días, de modo que se deben agregar tales días al conteo de términos, dado como último plazo para presentación de la demanda el 27 de febrero del 2023, sin embargo, es evidente que la demanda tuvo presentación el día 12 de diciembre del 2024, día en el que efectivamente la acción ya se encontraba prescrita.
- Nulidad del contrato de seguro: No podrá decretarse la existencia del contrato de seguro, toda vez que el contrato que adolece de un vicio de consentimiento por parte de mi representada, quien en orden del principio de la ubérrima buena fe, suscribió el contrato de seguro, sin conocer de manera cierta el estado de salud del asegurado al momento de la expedición de la póliza, toda vez que como se afirmó anteriormente, este previo a la incorporación del seguro omitió informar la existencia de los diagnósticos de cáncer de próstata, insuficiencia venosa, discopatía lumbar crónica, e insuficiencia renal AKI III, las cuales eran conocidas por el Asegurado, sin embargo los negó en el momento de perfeccionar el contrato de seguro, cuestión que era supremamente relevante para el Asegurador. En otras palabras, es claro que sí, mi representada hubiera conocido sobre el diagnósticos señalado, esta evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro VIDA GRUPO DEUDORES No.AA70543 o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.
- Configuración de exclusión particular: Como bien se anunció, en los hechos, otra de las razones que dio a la objeción de la solicitud de indemnización presentada por la parte demandante, correspondió a que con la historia clínica, se logra evidenciar la existencia de los diagnósticos de cáncer de próstata, insuficiencia venosa, discopatía lumbar crónica, e insuficiencia renal AKI III, los cuales logrará demostrar con el recaudo probatorio son anteriores a la fecha de inclusión de VIDA GRUPO DEUDORES No.AA70543. y, la compañía en su libertad de configurar el siniestro,

determino que toda enfermedad preexistentes, excluye de cobertura a los amparos, con base en la siguiente exclusión, que fue objeto de mención en las respuesta de objeción y reconsideración.

A) EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA. LA EQUIDAD QUEDARÁ LIBERADA DE RESPONSABILIDAD, APLICABLE A TODOS LOS AMPAROS, BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO CUANDO EL EVENTO SE PRESENTE COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

*D. PRESENTAR, HABER PRESENTADO O HABER SIDO DIAGNOSTICADA EN CUALQUIER TIEMPO ANTERIOR AL INGRESO A LA PÓLIZA, O AUMENTO DEL SALDO DEUDOR O NUEVO PRÉSTAMO, ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: DIABETES I Y II, VIH POSITIVO / SIDA, **CÁNCER**, AFECCIONES CEREBROVASCULARES, AFECCIONES CARDIOVASCULARES, **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**, ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA “EPOC*

La presente exclusión, se comprende en el sentido que cualquiera de estas enfermedades que se presente de manera anterior a la vigencia y en especial para este caso las diagnosticadas de cáncer e insuficiencia renal, son objeto de falta de cobertura para el amparo que se pretenda afectar.

Pero adicional a esta exclusión, observamos que también se logra identificar la configuración de la siguiente exclusión:

B. ENFERMEDADES, ACCIDENTES, DIAGNÓSTICOS O TRATAMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

Respecto de esta, es claro que los diagnósticos cáncer de próstata, diagnosticada según la historia clínica IPS COLSUBSIDIO para el 18 de noviembre del 2018, es decir que esta se presentó de manera previa a la inclusión del seguro la cual se dio el día 6 de agosto del 2019, ahora respecto a demás patologías de, insuficiencia venosa, discopatía lumbar crónica, e insuficiencia renal AKI III, todos fueron previos a la inclusión de la póliza VIDA GRUPO DEUDORES No. AA70543, como se probará con suficiencia una vez contemos de manera integral con las historias clínicas del asegurado.

Ahora, bien, debe tenerse en cuenta que de igual forma, las mismas fueran diagnosticadas una vez comenzada la vigencia de todos modos dichas patologías ya son excluidas de la cobertura de los amparos, como se evidencia en la siguiente exclusión:

*A. ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: DIABETES I Y II, VIH POSITIVO/ SIDA, **CÁNCER**, AFECCIONES CEREBROVASCULARES, AFECCIONES CARDIOVASCULARES, **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**, ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA “EPOC”, ALCOHOLISMO O TABAQUISMO.*

ESTA EXCLUSIÓN OPERA ASÍ LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO NO TENGA NINGUNA RELACIÓN CON LAS PATOLOGÍAS CITADAS Y SIN QUE SEA REQUISITO QUE LA EQUIDAD EXIJA PARA SU INGRESO, EL DILIGENCIAMIENTO DE CUESTIONARIO O PRÁCTICA DE EXÁMENES.

Por lo anterior, es claro que no se configura la obligación condicional de mi representada, dado a que no existe cobertura material para el presente caso en estudio.

A LA PRETENSIÓN “TERCERO”: ME OPONGO. Al reconocimiento de honorarios de abogado por valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$4.500.000), lo anterior debido a que el contrato de seguro VIDA GRUPO DEUDORES No. AA70543, que es objeto de litigio no obra ningún amparo que cubra los gastos ocasionados por el inicio del presente proceso judicial, Sin perjuicio de ello, al ser un gasto que tiene origen en el presente litigio el mismo deberá reconocerse ante una eventual condena de agencias en derecho. Sin embargo, debe reiterarse que, esta pretensión tampoco podrá ser reconocida en virtud de que el contrato deberá ser declarado nulo, se configuró la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro y adicionalmente carece de cobertura material.

A LA PRETENSIÓN “CUARTO”:ME OPONGO, a la presente pretensión, en el entendido que si nos oponemos a la pretensión declarativa de la existencia del contrato de seguro y al supuesto incumplimiento de mi representada, en consecuencia, con base en esos mismos argumentos tampoco procede la pretensión condenatoria del reconocimiento del valor del saldo insoluto de DIECIOCHO MILLONES QUINIENTOS DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS (\$ 18.518.237).

A LA PRETENSIÓN “QUINTO”: ME OPONGO, a la presente pretensión, en el entendido de que, si nos oponemos a la pretensión declarativa de la existencia del contrato de seguro y al supuesto incumplimiento de mi representada, en consecuencia, y con base en esos mismos argumentos, tampoco procede la pretensión condenatoria al reconocimiento del valor de los honorarios de abogados por valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$4.500.000). En todo caso, resulta necesario señalar que la parte demandante presenta en su pretensión “OCTAVO” la condena de costas en derecho, el cual sería el espacio puntual para solicitar pago por conceptos profesionales, los que ni siquiera se encuentran debidamente soportados en un soporte contable idóneo.

A LA PRETENSIÓN “SEXTO”: ME OPONGO, a la prosperidad de la indexación de los valores solicitados por los demandantes, pues esta solicitud es a todas luces, antitécnica. Ello, porque no puede acumularse la indexación monetaria con el pago de los intereses moratorios puesto que ambos conceptos tienen la misma finalidad, la cual es pailar el poder adquisitivo del dinero. En todo caso, habrá de señalar que la parte demandante pretende imputar actualización monetaria junto con el pago de intereses moratorios, situación proscrita por la Corte Suprema de Justicia¹, al señalar que aquello *“resulta incompatible, como quiera que, según es bien sabido, dentro de los réditos moratorios que rigen los actos mercantiles, existe un componente que, precisamente, está destinado a corregir la depreciación del dinero”*.

¹ CSJ, Sala de Casación Civil, sentencia del quince de enero de dos mil nueve. Rad: 47001-31-03-003-2001-00433-01. M.P. EDGARDO VILLAMIL PORTILLA

Sobre este punto, la Corte Suprema de Justicia, en un caso que se puede aplicar análogamente al presente, afirmó:

*“Como quiera que el Tribunal, al confirmar la condena por indexación impuesta por el a quo, no observó que se creaba la incompatibilidad ya señalada con los intereses moratorios por los que condenó, dio una aplicación indebida al artículo 141 de la Ley 100 de 1993, por lo que el cargo es fundado y habrá de casarse la decisión recurrida en este aspecto”.*²

Así las cosas, además de lo que ya se establecido, esta pretensión no debe ser tenida en cuenta pues la indexación de la moneda no se puede acumular con los intereses moratorios, en el caso hipotético de es.

A LA PRETENSIÓN “SÉPTIMO”: ME OPONGO a la prosperidad de la pretensión de los intereses bancarios en contra de mi representada, toda vez que la negativa a la solicitud de indemnización se realizó en derecho al evidenciarse la existencia de la nulidad del contrato de seguro, por causa de la reticencia del asegurado, la prescripción de la acción en contra del contrato de seguro VIDA GRUPO DEUDORES No.AA70543, como a la falta de cobertura material por la configuración de la exclusión de enfermedades preexistentes, que se menciono.

A LA PRETENSIÓN “OCTAVO”: ME OPONGO a la prosperidad de la novena relacionada con la condena en costas y agencias en derecho por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada. Por el contrario, solicito se condene en costas y agencias en derecho al extremo actor.

II. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Objeto la estimación juramentada por la parte demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso conforme a los argumentos que se expondrán en el siguiente párrafo.

Para la presente acción, no puede perderse de vista que el señor Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar el contrato de seguro, cuestión que era supremamente relevante para el Asegurador. En otras palabras, es claro que sí, mi representada hubiera conocido sobre el diagnóstico, cáncer de próstata, insuficiencia venosa, discopatía lumbar crónica, e insuficiencia renal AKI III,, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Pero adicionalmente se observa, que la solicitud de indemnización que presenta la parte demandante carece de cobertura material toda vez que la misma está inmersa en una exclusión, y finalmente no menos importante, para el presente caso como señalo previamente y se

² Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Laboral en Sentencia con radicación 41392 del 6 de Diciembre de 2011, Magistrado Ponente Dr. Francisco Javier Ricaurte

profundizara en las excepciones, la presente acción se encuentra prescrita, ya que la demanda se presenta posterior al termino bienal que establece el artículo 1081 del C.CO, cuestión que de plano, rechaza el reconocimiento de la cuantía que está solicitando la parte demandante. Por otro lado, no tiene procedencia la solicitud valor de honorarios realizada por el apoderado de la parte activa, ya que como se advirtió de manera previa esta solo tendría procedencia en la eventual condena de costas procesales.

En todo caso, el despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, en ese sentido ni esta pretensión ni las demás propuestas tienen mérito para prosperar. Para dilucidar su ocurrencia de manera concisa, debemos comenzar por establecer que la fecha de fallecimiento del asegurado se presentó el 11 de enero del 2021, fecha para la cual daría inicio el termino para iniciar acciones contra el contrato de seguro, sin embargo, la parte demandante presento a mi representada, solicitud de indemnización con fecha del 4 de febrero del 2021, en ese sentido conforme a lo estipulado por el artículo 64 del C.G.P., el termino se interrumpiría por una sola vez y este tendría que contabilizarse de nuevo, hasta el 4 de febrero del 2023, termino final para la presentación de la demanda, no obstante, a dicho termino se le debe sumar la suspensión de la prescripción a causa de la solicitud de conciliación que se presentó el 2 de noviembre de 2022 y se celebró el 25 de noviembre de 2022, es decir que este se suspendió por el espacio de 23 días, de modo que se deben agregar tales días al conteo de términos, dado como último plazo para presentación de la demanda el 27 de febrero del 2023, sin embargo, es evidente que la demanda tuvo presentación el día 12 de diciembre del 2024, día en el que efectivamente la acción ya se encontraba prescrita.

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

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO DE LA DEMANDA

1. PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

El Despacho debe tener en consideración que en este caso operó la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio. Lo anterior por cuanto el término bienal inició su conteo el día 11 de enero del 2021, fecha en la que tuvo lugar el hecho que da base a esta demanda, esto es, el fallecimiento del señor Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), sin embargo a pesar que la acción se interrumpió por la solicitud de indemnización presentada por la parte activa del presente proceso, así como se suspendiera por la solicitud de conciliación presentada, de todos modos la demanda se presentó más de un año y once meses por fuera del término dado por el legislador en el artículo 1081 del Código de Comercio.

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 fuera del texto original)

En cuanto a la interpretación de las expresiones “hecho que da base a la acción” y “momento en que nace el derecho” la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro:

“En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.

La primera «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» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).

En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007³.

...comportan ‘una misma idea’⁴, esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad⁵ ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción

³ Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.

⁴ La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.

⁵ Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”.

Para que no quede duda del término de prescripción aplicable y el momento en que empieza su conteo es prudente referir otro pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia en donde ya se ha decantado este tópico:

“En múltiples oportunidades la Corte ha precisado que la prescripción ordinaria se caracteriza por ser de naturaleza subjetiva, sus destinatarios son todas las personas legalmente capaces, empieza a correr desde cuando el interesado conoció o debió conocer “el hecho base de la acción” y el término para su configuración es de dos años, mientras que la extraordinaria, es de carácter objetivo, corre contra toda clase de personas incluidos los incapaces, empieza a contarse desde cuando nace el correspondiente derecho y su término de estructuración es de 5 años.

(...)<

En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte⁶.”

En el caso concreto, el hecho que da base a la acción y que fue plenamente conocido por los demandantes ocurrió el 11 de enero del 2021, fecha del fallecimiento del señor Cortes Nimisica (Q.E.P.D), veamos

Datos del inscrito			
Apellidos y nombres completos			
CORTES NIMISICA CARLOS ENRIQUE * * * * *			
Documento de identificación (Clase y número)		Sexo (en Letras)	
CC No. 79112482 * * * * *		MASCULINO * * * * *	
Datos de la defunción			
Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * *			
Fecha de la defunción		Hora	Número de certificado de defunción
Año	Mes	Día	
2021	ENE	11	21:25
Presunción de muerte			72553295-0 * * * * *

Acto seguido, la parte demandante presentó solicitud de indemnización con fecha del 4 de febrero del 2021, como se observa en el siguiente extracto:

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. (2021, noviembre 4). Sentencia SC4904-2021 (Rad. 66001-31-03-003-2017-00133-01, M. P. Octavio Augusto Tejeiro Duque)

equidad seguros

**CERTIFICADO DE RECLAMACIÓN
EQUIDAD SEGUROS O.C.**

CIUDAD Y FECHA	
Bogotá, 4 de febrero de 2021	
TOMADOR:	NIT.
FONDO DE EMPLEADOS DE HILANDERIAS BOGOTA	860033422
ASEGURADO	CC.
CARLOS CORTES NIMISICA	79112482
DIRECCIÓN	CIUDAD TELÉFONO
TRANSVERSAL 80A NRO 65D-27 SUR 3PISO	BOGOTA 7795368
SEGURO DE VIDA DEUDORES	
PÓLIZA No.	FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA
70543	AÑO MES DÍA
	2008 2
	FECHA INICIAL DEL PRÉSTAMO
	AÑO MES DÍA
	2019 8 6
PLAZO	FORMA DE PAGO VALOR
72	M. Q \$ 576.755
	FECHA DE PAGO
	AÑO MES DÍA
	2023 8 30
MONTO DEL PRÉSTAMO	FECHA ULTIMA AMORTIZACIÓN
23.029.131	AÑO MES DÍA
	2020 11 28
	TOTAL PAGADO
	\$ 5.185.562
	INVERSIÓN DEL CRÉDITO
	LIBRE
	SALDO QUE SE RECLAMA ↗
	\$ 18.518.237

Bogotá, 04 de Febrero de 2021

Señores:
SEGUROS LA EQUIDAD
DPTO: DE INDEMNIZACIONES.
Ciudad.

Ref: AVISO SINIESTRO.

Respetados señores:

Por medio de la presente yo, GABRIEL IGNACIO SOLANO GOMEZ, identificado con cedula de ciudadanía No. 80.435.152 de Bogotá, en mi calidad de Representante legal del FONDO DE EMPLEADOS DE HILANDERIAS BOGOTA, NIT 860033422-7 Tomador de la póliza de vida No.AA 070543 anteriormente era la póliza AAD00293, informo a ustedes que nuestro asociado, CARLOS CORTES NIMISICA, identificado con cedula de ciudadanía No. 79.112.482 de Bogotá, falleció el día 11 de Enero del año 2021.

Por lo cual nos permitimos anexas los documentos solicitados por ustedes con el fin de realizar los trámites correspondientes a la solicitud de indemnización, amparada por la póliza de vida grupo anteriormente mencionada.

Agradezco su atención y valiosa colaboración para llevar a buen término este proceso.

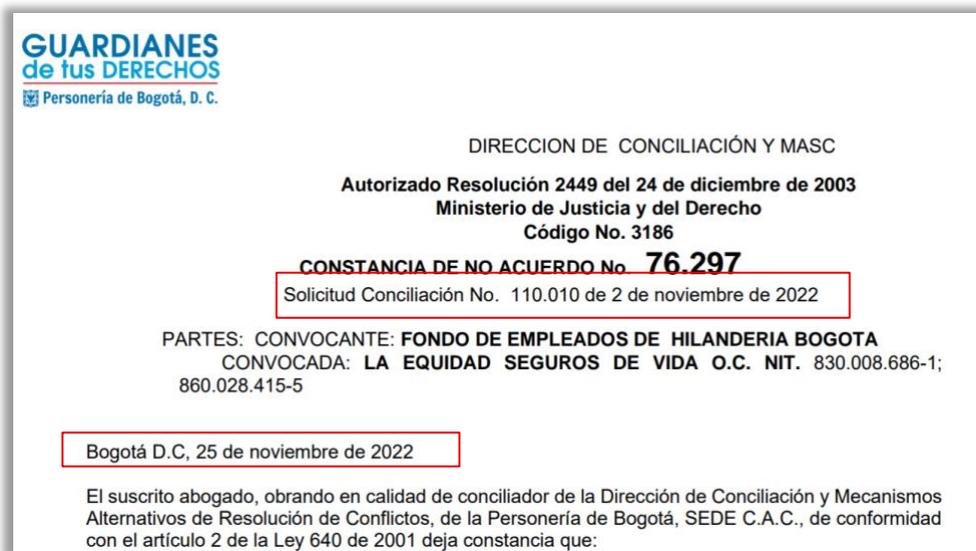
Atentamente,



GABRIEL I. SOLANO GOMEZ G.
Gerente
cc. JUNTA DIRECTIVA.
REVISOR FISCAL
ARCHIVO

Con lo anterior, es claro que conforme la solicitud de indemnización realizada, cuenta con los requisitos para interrumpir **por única vez**, el termino de prescripción según lo establecido por el artículo 94 del Código General del Proceso, en ese sentido el termino debe contarse nuevamente, por lo que la fecha para presentar la demanda correspondía al 4 de febrero del 2023.

Por otro lado, los demandantes presentaron solicitud de conciliación, la cual tiene como efecto suspender el término desde la fecha en la que se solicitó la conciliación hasta la fecha en la que se celebró la audiencia. En el presente caso, los hoy demandantes presentaron solicitud de conciliación el día 2 de noviembre del 2022, cuya audiencia tuvo lugar el 25 de noviembre de 2022, por lo que el término se suspendió durante 23 días, veamos:



Así las cosas, es innegable que los demandantes tan solo contaban hasta el 27 de febrero del 2023 para presentar su demanda, situación que no ocurrió sino hasta el día 12 de diciembre de 2024, tal y como se evidencia la siguiente anotación de siglo XXI:

Fecha de Actuación	Actuación	Anotación	Fecha inicia Término	Fecha finaliza Término	Fecha de Registro
2025-07-25	Recepción memorial	NOTIFICACION			2025-08-11
2025-08-11	Recepción memorial	PTE DDA SOLIC EXPEDIENTE			2025-08-11
2025-08-01	Recepción memorial	RECURSO			2025-08-05
2025-05-12	Fijación estado	Actuación registrada el 12/05/2025 a las 14:02:23.	2025-05-13	2025-05-13	2025-05-12
2025-05-12	Auto admite demanda				2025-05-12
2025-01-21	Al despacho				2025-01-21
2024-12-12	Radicación de Proceso	Actuación de Radicación de Proceso realizada el 12/12/2024 a las 15:42:50	2024-12-12	2024-12-12	2024-12-12

Teniendo en cuenta lo previamente expuesto, se puede resumir lo aquí relatado de la siguiente manera:

- El día 11 de enero de 2021 tuvo lugar el hecho que da base a la acción, es decir el fallecimiento del señor Cortes Nimisica (Q.E.P.D),.
- Con este primer hito temporal, preliminarmente se indica que el termino de dos años para presentar la demanda fenecería el 11 de enero de 2023.
- La parte demandante interrumpe el termino de prescripción por medio de solicitud de indemnización presentada el día 04 de febrero del 2021.

- Se presenta solicitud de conciliación el día el día 2 de noviembre del 2022, cuya audiencia tuvo lugar el 25 de noviembre de 2022, por lo que el término se suspendió durante 23 días.
- El nuevo termino de prescripción posterior a la suspensión seria el 27 de febrero del 2023, sin embargo la demanda se presentó hasta el 12 de diciembre del 2024, es decir, más de un año y once meses luego de vencido el termino, de modo que a prescripción ordinaria se configuró.

Por lo antes mencionado, no cabe duda de que desde cualquier arista en este caso operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro porque la parte demandante no interpuso su demanda dentro de los dos años siguientes posterior a la interrupción del término realizada por medio de solicitud de indemnización

En conclusión, se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el término de dos años siguientes al 27 de febrero del 2023 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 12 de diciembre del de 2024, por lo que de plano las pretensiones incoadas en la presente demanda no tienen mérito de prosperidad.

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

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

Es fundamental que desde ahora la Delegatura tome en consideración que el asegurado, el señor Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, tales como cáncer de próstata, Insuficiencia Venosa, Discopatía Lumbar crónica, e Insuficiencia Renal AKI III, diagnósticos que se mencionan en las historias clínica expedidas por las entidades IPS COLSUBSIDIOS y CLINICA LA COLINA, las cuales fueron aportadas con la solicitud de indemnización, y que se demostrara las fecha exacto de los diagnósticos y tratamientos que habrá recibido el asegurado, una vez se proceda con la práctica de pruebas de exhibición; por lo anterior, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

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

“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo” .⁷
(Subrayado fuera del texto original)

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

(...)

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 las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por el Aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho

⁷ 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.

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 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 escutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta **la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato.** En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio."⁸*
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001- 2003-00400-01.

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del año 2017, la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”⁹(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

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

⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023- 1996-02422-01

*calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.***

En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte, involucra toda una serie de elementos y entendimientos que deben ser tomados en cuenta en el momento de estudiar el fenómeno de la reticencia. Los elementos más representativos y dicentes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

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

Ahora para el caso en concreto, el señor Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), se llama la atención al despacho, que el asegurado quien tenía pleno conocimiento sobre los padecimientos que se consideraron en su historia clínica desde el año 2017, sin embargo este no lo informo por lo que que constituye una clara falta a la verdad, sobre la existencia de las siguientes enfermedades:

- **CÁNCER DE PROSTATA / INSUFICIENCIA VENOSA..**

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que por lo menos desde el 18 de noviembre del 2017, el señor Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D) fue diagnosticado con cáncer de próstata adicionalmente insuficiencia venosa. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento. Lo cual se puede observar en el siguiente extracto:

IDENTIFICACIÓN		COLSUBSIDIO NIT 860007336-1		
Nombre del paciente	CARLOS ENRIQUE CORTES NIMISICA	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento
Fecha de nacimiento	21/03/1957	Edad atención	60 años 1 mes	Edad actual
Sexo	Masculino	Estado civil	U.Libre	Ocupación
Dirección de domicilio	CL 78 S 78 B INR M N 2 D	Teléfono domicilio		Lugar de residencia
Acudiente		Parentesco		Teléfono acudiente
Acompañante		Teléfono acompañante		
Asegurador	SOS - SERVICIO OCCIDENTAL DE SA	Categoría	A	Tipo de vinculación
Epladío	29105128	Lugar de atención	CM FUNZA	Cama
Fecha de la atención	11/05/2017	Hora de atención	07:23:03	RCT: Cotizante

HISTORIA CLÍNICA GENERAL	
FACTORES DE RIESGO	
18/11/2017	F. Riesgo Alto en Salud Oral
Estado de Ingreso:	Vivo
Causa externa:	Enfermedad general
Finalidad de la consulta:	No Aplica
Motivo de consulta:	PARA LOS EXAMENES
Enfermedad actual:	ASISTE SOLO NATURAL DE BOGOTÁ PROCEDENTE DE BOSA, CUNDINAMARCA DIRECCIÓN CALLE 78 SUR 78B 11 INTERIOR 86 LA ESPERANZA TELEFONO 4492018 OCUPACION MECANICO TEXTIL ESCOLARIDAD PRIMARIA COMPLETA ESTADO CIVIL UNION LIBRE COTIZANTE PACIENTE ASISTE PARA LECTURA DE LABORATORIOS SOLICITADOS POR QUINQUENIO Y ANTIGENO PROSTATICO TAMIZAJE CANCER DE PRÓSTATA ACTUALMENTE ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR LABORATORIOS DEL 22.04.2017 COLESTEROL TOTAL 199 COLESTEROL HDL 40.1/ TRIGLICÉRIDOS 101.7 GLUCOSA EN SUERO 91 CREATININA EN SUERO 1.00 AG ESPECÍFICO DE PRÓSTATA PSA 0.53 UROANÁLISIS NORMAL TFG 78.8 PARA ERC E2 ELECTROCARDIOGRAMA DEL 19.04.2017

Documento: Historia clínica – IPS COLSUBSIDIO. Pag.36

Transcripción Parte Esencial: “Factores de riesgo 18/11/2017” “Cotizante paciente asiste para lectura de laboratorios solicitados por quinquenio y antígeno prostático tamizaje cáncer de próstata actualmente asintomático”

IDENTIFICACIÓN		COLSUBSIDIO NIT 860007336-1		
Nombre del paciente	CARLOS ENRIQUE CORTES NIMISICA	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento
Uso de Oxígeno:	NO			
Descripción:	<p>PACIENTE MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDA OCURRANDO CON INSUFICIENCIA VENOSA CEAP C2 SE SOLICITA COLOCACION DE MEDIAS DE COMPRESION MODERADA - ALTA DE USO DIARIO SE RECOMIENDA USO DE PROTECTOR SOLAR 3 VECES AL DIA. ADEMÁS SE SOLICITAN PARA CLINICOS DE TAMIZAJE RIESGO CARDIOVASCULAR SE DA ASESORIA DE CANCER DE PRÓSTATA SE SOLICITA PSA. ADEMÁS REFIERE DOLOR EN HEMOTIRAX IZQUIERDO SE SOLICITA ELECTROCARDIOGRAMA Y VALORACION CON RESULTADOS. ACTUALMENTE ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIO AL EXAMEN FISICO MUCOSA ORAL HUMEDA AFEBRIL TENSION ARTERIAL DENTRO DE LIMITES NORMALES NO SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIO SISTEMICO NO DISNEA NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL PUÑO PERCUSION NEGATIVA BILATERAL SIN RIESGO CARDIOVASCULAR NO EQUIVALENTES ANGINOSOS. SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA REGULAR DIETA HIPOSODICA HIPOGLUCIDA E HIPOLIPIDICA SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA (CEFALEA, EMESIS, DIARREA, ALTERACION DE LA CONCIENCIA , FIEBRE, DISNEA, DOLOR TORACICO, DOLOR BDOMINAL, TOS, DISURIA , HEMATURIA, EPISTAXIS) SE DAN RECOMENDACIONES GEERALES Y SIGNOS DE ALARMA SE EXPLICA A PACINETE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.</p>			
Responsable:	ACOSTA, NATALI			
Documento de Identidad:	1022401570			
Especialidad:	MEDICINA GENERAL			

Documento: Historia clínica – IPS COLSUBSIDIO. Pag.62

Transcripción Parte Esencial: “Paciente masculino de 62 años de edad cursando con insuficiencia venosa” “Se da asesoría de cáncer de próstata”

Respecto a la insuficiencia venosa, tal enfermedad será comprobada su fecha de diagnóstico una vez se practique las pruebas de oficios solicitadas con el fin de obtener la historia clínica integral en donde podremos determinar con certeza la fecha misma de su diagnóstico.

• **DISCOPATIA LUMBAR.**

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que por lo menos desde el 3 de agosto del 2018, el señor Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D) fue diagnosticado con cáncer de próstata. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento. Lo cual se puede observar en el siguiente extracto:

Fecha:	03/08/2018	Hora:	07:59:08
Transfusionales	no refiere		
Familiares	no refiere		
Inmunológicos	no refiere		
Otros	DISCOPATIA LUMBAR		
Alérgicos	NIEGA		
Patológicos	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL		
Quirúrgicos	no refiere		

Documento: Historia clínica – IPS COLSUBSIDIO. Pag.11

Transcripción Parte Esencial: “fecha 03/08/2018 “Discopatía lumbar”

• INSUFICIENCIA RENAL AGUDA AKI III

Una vez se proceda con la practica de pruebas lograremos demostrar con suficiencia que esta enfermedad fue diagnosticado de manera previo a la inclusion al seguro de VIDA GRUPO DEUDORES No.AA70543, que tuvo lugar el 6 de agosto del 2019.

Ahora bien, con la práctica de pruebas por medio de las solicitudes de oficio a estas IPS y a la EPS FAMISANAR, que corresponde a la ultima EPS a la cual estuvo afiliado el asegurado, previo a su fallecimiento, pretendemos probar de manera contundente que estas enfermedades estaban diagnosticadas al asegurado, previas al 6 de agosto del 2019, que fue su ingreso al contrato de seguro VIDA GRUPO DEUDORES No.AA70543.

De todos modos, debemos resaltar que para mi representada, resultaba de suma importancia conocer los diagnósticos ya mencionados, ya que estas enfermedades pueden aumentar la posibilidad de concretarse el riesgo de muerte, tal y como se evidencia en los siguientes párrafos:

- El **cáncer de próstata** es una patología de carácter grave que, dependiendo de su estadio, puede implicar un pronóstico de vida reducido y un alto costo en tratamientos como cirugía, radioterapia, quimioterapia u hormonoterapia. Conocer su existencia antes de la suscripción del contrato es relevante porque afecta directamente la expectativa de vida del asegurado y el nivel de riesgo que asume la aseguradora, lo que incide en la viabilidad, condiciones y prima del seguro.
- La **discopatía lumbar** es una afección crónica de la columna vertebral que puede generar incapacidad laboral temporal o permanente, así como costos recurrentes por tratamientos médicos, terapias físicas e incluso cirugías. Su conocimiento previo permite a las aseguradoras evaluar la probabilidad de reclamaciones por el amparo de incapacidad total o parcial, así como ajustar las coberturas o establecer exclusiones que reflejen adecuadamente el riesgo real.

- La **insuficiencia renal**, en cualquiera de sus estadios, implica un deterioro progresivo de la función renal que puede derivar en tratamientos de alto costo como la diálisis o el trasplante. Este diagnóstico previo es fundamental para la aseguradora, pues se asocia con un incremento significativo en la probabilidad de siniestros por muerte o invalidez, y en gastos médicos, lo que exige un cálculo técnico de prima ajustado al riesgo o la aplicación de exclusiones específicas.
- La **insuficiencia venosa**, especialmente en estadios avanzados, aumenta el riesgo de complicaciones graves como trombosis venosa profunda o embolia pulmonar, eventos que pueden ser potencialmente mortales si no se detectan y tratan oportunamente. Por tanto, su conocimiento previo a la suscripción del contrato es esencial para que la aseguradora evalúe adecuadamente el riesgo de siniestros que activen el amparo de muerte.

Las condiciones medicas que sufría el asegurado, y por lo tanto no cabe lugar a duda sobre la omisión a mencionar aquella condición tan relevante para la compañía aseguradora.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) la señora Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D) ya contaba con una serie de diagnósticos como **cáncer de próstata, discopatía lumbar, insuficiencia renal e insuficiencia venosa**, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C. Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C-232 de 1997), fue completamente clara al

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

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

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

En otras palabras, queda demostrado que la demandante, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, padecía y conocía de la existencia de sus enfermedades de como cáncer de próstata que fue diagnosticado al menos desde el 18 de noviembre del 2017, discopatía lumbar a partir del 3 de agosto del 2018, y respecto a las enfermedades de insuficiencia venosa y la insuficiencia renal, estas se demostraran de manera certera con la práctica de la pruebas que la mismas, fueron diagnósticas y conocidas por el asegurado previo a la fecha del 6 de agosto del 2019, fecha en la que se incluyó en el seguro de vida deudor AA.70543

En resumen, el señor Cortes Nimisaca (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido sus antecedentes médicos con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de L. Sr. Cortes Nimisaca (Q.E.P.D) debe declararse nulo, toda vez que negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del seguro.

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

3. FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA PÓLIZA VIDA GRUPO AL ESTAR ANTE UN RIESGO EXPRESAMENTE EXCLUIDO DE AMPARO

El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso no podrá afectarse la póliza de seguro expedida por mi representada, puesto que en este caso se encuentra patente la falta de cobertura material de la mentada Póliza, al encontrarnos frente a un riesgo expresamente excluido de cobertura. Lo anterior, comoquiera que se configuró dos exclusiones generales para todos los amparos consistente en que no se procederá con pago alguno en vista de la configuración, de las cuales ya comentamos que una se refiere a la presencia de los diagnósticos de Cáncer e insuficiencia renal previo a la inclusión del seguro, fue una de las exclusiones aducidas para objetar el reclamo, pero adicional también se observa que con base en la reticencia, también se está incurriendo de la exclusión de otras enfermedades preexistentes, como también correspondió a la insuficiencia venosa y a la discopatía lumbar; de igual forma, en el caso hipotético que se logre determinar que las enfermedades de cáncer de próstata e insuficiencia renal, se demuestre que las mismas fueron diagnosticadas posteriores a la vigencia, debe tenerse en cuenta que estas enfermedades son objeto de exclusión aún dentro de la vigencia, y en ese sentido es evidente que el amparo de muerte solicitado por la parte demandante carece de cobertura por parte del seguro contratado.

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

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial

del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños.

En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza de Seguro de Vida Grupo en sus Condiciones generales señala una serie de exclusiones las cuales se describen a continuación:

Dentro de las exclusiones aplicables a todos los amparos se pactó que el asegurador no procederá con pago alguno si el asegurado con anterioridad a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de haya sido diagnosticado con cáncer o insuficiencia renal crónica como veamos la literalidad de la exclusión:

“2. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA. LA EQUIDAD QUEDARÁ LIBERADA DE RESPONSABILIDAD, APLICABLE A TODOS LOS AMPAROS, BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO CUANDO EL EVENTO SE PRESENTE COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

*D. PRESENTAR, HABER PRESENTADO O HABER SIDO DIAGNOSTICADA EN CUALQUIER TIEMPO ANTERIOR AL INGRESO A LA PÓLIZA, O AUMENTO DEL SALDO DEUDOR O NUEVO PRÉSTAMO, ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: DIABETES I Y II, VIH POSITIVO / SIDA, **CÁNCER**, AFECCIONES CEREBROVASCULARES, AFECCIONES CARDIOVASCULARES, **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**, ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA “EPOC*

Asimismo, excluye de cualquier otra enfermedad presentada con preexistencia de la vigencia del seguro, como se refleja en la siguiente exclusión:

B. ENFERMEDADES, ACCIDENTES, DIAGNÓSTICOS O TRATAMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

Y finalmente, en el caso que no se logre determinar que las enfermedades de cáncer de próstata e insuficiencia renal, no se diagnosticaron previo a la entrada del de asegurado al seguro de VDG No. AA70543 y por lo tanto estas se presentaron de manera posterior a la vigencia, igual manera su diagnóstico son objeto de exclusión como se señala en la siguiente exclusión:

*A. ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: DIABETES I Y II, VIH POSITIVO/ SIDA, **CÁNCER**, AFECCIONES CEREBROVASCULARES, AFECCIONES CARDIOVASCULARES, **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**, ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA “EPOC”, ALCOHOLISMO O TABAQUISMO. ESTA EXCLUSIÓN OPERA ASÍ LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO NO TENGA NINGUNA RELACIÓN CON LAS PATOLOGÍAS CITADAS Y SIN QUE SEA REQUISITO QUE LA EQUIDAD EXIJA PARA SU INGRESO, EL DILIGENCIAMIENTO DE CUESTIONARIO O PRÁCTICA DE EXÁMENES*

Respecto a los diagnósticos antes referenciados, de cáncer de próstata, insuficiencia venosa, discopatía lumbar crónica, e insuficiencia renal AKI III, los mismos se hacen evidentes en la historia clínica aportadas de las ips que dieron atención al Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), como se evidencia a continuación:

- **Historia Clínica IPS COLSUBSIDIO.**

IDENTIFICACIÓN		COLSUBSIDIO NIT 860007336-1			
Nombre del Paciente	CARLOS ENRIQUE CORTES NIMISICA	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	79112482
Fecha de nacimiento	21/03/1957	Edad atención	60 años 1 mes	Edad actual	64 años 0 meses
Sexo	Masculino	Estado civil	U.Libre	Ocupación	EMPLEADO
Dirección de domicilio	CL 78 S 78 B INR M N 2 D	Teléfono domicilio		Lugar de residencia	BOGOTA D.C
Acudiente		Parentesco		Teléfono acudiente	
Acompañante		Teléfono acompañante			
Asegurador	SOS - SERVICIO OCCIDENTAL DE SA	Categoría	A	Tipo de vinculación	RCT: Cotizante
Episodio	29105128	Lugar de atención	CM FUNZA	Cama	
Fecha de la atención	11/05/2017	Hora de atención	07:23:03		

HISTORIA CLÍNICA GENERAL	
FACTORES DE RIESGO	
18/11/2017	F. Riesgo Alto en Salud Oral
Estado de Ingreso:	Vivo
Causa externa:	Enfermedad general
Finalidad de la consulta:	No Aplica
Motivo de consulta:	PARA LOS EXAMENES
Enfermedad actual:	ASISTE SOLO NATURAL DE BOGOTA PROCEDENTE DE BOSA, CUNDINAMARCA DIRECCION CALLE 78 SUR 78B 11 INTERIOR 86 LA ESPERANZA TELEFONO 4492018 OCUPACION MECANICO TEXTIL ESCOLARIDAD PRIMARIA COMPLETA ESTADO CIVIL UNION LIBRE COTIZANTE PACIENTE ASISTE PARA LECTURA DE LABORATORIOS SOLICITADOS POR QUINQUENIO Y ANTIGENO PROSTATICO TAMIZAJE CANCER DE PRÓSTATA ACTUALMENTE ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR LABORATORIOS DEL 22.04.2017 COLESTEROL TOTAL 199 COLESTEROL HDL 40.1/ TRIGLICÉRIDOS 101.7 GLUCOSA EN SUERO 91 CREATININA EN SUERO 1.00 AG ESPECIFICO DE PRÓSTATA PSA 0.53 UROANALISIS NORMAL TFG 78.8 PARA ERC E2 ELECTROCARDIOGRAMA DEL 19.04.2017

Documento: Historia clínica – IPS COLSUBSIDIO. Pag.36

Transcripción Parte Esencial: “Factores de riesgo 18/11/2017” “Cotizante paciente asiste para lectura de laboratorios solicitados por quinquenio y antígeno prostático tamizaje cáncer de próstata actualmente asintomático”

IDENTIFICACIÓN	
Nombre del paciente	CARLOS ENRIQUE CORTES NIMISICA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	79112482
Uso de Oxígeno:	NO
Descripción:	PACINETE MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDA OCURRANDO CON INSUFICIENCIA VENOSA CEAP C2 SE SOLICITA COLOCACION DE MEDIAS DE COMPRESION MODERADA - ALTA DE USO DIARIO SE RECOMIENDA USO DE PROTECTOR SOLAR 3 VECES AL DIA. ADEMÁS SE SOLICITAN PARA CLINICOS DE TAMIZAJE RIESGO CARDIOVASCULAR SE DA ASESORIA DE CANCER DE PRÓSTATA SE SOLICITA PSA. ADEMÁS REFIERE DOLOR EN HEMOTIRAX IZQUIERDO SE SOLICITA ELECTROCARDIOGRAMA Y VALORACION CON RESULTADOS. ACTUALMENTE ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIO AL EXAMEN FISICO MUCOSA ORAL HUMEDA AFEBRIL TENSION ARTERIAL DENTRO DE LIMITES NORMALES NO SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIO SISTEMICO NO DISNEA NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL PUÑO PERCUSION NEGATIVA BILATERAL SIN RIESGO CARDIOVASCULAR NO EQUIVALENTES ANGINOSOS. SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA REGULAR DIETA HIPOSODICA HIPOGLUCIDA E HIPOLIPIDICA SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA (CEFALEA, EMESIS, DIARREA, ALTERACION DE LA CONCIENCIA , FIEBRE, DISNEA, DOLOR TORACICO, DOLOR BADO MINAL, TOS, DISURIA , HEMATURIA, EPISTAXIS)SE DAN RECOMENDACIONES GEEALES Y SIGNOS DE ALARMA SE EXPLICA A PACINETE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
Responsable:	ACOSTA, NATALI
Documento de Identidad:	1022401570
Especialidad:	MEDICINA GENERAL

Documento: Historia clínica – IPS COLSUBSIDIO. Pag.62

Transcripción Parte Esencial: “Paciente masculino de 62 años de edad cursando con insuficiencia venosa” “Se da asesoría de cáncer de próstata”

Fecha:	03/08/2018	Hora:	07:59:08
Transfusionales	no refiere		
Familiares	no refiere		
Inmunológicos	no refiere		
Otros	DISCOPATIA LUMBAR		
Alérgicos	NIEGA		
Patológicos	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL		
Quirúrgicos	no refiere		

Documento: Historia clínica – IPS COLSUBSIDIO. Pag.11

Transcripción Parte Esencial: “fecha 03/08/2018 “Discopatía lumbar”

- **Historia Clínica La Colina.**

ZAFIRO CUIDADO INTENSIVO EXPANSIÓN PROVISIONAL - ZAFIRO CUIDADO INTENSIVO EXPANSIÓN PROVISIONAL (4-ene-2021 12:27:33 am - SALA DE CIRUGIA 4 CLC Diagnósticos: Evolución UCI noche Expansión salas de cirugía Paciente masculino de 63 años con diagnósticos: 1. Choque séptico de origen pulmonar 2. Disfunción multiorgánica (Compromiso pulmonar, cardiovascular, renal) 3. Falla ventilatoria mixta 3.1. IOT 02/01/2021 4. SDRA severo 5. Neumonía viral 5. Infección confirmada por sars-cov-2 (Rt-PCR covid positiva 27/12/2020) 6. Insuficiencia renal aguda AKI III 7. Hiponatremia leve con moderada hipercalemia

Documento: Historia clínica – Clínica La Colina Pag.11

Transcripción Parte Esencial: “Insuficiencia renal aguda AKI III ”

Con los anteriores extracto sea hace evidente que el Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D),previo a la inclusión del seguro VDG No.AA70543 que correspondió al 6 de agosto del 2019, este encontraba ya cruzando por un diagnóstico de las enfermedades de insuficiencia venosa, discopatía lumbar, cáncer de próstata e Insuficiencia renal aguda AKI III, de igual forma en el caso hipotético que no se logrará evidenciar su diagnóstico de manera anterior a la inclusión del seguro téngase en cuenta que estas dos últimas patologías, son objeto de exclusión aun cuando estas se presente después de entrar en vigencia el contrato de seguro.

En conclusión, los hechos del presente proceso se enmarcan en las exclusiones ya referidas, por lo que es claro que el evento reclamado que es la muerte del Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), carece de cobertura a la luz de las condiciones generales señaladas.

Por lo anterior solicito al despacho se declare como probada la presente excepción.

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

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

DZM

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

GHA
ABOGADOS & ASOCIADOS

a la celebración de un contrato de seguro, como se expone en el escrito de la demanda para el caso que nos ocupa, desconociendo la ubérrima buena fe que recae en cabeza del señor Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), para el momento de la suscripción del contrato de seguro, en cumplimiento de sus deberes como consumidora financiera. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

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

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

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

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

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

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

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

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

Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)¹³

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

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

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

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

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

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

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

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

(...)

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

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

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de

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

*contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...*¹⁵
(subrayado fuera del texto original).

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

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

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

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

Por lo anterior manifestado, es evidente, entonces, que mi apoderada no tenía ninguna obligación de realizar exámenes médicos al Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), en virtud de la buena fe que reviste el seguro de vida, no obstante esté si tenía la carga de manifestar verazmente su estado de salud, pero decidió omitirlo.

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

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

Resulta fundamental confirmarle a su Delegatura que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas. Como se configura en el presente caso ante la omisión a la verdad en la que incurrió el señor Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), previo a la inclusión del seguro de VDG No.AA70543, que tuvo lugar el 6 de agosto del 2019.

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad

que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro". (negrilla y subrayas fuera del texto)".¹⁶

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁷, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

"Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración», (Subrayas fuera del texto original).

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

"Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al

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

¹⁷ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio". (Subrayado fuera del texto original)

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

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de éste último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado el señor Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

6. EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que la honorable Superintendencia Financiera de Colombia tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia

de un evento de reticencia, como el que ha acaecido con el Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

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

En conclusión, dado que el señor Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

7. IMPROCEDENCIA DAÑO EMERGENTE.

En el presente caso, el apoderado de la parte demandante, solicita el reconocimiento de los honorarios de abogado por valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$4.500.000), al respecto, debemos señalar que i) dicho valor no es objeto cobertura por parte de la póliza de vida grupo deudor no. póliza de Vida Grupo Deudor No. AA70543 y ii) este valor solicitado será reconocido en el caso hipotético que mi se venza en fallo a mi representada, por lo que este pedimento corresponde a un gasto de defensa que son reconocidos como costas procesales.

Al respecto, se ha entendido las costas de la siguiente manera:

“Las costas procesales: Son todos aquellos gastos de tipo económico que realizó la parte que gana el litigio en un proceso judicial. Son liquidadas y declaradas por el Juez en la sentencia en contra de la parte vencida y, a favor, de la parte vencedora. Las costas procesales se dividen en dos:

**Expensas y,*

**Agencias en derecho.*

• Las expensas: Son todos los gastos que se requieren para el juicio, diferentes de los honorarios de abogado. Las expensas pueden ser, el costo de honorarios de peritos, impuestos, fotocopias, viáticos, desplazamientos sobre diligencias realizadas fuera de audiencias, etc.

- *Las agencias en derecho: Son todos los gastos que sufragó o pago la parte triunfadora para ejercer la defensa judicial en el proceso.”*

De lo anterior, es claro que el pedimento presentado por el apoderado, no tiene procedencia y que únicamente la tendría en el caso hipotético que se condene a mi representada, en costas, pero no como una cifra independiente.

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

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

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

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO	
DETALLE	VALOR ASEGURADO
Muerte por Cualquier Causa	\$40,000,000.00
Invalidez	\$40,000,000.00

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

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

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que la honorable Superintendencia Financiera de Colombia considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha del fallecimiento, el cual deberá ser señalado por la entidad demandante.

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

10. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

En atención a las disposiciones contenidas 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 Código de Comercio).

IV. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Póliza vida grupo deudor No. AA0705543, vigencia 01/12/2020 -01/12/2021
- 1.2. Condicionado general y particular del Seguro de Vida Individual Deudores No. 19/12/2019-1429-P-34-000000000002031-D001
- 1.3. Historia clínica del señor Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D)
- 1.4. Solicitud de indemnización del 4 de febrero de 2021
- 1.5. Derechos de petición presentados a E.P.S Famisanar S.A.S y el I.P.S COLSUBSIDIO y Clínica La Colina, con el fin de obtener la historia clínica de Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D).

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor GABRIEL IGNACIO SOLANO GÓMEZ representante legal de la entidad FONDO DE EMPLEADOS DE HILANDERÍA BOGOTÁ, o quien haga sus veces, 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. El representante legal de la entidad demandante podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado por el artículo 198 del Código General del Proceso, comedidamente solicito al Despacho ordenar la citación del representante legal de EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos relacionados con el proceso, y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. AA70543.

4. TESTIMONIALES

- 4.1 Solicito respetuosamente se decrete el testimonio de la doctora **DAISY CAROLINA LOPEZ ROMERO** quien ostenta la calidad de asesora externa de la Compañía que representó y podrá dar cuenta al despacho sobre los fundamentos de hecho y de derecho expuestos en la presente contestación, del mismo modo podrá exponer y explicar las particularidades de la póliza de seguro

de cumplimiento relacionada en el proceso, su naturaleza y alcance indemnizatorio. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, características, vigencia, coberturas y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda, de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

La Doctora podrá ser citada en la Carrera 11A No. 94^a -23, Oficina 201 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico lopezromerodc@hotmail.com

4.2 Solicito respetuosamente se decrete el testimonio del señor **CARLOS ANDRÉS CORTES ZABALA**, hijo del Sr . Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D) quien podrá dar cuenta al despacho las condiciones de vida de su padre antes y durante la vigencia pactada de la póliza de VIDA GRUPO DEUDORESAA70543. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones salud del asegurado necesarias para soportar con las historias clínicas y de esta manera desatar el presente litigio.

El señor CORTES ZABALA puede ser notificado al correo electrónico carlosa.cortes@outlook.com, misma dirección que es suministrada en la demanda por parte del apoderado de la parte demandante.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

4.1 De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **IPS COLSUBSIDIO**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la historia clínica del señor Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), del año 2017 hasta el 2021.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores, que no fueron oportunamente señaladas al momento de suscribir su certificado individual de seguro; La **IPS COLSUBSIDIO** puede ser notificada a través del correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com.

4.2 De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **CLINICA COLINA**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la historia clínica del señor Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), del año 2017 hasta el 2021.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores, que no fueron oportunamente señaladas al momento de suscribir su certificado individual de seguro; La **CLINICA**

COLINA, puede ser notificada a través del correo electrónico notificacionesclc@clinicadelcountry.com.

4.3 De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **FAMISANAR E.P.S.**, la cual fue la última E.P.S. a la que estuvo afiliada el asegurado, según reporte del **ADRES**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la historia clínica del señor Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), del año 2017 hasta el 2021.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores, que no fueron oportunamente señaladas al momento de suscribir su certificado individual de seguro; La **FAMISANAR E.P.S.**, puede ser notificada a través del correo electrónico servicioalcliente@famisanar.com.co.

6. PRUEBA MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE OFICIOS

6.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la **IPS COLSUBSIDIO**, para que entregue a su despacho, los siguientes documentos:

- o copia íntegra de la historia clínica del señor Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), del año 2017 hasta el 2021.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), no fueron oportunamente señaladas al momento de suscribir su certificado individual de seguro; además de probar el momento en que aquel fue pensionado por estado de invalidez. La IPS COLSUBSIDIO puede ser notificada a través del correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com.

6.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la **CLINICA COLINA**, para que entregue a su despacho, los siguientes documentos:

- o copia íntegra de la historia clínica del señor Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), del año 2017 hasta el 2021.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), no fueron oportunamente señaladas al momento de suscribir su certificado individual de seguro; La **CLINICA COLINA**, puede ser notificada a través del correo electrónico notificacionesclc@clinicadelcountry.com.

6.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la **FAMISANAR E.P.S**, para que entregue a su despacho, los siguientes documentos:

- o copia íntegra de la historia clínica del señor Sr. Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), del año 2017 hasta el 2021.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Carlos Enrique Cortes Nimisica (Q.E.P.D), no fueron oportunamente señaladas al momento de suscribir su certificado individual de seguro; La **FAMISANAR E.P.S**, puede ser notificada a través del correo electrónico servicioalcliente@famisanar.com.co.

7. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL C.G.P.

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

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

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”*. Comedidamente se le solicita a la Superintendencia Financiera de Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiada aporte con destino al presente la historia clínica del demandante. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de las E.P.S Famisanar S.A.S y el I.P.S COLSUBSIDIO y Clínica La Colina, pues estos son de su exclusivo

conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia sea de un (1) mes, y comience una vez se cuente con las historias clínicas que se solicitaron a través de oficios.

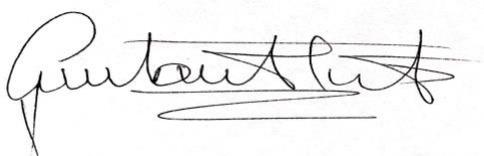
ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación legal de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. expedido por la Cámara de Comercio.
3. Escritura Pública No. 2779 de 2021 suscrita en la Notaría Décima del Círculo de Bogotá
4. Certificado de existencia y representación legal de G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.
5. Certificado de existencia y representación legal de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., expedido por la Superintendencia Financiera

NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Carrera 11A # 94A - 23 Oficina 201 de la ciudad de Bogotá, o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co
- Mi procurada, EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., recibirá notificaciones Calle 99 No. 99 A – 54 Local 8 Torre Equidad de la ciudad de BOGOTÁ D.C., correo electrónico: notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop.
- El Demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relacionan en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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