



Señores

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR

E. S. D.

REF.: PROCESO VERBAL

DEMANDANTE: SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

RAD: 2019-00718

OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS, mujer, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.006.745 expedida en El Banco (Magdalena), abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 23.817 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderada judicial de la sociedad **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, mediante el presente escrito y previo a reasumir el poder, me permito sustentar en segunda instancia el recurso de apelación y presentar los reparos en contra de la sentencia de primera instancia, proferida en la audiencia de instrucción y juzgamiento realizada el 22 de marzo de 2023, de conformidad con lo normado en el artículo 322 del Código General del Proceso

REPAROS FRENTE A LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

II. En cuanto a la inconformidad con la sentencia de primera instancia sobre no declarar probada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro recogido en la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 0110043 por reticencia o inexactitud

Discrepa en su totalidad esta apoderada judicial acerca de las consideraciones del Juzgado Promiscuo Municipal de Bosconia, en cuanto a no declarar probada la excepción denominada “NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA DE SEGURO POR RETICENCIA O INEXACTITUD”, pues el despacho no tuvo en cuenta las pruebas practicadas a lo largo del proceso donde se constata los antecedentes médicos que padecía la demandante al momento de suscribir el contrato de seguros y que omitió declarar.

Los conceptos de reticencia e inexactitud hacen mención a las obligaciones precontractuales del tomador, como lo es la declaración del estado del riesgo, ya que sobre ella se sustentarán todas las bases del contrato de seguro. La declaración del estado del riesgo debe tener dos características; debe ser sincera y versar sobre los hechos y circunstancias determinantes del estado del riesgo.

La inexactitud presupone una conducta activa del tomador e implica discordancia objetiva entre la declaración expresa (la absolución afirmativa o negativa de una pregunta, la afirmación espontánea de un hecho) y la realidad del hecho o circunstancia sobre que ella recae. La reticencia, en cambio, entraña por definición, una conducta pasiva: es el silencio, es la omisión, el encubrimiento de un hecho o circunstancia sobre los cuales se reclamado la atención del tomador o cuya importancia ha debido motivar su declaración espontánea.¹

Es decir que la declaración debe ser ajustada a la verdad de la situación de los bienes y las personas; no se deben omitir por parte del candidato al seguro hechos que pudieran afectar la voluntad del asegurador al momento de valorar el riesgo; el candidato al seguro está en mejor condición para conocer el verdadero estado del riesgo y es su deber informarlas al asegurador para que haga una adecuada calificación del riesgo, ya que ésta se sujeta a la información suministrada por el tomador asegurado o beneficiario en su declaración.

¹ Teoría general del seguro – El contrato. J. Efrén Ossa G. Temis. Pag 330



El seguro es un contrato peculiar, fundado bajo el apotegma de la buena fe, elevada a su máxima expresión; el carácter de *uberrimae bona fidei* le da la connotación particular de la que se anota, de tal suerte que este axioma debe verificarse desde la etapa precontractual del seguro, inclusive, en los tratos preliminares también debe observarse so pena de generarse intereses negativos como lo son la nulidad relativa del contrato.

El tratadista Joaquín Garrigues expresa que la exigencia de la ubérrima buena fe obedece al hecho de que “ *el seguro es un contrato celebrado en masa, en el que se ofrecen las características propias de un contrato de adhesión*” agregando que la exigencia de la buena fe lleva en el contrato de seguro a consecuencias extremas, desconocidas en los demás contratos, en tal sentido se dice que el seguro es *uberrimae fidei contractus*, esta nota peculiar se manifiesta no solo en la ejecución del contrato, sino en el momento anterior al contrato. Esto es justamente lo típico del seguro. Pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante seguro en el momento en que esté todavía no lo es, se trata de un deber precontractual a cargo del tomador-asegurado del seguro, consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos cuyas circunstancias el asegurador va a asumir².

Ahora bien, el fenómeno de la reticencia en el contrato de seguro se encuentra regulado en el código de comercio, para una mayor ilustración me permito transcribir las normas que la regulan:

“Art. 1058. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro...” (Negrillas y subrayado por fuera del texto original)

(...)

“Art. 1158. 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 de lugar.”

Es claro que, por disposición legal, los artículos 1058 y 1158 del C. de Co. imponen un deber, como imperativo de conducta, en el candidato a asegurado dentro de la póliza dada la especialidad de este contrato, previendo que en caso de incumplimiento en la declaración sincera de los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo tal situación conlleva a la sanción prevista en el citado artículo 1058.

La sanción prevista en el artículo 1058 del código de comercio se justifica en la medida en que la reticencia o inexactitud en la que incurre el tomador, en la declaración del estado del riesgo, representa un “vicio en el consentimiento del asegurador el cual es inducido a un error en su manifestación de voluntad frente al tomador”.

La doctrina sobre el particular ha indicado:

“Como no es razonable exigir al asegurador el aseguramiento “a ciegas” de los riesgos por cuanto ello desvirtuaría el fundamento técnico de la operación aseguradora –la ley de los grandes números y el cálculo de probabilidades–, y como tampoco será posible en todos o en muchos casos la comprobación directa de los riesgos por asumir, dadas (sic) la dispersión geográfica de los riesgos y las numerosas propuestas de aseguramiento que recibe el asegurador en virtud de la contratación en masa, él que tiene que confiar o tener fe en lo que le manifiesta el candidato a tomador y, por ende, se justifica plenamente la existencia de un régimen especial que regule cabalmente el deber de información a cargo de este último y las consecuencias de su incumplimiento. Ese voto de confianza en lo que manifiesta el candidato a tomador se torna en núcleo fundamental del seguro pues el asegurador, en cierta forma, se abandona, entrega o se pone en las manos de aquel, y estará tranquilo sólo si espera

² Joaquín Garrigues, Ob. Cit. Pags 256 y 257

y efectivamente se produce un comportamiento honrado, leal, eficiente, transparente y diligente por parte de quien le proporcionó la información.”³

Igualmente debemos señalar que:

*“No obstante lo aleatorio del contrato, como la ley procura un tratamiento de equilibrio entre el riesgo que asume el asegurador y la contraprestación a cargo del tomador, **las consecuencias de una eventual fractura de esta armonía** pesan no solamente sobre los contratantes, sino sobre los terceros con interés en el contrato, tales como el asegurado o el beneficiario. De ahí que el artículo 1044 ejusdem, declare con diaphanidad que el asegurador le puede oponer al beneficiario las excepciones que le hubiera propuesto al asegurado, o al tomador, en caso de ser estos distintos de aquél, y al asegurado las que hubiere podido alegar contra el tomador. **Por consiguiente, si el tomador en la declaración de asegurabilidad incurrió en reticencia o inexactitud, la nulidad relativa que ello genera se constituye en un motivo para el no pago de la indemnización oponible al beneficiario y al asegurado.**” (1999) Corte Suprema de Justicia – Expediente No. 04923*

Ahora, de acuerdo a lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, el candidato al seguro debe declarar en forma sincera el estado del riesgo, esta declaración se puede hacer en forma dirigida, es decir, cuando la aseguradora provee un formulario de preguntas, o de manera espontánea cuando no se entregue el mismo por parte de la compañía de seguros.

En el primer escenario, el hecho de que la aseguradora haya suministrado un cuestionario que debe ser respondido por parte del candidato al seguro, conlleva unos efectos prácticos, como es que se presume que las preguntas que se incluyen en el cuestionario son determinantes para efectos de que la compañía de seguros forme su juicio en torno a la celebración o no del contrato de seguro o su celebración en condiciones más gravosas.

El cuestionario puede contener preguntas referentes a aspectos objetivos o aspectos subjetivos o morales del riesgo. Existiendo omisión de información sobre alguno de esos hechos objetivos o subjetivos o una información imprecisa o inexacta sobre los mismos, se viciaría el consentimiento de la compañía de seguros. Razón por la cual el tomador de seguro está obligado a responder sinceramente el cuestionario que le proporcione la compañía de seguros previo a la celebración del contrato.

En cuanto a la declaración dirigida, la doctrina ha expuesto que *“Cuando la declaración obedece a un cuestionario planteado por el asegurador, mediante una declaración dirigida, la buena fe del declarante opera sobre hechos o circunstancias de orden objetivo y subjetivo. En este caso sólo hace falta la existencia de la reticencia o inexactitud para dar fundamento a la procedencia de la acción rescisoria”⁴*

Bajo esta premisa, el espíritu del artículo 1058 del C. de Co. busca que el asegurador preste su consentimiento libre de vicios, es decir, separado de error o dolo causado por culpa del candidato a tomador – asegurado, consentimiento que para el caso que nos ocupa, como ya bien se expuso se encuentra viciado.

Igualmente, en fallo de casación de 2 de agosto de 2001, expediente número 6146, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, insistió:

“(…) la declaración de asegurabilidad debe contener una información fidedigna, amén de veraz y oportuna, como quiera que en función suya, preponderantemente, el asegurador expresará su voluntad de establecer una relación contractual con el sujeto que, en la etapa precedente: la

³ Asociación Colombiana de Derecho de Seguros. Deberes de información en la etapa precontractual a cargo del asegurador y del candidato a tomador. Ponencia del Dr. José Fernando Torres Fernández de Castro. XXIII Encuentro Nacional. Santiago de Cali, octubre de 2002.

⁴ GONGORA NAVIA, Luis Jorge; BERNOSKE MERINO, Elizabeth Ann. Declaración Inexacta y Reticiente sus efectos en el seguro de vida. En: Memorias XVII Encuentro Nacional Asociación Colombiana de Derecho de Seguros ACOLDESE, octubre de 1992 Paipa (Boyacá).



precontractual, fungió en calidad de candidato a tomador del seguro -llamado en algunos círculos asegurando, por su potencialidad-. Ello explica el empleo de la expresiva y diciente locución: "sinceramente", inmersa en el primer inciso del artículo 1058 del Código de Comercio, relativa al deber –o carga- de declarar, que sirve para ilustrar el justiciero deseo que le asiste al legislador, consistente en que el asegurando, con responsabilidad y solvencia, asuma tan revelador compromiso, base fundamental del asentimiento del asegurador, quien ha depositado su confianza en su cocontratante.

Todo ello justifica, en demasía, no sólo la consagración positiva en el derecho nacional del referido deber informativo (o carga, stricto sensu), como se indicó de penetrante valía, sino también la adopción de un severo régimen sancionatorio, para el evento de que el futuro tomador lo pretermita, en muestra de inequívoco resquebrajamiento del axial principio de la buena fe, piedra angular de los negocios de confianza, como lo es el seguro, por antonomasia, sin perjuicio de eventuales investigaciones o inspecciones que, motu proprio, efectúe la entidad aseguradora - facultativamente-, para mejor proveer, si así lo estima aconsejable (art. 1.048 C. de Co), ya que, en rigor, no está obligada a realizarlas. No en balde, son un arquetípico plus -y no un prius-.

(...)

3. *Aplicado el discurso que antecede al contrato de seguro, concretamente a su fase precontractual (buena fe in contrahendo), salta a simple vista su conexión y pertinencia, puesto que la carga (onere u obliegenheit) de declarar el estado del riesgo, radicada en cabeza del candidato a tomador, no se agota por completo al momento de responder el cuestionario formulado por el asegurador, como prima facie pudiera parecer de una inconexa y avara lectura del primer inciso del artículo 1.058 del C. de Co, habida consideración que la plausible -y terminante- exigencia de 'declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo', en sí misma considerada, posee un espectro más amplio y, por contera, es titular de una proyección sustancialmente mayor, como tal llamada a trascender el diligenciamiento del cuestionario en comento, que servirá como aquilatada brújula para orientar la tipología de sus respuestas, pero en manera alguna para entender que, una vez obtenidas, cesa -o fenece- dicha exigencia.*

Tan cierto será lo afirmado, que la declaración de asegurabilidad puede hacerse en Colombia -al contrario de otras naciones- sin '...sujeción a un cuestionario determinado' (inciso segundo, art. 1.058, C. de Co.), lo que demuestra que éste no se erige en frontera infranqueable, a la vez que insustituible. Tan sólo es un útil instrumento que, al arbitrio del asegurador, puede o no emplearse, sin que por ello se pueda pretextar que, en este supuesto, el tomador no esté igualmente obligado a "...declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo", ya que es un deber general -lato sensu- (...)"

Hechas las anteriores precisiones y descendiendo al caso que nos ocupa, tenemos entonces la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA, suscribió solicitud individual de seguros vida grupo deudores con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para amparar la obligación No. 0013015800961186. En dicha solicitud encontramos la declaración personal de salud en la cual se establece el siguiente cuestionario, el cual fue suscrito por el mentado señor, y que reposa como prueba dentro de la demanda:

Dentro del mencionado cuestionario, se puede evidenciar el siguiente cuestionario de preguntas:

“¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?

¿Trastornos mentales o psiquiátricos?

NO

(...)



¿Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna? **NO**

(...)

¿Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón? **NO**

(...)

¿Enfermedades renales, cálculos, próstata, testículos? **NO**

¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? **NO**

Sin embargo, a la siguiente pregunta, la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA, respondió negativamente, es decir, que NO, claramente siendo reticente a suministrar la información solicitada en el cuestionario.

¿Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón?

Al respecto la Corte Suprema de justicia, en sentencia de fecha 4 de marzo de 2016, con ponencia del Dr. Fernando Giraldo, en un caso similar, estableció lo siguiente:

“En sentido contrario, a sabiendas de que la aseguradora daba por sentado que su salud era óptima y no le habían detectado algún padecimiento, calló sobre una dolencia de alto riesgo, como lo es la hipertensión, descubierta y medicada desde cinco (5) años atrás, a pesar de que en la historia clínica siempre se advirtió sobre su presencia, patentizándose la importancia, lo que constituía claramente reticencia.

(...)

No puede pasarse por alto que, como lo enseña la literatura médica, la hipertensión es una enfermedad crónica que se caracteriza por unas cifras elevadas de la presión arterial, lo que quiere decir que su presencia es constante y amerita atención permanente, por lo que el hecho de que el afectado estuviera controlado al momento en que convino los seguros no quería decir que no fuera latente el riesgo.”

Conforme a lo anterior, resulta evidente que la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA omitió y/o calló situaciones que implicaban la agravación en el estado del riesgo al momento de solicitar la expedición del seguro de vida, quebrantando así una regla de conducta como lo es observar la ubérrima buena fe imperante en este negocio jurídico, siendo que manifestó tener un estado de salud normal al momento de dar respuesta al cuestionario propuesto por el asegurador, sin embargo, en el trámite normal de la reclamación, mi procurada observó que la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA, presentaba con anterioridad a la suscripción de la solicitud individual de seguro, antecedentes médicos de URO LITIASIS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA ISNOR CON FECHA 24 DE MAYO DE 2017 DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, ADICIONALMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA QUE REGISTRA EN EL FORMULARIO DE CALIFICACIÓN SE INDICA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR DESDE 2014 Y MANEJO DE PSIQUIATRÍA DESDE 2014, según su historial clínico. Antecedentes que mi representada no pudo conocer, toda vez que el asegurado omitió declararlos en solicitud del seguro, estando obligada a hacerlo en virtud de lo establecido por el artículo 1058 del Código de Comercio.

Dentro de la historia clínica de la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA, se puede establecer claramente el padecimiento de las mencionadas patologías, para lo cual me permito traer apartes de dicho documento.



Clinica
Carlos Ardila Lülle

Paciente:	Entidad:	HC No.:
SURITH AMPARO VELEZM PEDRAZA	AVANZAR MEDICO	49661374
Edad:	Profesión:	Fecha:
40 años		24/06/2015
Identificación:		
CC 49661374		

Motivo de Consulta:

CONSULTA DE CONTROL

Control:

PACIENTE DE 40 AÑOS CON DX URETEROLITIASIS DISTAL IZQUIERDA SE DIO MANEJO CON TERAPIA EXPULSIVA. PRESENTA SALIDA DE DICHO CALCULO. ASISTE A CONTROL

PERSISTE LEVE DOLOR EN REGION LUMBAR CON LOS MOVIMIENTOS

3. ANTECEDENTES CLINICOS (EPICRISIS Y ESTADO ACTUAL)
CONDICION DE SALUD (SIGNOS Y SINTOMAS)
DOLOR EN GARGANTA, ARDOR EN GARGANTA, ESCOZOR EN GARGANTA, CARRASPEO, ESFUERZO PARA HABLAR, AFONIA Y DISFONIA, DOLOR EN CUELLO, ESPALDA, HOMBROS BILATERAL, Y CADERAS BILATERAL, DOLOR EN OIDO QUE SE IRRADIA A MANDIBULA QUE LIMITA PARA ABRIR LA BOCA POR DOLOR, INSOMNIO PARA CONCILIAR EL SUEÑO, SUEÑO NO REPARADOR, DESPERTARES MULTIPLES. EPISODIOS DE DISURIA, POLIAQUIRIA, NICTURIA, DOLOR EN ABDOMEN, DISTENSION DE ABDOMEN
EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
PACIENTE QUIEN REFIERE QUE DESDE EL AÑO 2014 APROX INICIO CON DOLOR Y ARDOR EN LA GARGANTA PARA LO CUAL SE AUTOMEDICABA, EN ALGUNAS OCASIONES ASISTIA AL SERVICIO MEDICO. EN EL AÑO 2017 LOS CUADROS DE DOLOR EN GARGANTA ERAN MAS RECURRENTES Y GENERABA INCAPACIDAD CORTAS 1-3 DIAS. DURANTE EL AÑO 2018 INICIA MANEJO CON OTORRINOLARINGOLOGIA, TERAPIAS DE VOZ Y TERAPIAS FISICAS SIN MEJORIA DE SU CUADRO, INCLUSO CON EL REPOSO NO CEDE SU PATOLOGIA. TAMBIEN PRESENTA MULTIPLES DIAGNOSTICOS QUE IGUALMENTE QUE NO PERMITEN SU ADECUADO DESEMPEÑO LABORAL TALES COMO MULTIPLES INFECCIONES URINARIAS + CALCULOS RENALES QUE HAN GENERADOS HOSPITALIZACIÓN Y MANEJO POR URGENCIAS. TAMBIEN PRESENTA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DESDE 2014 EN REGION CERVICAL-DORSAL-LUMBAR-HOMBROS EN MANEJO ORTOPEDIA Y FISIATRIA QUE HA RECIBIDO MANEJO CON MEDICAMENTOS Y BLOQUEOS. SE ENCUENTRA EN MANEJO CON PSIQUIATRIA DESDE 2014 ASOCIADO A ENFERMEDAD DE SU HIJO MENOR A QUIEN LE DIAGNOSTICARON LINFOMA NO HODKIN DE CEL GRANDES DIFUSO ACTUALMENTE SUPERADA LA ENFERMEDAD POR EL HIJO, PERO LA PACIENTE CONTINUA CON EPISODIOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION SIN DELIRIOS, TAMBIEN PRESENTA TRASTORNO DEL SUEÑO PRESENTA DIFICULTAD DE CONCILIACION DEL SUEÑO, DESPERTARES TEMPRANO. DESDE EL AÑO 2014 INICIO CON HIPERTENSION ARTERIAL CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPERTENSION E INFARTOS A TEMPRANA EDAD EN FAMILIARES, HA PRESENTADO DOLOR PRECORDIAL OPRESIVO LO CUAL VIENE EN MANEJO CON CARDIOLOGIA QUIEN ENCONTRO HIPERTROFIA VENTRICULAR

Lo anterior quedó igualmente evidenciado cuando al momento de ser interrogada, la demandante aceptó que, para las fechas indicadas, previo a la solicitud del seguro, había padecido de estas patologías, por lo que estas confesiones acreditan y confirman la reticencia en que incurrió el actor y la configuración de la nulidad relativa del contrato de seguro.

Con el fin de afianzar y darle un poco más de claridad a su despacho al respecto del tema de la reticencia. Me permito traer a colación una sentencia de la Corte Suprema de Justicia.

En sentencia proferida por la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil y Agraria No. T1100122030002017 – 01366 – 01 de 27 de julio de 2017 esta se pronunció al respecto de una acción de tutela interpuesta por una providencia emitida en segunda instancia por un Juzgado Civil del Circuito, el cual decidió declarar la nulidad relativa del contrato por reticencia manifestando los siguientes argumentos:

“Para ello, el Despacho enjuiciado adujo, en suma, que en el caso sub judice, el asegurado tenía «la obligación de manifestar con absoluta sinceridad y sin ningún tipo de reserva su real estado de salud, pues debe observarse que se parte del presupuesto de la buena fe», al margen que sean o no practicados los respectivos exámenes clínicos al momento de la suscripción de la póliza, más aún cuando el tomador, contrario a lo que mostraba su registro médico, afirmó encontrarse en «óptimas condiciones de salud», lo cual no correspondía a la realidad, en tanto que se encontraron «serios antecedentes dentro de la historia clínica que demuestran sin lugar a equívocos que el señor B.B. (...) presentaba un estado mental deplorable. Bajo ese entendido (...) a la aseguradora se le ocultó esa situación. Es lo que se conoce técnicamente como una reticencia, es decir, cuando el tomador oculta su real estado» haciendo creer a la aseguradora que no existen riesgos patentes que pongan en potencial peligro la vida del beneficiario.

Barranquilla, Atlántico
Carrera 58 No. 70-110 Piso 2 Oficina 4
Edificio El Nogal

+57 (605) 322881
info@ompabogad.com

Valledupar, César
Calle 15 No. 11A-56 Local 202
Edificio Millenium Plaza

ompabogados.com
+57 (605) 573 2796

Montería
+57 (604) 789 2346

Bogotá

+57 (604) 915 6024



La Corte Constitucional en sentencia T- 463 de 2017, expuso lo siguiente:

“Lo anterior implica que para el 7 de abril de 2014, fecha en que diligenció el formato de apertura de productos del banco y suscribió la póliza Grupo Deudores para amparar la obligación correspondiente a su cuenta corriente, no sólo conocía que padecía VIH sino también era consciente de las

complicaciones de su enfermedad, pues un mes antes se le había practicado una prueba neuropsicológica que confirmaría que su enfermedad se encontraba en un estadio C2 y que presentaba demencia asociada a la misma. Incluso se observa que, según se expuso, poco después de vincularse financieramente con Citibank no continuó trabajando. De esta manera, la historia clínica del accionante demuestra que sus padecimientos datan del año 2000, es decir, desde mucho antes de que presentara la solicitud de los productos ante el banco y que fue diagnosticado en un estadio avanzado de la enfermedad, al menos un mes antes de adquirir sus créditos con la entidad.

De esta manera, se advierte que el accionante al haber declarado que no padecía ninguna enfermedad incumplió lo establecido en el artículo 1058 del Código del Comercio, en virtud del cual “[e]l tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador”, con la finalidad de que el asegurador conozca de manera fiel el riesgo que va a amparar y pueda decidir de manera libre si contrata y bajo qué condiciones.

Este deber de actuar con apego a la verdad se basa en el principio constitucional de la buena fe,^[85] el cual toma mayor relevancia cuando se trata de suministrar información relacionada con el estado de salud del asegurado, lo que le permite a las partes al momento de contratar tomar las decisiones más adecuadas para sus intereses.

La Sala considera que el señor José no declaró el estado real del riesgo, pues no le informó a la aseguradora sobre todos los hechos que atentaban contra su integridad física, incidían en su capacidad laboral y afectaban su vida. Y exigir al asegurado que declare sobre su estado real de salud no resulta ser una carga desproporcionada que sea imposible de cumplir.

De esta manera, para la Sala, el actuar del accionante no se produjo dentro del marco de la buena fe, pues no sólo omitió declarar con sinceridad su estado de salud, sino que aun a pesar de ello contrajo obligaciones consciente de que no podía sufragarlas y a la espera de hacer efectiva la póliza de seguro.”

En este entendido, y descendiendo al caso que nos ocupa, tenemos entonces que la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA, suscribió solicitud individual de seguros personales con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para amparar la obligación No. 0013015800961186, dentro de la cual manifestó que no padecía ninguna de las enfermedades planteadas en el cuestionario de asegurabilidad. En ese entendido, es claro que la omisión de la asegurada al momento de suscribir la póliza de vida grupo deudores es relevante para el otorgamiento de la mencionada póliza, toda vez que el contrato de seguro parte de la buena fe del asegurado y al no manifestar que sufre de alguna patología, este se suscribirá con la información dada en ese instante. Por tal motivo, es claro que el presente contrato está viciado de NULIDAD RETALIVA POR RETICENCIA O INEXACTITUD y debe declararse la presente excepción.

II. En cuanto a la inconformidad de que el juez de primera instancia considere en cabeza de mi representada la obligación de realizar inspección del estado del riesgo (exámenes médicos)

Considera el despacho que mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., tenía la obligación de inspeccionar el estado del riesgo y el verdadero estado de salud de la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA antes de la suscripción del contrato de seguros, esto es, realizando exámenes médicos o indagando sus historias clínicas para evitar la reticencia que se alegó en la objeción del 14 de mayo de 2019 y en la contestación de la demanda como excepción.

Barranquilla, Atlántico

Carrera 58 No. 70-110 Piso 2 Oficina 4
Edificio El Nogal

+57 (605) 322881
info@ompabogad.com

Valledupar, César

Calle 15 No. 11A-56 Local 202
Edificio Millenium Plaza

ompabogados.com
+57 (605) 573 2796

Montería

+57 (604) 789 2346

Bogotá

+57 (604) 915 6024



Para sustentar su decisión, la Juez tomó como referencia la sentencia de tutela STL-7955 del 2018 de la sala de Casación Civil de la Corte de Suprema de Justicia, Magistrado Ponente Gerardo Botero Zuluaga, sin dicha sentencia se sustenta en el precedente de la Corte Constitucional por vía de acciones constitucionales de tutela, las cuales tienen efectos interpartes sin capacidad para reformar la doctrina legal probable de la Corte Suprema de Justicia y la Corte Constitucional. Y es que, la posición de la Corte Suprema de Justicia - Sala Civil, que es el órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria respecto al tema, ha sido constante en la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, en cuanto a la reticencia se refiere, sin agregarle exigencias adicionales relacionadas con la relación de causalidad o demostraciones relacionadas con la mala fe.

Ha sido pacífica la Corte Suprema de Justicia al manifestar lo siguiente en cuanto a la obligación de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos o inspeccionar el estado del riesgo antes de suscribir el contrato de seguros y traigo a colación distintas sentencias en las cuales dejan sentado este debate.

Sentencia STC 566-2020, Magistrado ponente: Luis Armando Tolosa.

“Para la Corte, la vulneración alegada no se presenta, porque a la tutelante le asistía el deber legal de manifestar los padecimientos diagnosticados en 2011, los cuales, tras ser asegurada, produjeron la incapacidad que ahora implora sea cubierta. Esto, máxime si el cuestionario expresamente, incluía una pregunta concreta sobre la deficiencia padecida, cuya respuesta se abstuvo de exteriorizar.

Sobre el deber de información de quien será beneficiario de un seguro, la Sala ha adoctrinado:

“(…) El tomador o el asegurado, en cumplimiento de la buena fe comercial, debe dar una información clara y fidedigna sobre el aspecto puntual que se le indaga, relativo al interés asegurable, pues si así no lo hace, conduce a la compañía a contratar con base en la creencia de hechos diversos a los que en verdad existen, esto es, la lleva a emitir el consentimiento cimentado en el error, lo cual es, sin duda, un vicio del consentimiento generador de nulidad relativa (…).

“(…) Ahora bien, esas inexactitudes y reticencias son predicables del tomador, ya que éste es el obligado «(…) a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador (…)

», como lo refiere el canon 1058 del C. de Comercio. De manera que si él conocía la circunstancia omitida o podía conocerla, hay lugar a la sanción de nulidad relativa por reticencia, pero si ignoraba ese hecho, por ejemplo, porque era del resorte del asegurado, cuando éste es persona diferente del tomador, no es posible hablar de aquella (…).

“(…) De otra parte, cuando se trata de agravación del estado del riesgo, ocurrida en vigencia del amparo, la legislación mercantil contempla una solución similar a la de la etapa precontractual, dado que en esta fase liminar, una vez conocidas las circunstancias determinantes del estado del riesgo, el asegurador puede negarse a contratar, o puede hacerlo pero en condiciones más onerosas para el tomador (art. 1058 C. de Co.), mientras que si ello tiene lugar en el desarrollo futuro del pacto, puede revocar el contrato o exigir el reajuste en el valor de la prima, siempre que sea notificado de la agravación (art. 1060 del C. de Co) (…)

”.

“(…) En suma, **si el tomador omite información relevante al momento de negociar un contrato de seguro, finalmente consolidado, se está en el escenario de la reticencia, que conduce a la invalidez relativa del convenio.** Por su parte, si el asegurado se reserva información respecto de circunstancias de agravación del riesgo, presentadas luego de la entrada en vigencia del seguro se está en causal de terminación del vínculo (…)

”⁵

⁵ CSJ. SC5327-2018 de 13 de diciembre de 2018, exp. 68001-31-03-004-2008-00193-01

Barranquilla, Atlántico

Carrera 58 No. 70-110 Piso 2 Oficina 4
Edificio El Nogal

+57 (605) 322881
info@ompabogad.com

Valledupar, César

Calle 15 No. 11A-56 Local 202
Edificio Millenium Plaza

ompabogados.com
+57 (605) 573 2796

Montería

+57 (604) 789 2346

Bogotá

+57 (604) 915 6024



Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.

Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.

En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza”.

Sentencia STL17052-2019, Magistrado ponente: Fernando Castilla Cadena.

“Frente a lo anterior, queda claro que la decisión de segunda instancia no luce abiertamente arbitraria o antojadiza, toda vez que el Tribunal declaró probada la excepción de nulidad del contrato de seguro por reticencia, según lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, por cuanto el accionante guardó silencio frente a hechos y circunstancias «que determinaban su estado del riesgo»

Así las cosas, queda claro que la providencia que se pretende atacar por esta vía no es caprichosa, ni está desprovista de sustento jurídico. Por el contrario, se apoya en un adecuado análisis de la situación fáctica y jurídica sometida al escrutinio del fallador accionado, sin observarse una actuación irregular o una determinación anómala, lo que le impide al juez de tutela interferirla, pues de hacerlo, rebasaría la órbita de su competencia.”

De las anteriores decisiones de la Corte Suprema de Justicia, y en concordancia con el artículo 1058 del Código de Comercio, no se impone a las compañías de seguros la obligatoriedad, en todos los casos, de realizar exámenes médicos o inspección del estado del riesgo a los potenciales asegurados, pues precisamente la declaración de asegurabilidad o el cuestionario inmerso en la póliza busca indagar el estado de salud del asegurado, el cual debe declararlo sinceramente, siempre de la mano con el principio de buena fe, y solo si la aseguradora tiene motivos para desconfiar de las manifestaciones realizadas por el tomador/asegurado puede la aseguradora exigir o realizar exámenes médicos o inspección del estado del riesgo.

Así las cosas, y como también lo manifestó la Juez en sus consideraciones, es claro que la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA incurrió en reticencia al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, pues se le puso de presente un cuestionario con preguntas específicas sobre su estado de salud, a las cuales respondió en todas que NO PADECIA o PADECÍÓ de alguna de ellas, cuando en realidad, presentaba con anterioridad a la suscripción de la solicitud individual de seguro, antecedentes médicos de URO LITIASIS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA ISNOR CON FECHA 24 DE MAYO DE 2017 DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, ADICIONALMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA QUE REGISTRA EN EL FORMULARIO DE CALIFICACIÓN SE INDICA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR DESDE 2014 Y MANEJO DE PSIQUIATRÍA DESDE 2014, según su historial clínico. Antecedentes que mi representada no pudo conocer, toda vez que el asegurado omitió declararlos en solicitud del seguro, estando obligada a hacerlo en virtud de lo establecido por el artículo 1058 del Código de Comercio.

Barranquilla, Atlántico

Carrera 58 No. 70-110 Piso 2 Oficina 4
Edificio El Nogal

+57 (605) 322881
info@ompabogad.com

Valledupar, César

Calle 15 No. 11A-56 Local 202
Edificio Millenium Plaza

ompabogados.com
+57 (605) 573 2796

Montería

+57 (604) 789 2346

Bogotá

+57 (604) 915 6024



Dicha reticencia fue fundamental, relevante y de tal magnitud para la celebración del contrato de seguros por parte de mi representada, pues de haber conocido el verdadero estado del riesgo de la actora, se hubiera retraído de celebrar el contrato de seguros, o lo hubiera hecho bajo condiciones más onerosas.

III. En cuanto a la inconformidad de haberse reconocido intereses moratorios a favor de la parte demandante

Dentro de la sentencia de primera instancia el despacho condeno a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA pagar a la demandante intereses moratorios.

Al respecto me permito manifestar que mi representada no tiene obligación de realizar pago alguno por concepto de intereses moratorios a la parte demandante, toda vez que dentro de la póliza de vida grupo deudores No. 0110043, la suma asegurada la constituye el saldo insoluto de la obligación al momento del siniestro, es decir el fallecimiento del asegurado o de la declaratoria de incapacidad. La Superintendencia Bancaria hoy Superintendencia Financiera estableció que, por saldo insoluto de la obligación, se entenderá el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados a la fecha del siniestro. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no cancelados por el deudor.

La Corte suprema de Justicia⁶, al respecto del contrato de póliza de vida grupo deudores ha manifestado lo siguiente:

“Ahora bien, en el estado actual de la legislación y para el caso concreto, la única limitación que existe en este campo, es que en el seguro de vida grupo deudores, la indemnización a favor del acreedor-tomador no puede ser mayor al saldo insoluto de la deuda, tal y como reza el artículo 120 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 2 de abril de 1993) al prever que “en los seguros de vida del deudor el valor asegurado no excederá el del saldo insoluto del crédito”. Ello, en lo fundamental, coincide con lo previsto en la Resolución 2735 de 1990 y en la Circular Externa 037 del mismo año, dictadas por la Superintendencia Bancaria y vigentes para la época de celebración del contrato de mutuo referido en la demanda, que como se recuerda, ocurrió en noviembre de 1992.

Por ende, la indemnización que debe pagar la aseguradora, en caso de ocurrir el siniestro, está vinculada necesariamente a una obligación concreta a cargo del deudor, en el cual la prestación debida - determinada o determinable- tiene una magnitud que va aparejada a la extensión del riesgo; entonces, cualquier monto adicional ya no es deuda y, bajo ese entendido, no hay interés asegurable -ni siquiera indirecto- para el acreedor.”

Para mayor ilustración me permito indicar los parámetros bajo los cuales se desarrolla la citada póliza basada, en el literal c), subnumeral 6.1, numeral 6° del capítulo segundo, título sexto de la Circular Básica Jurídica 07 de 1996 de la Superintendencia Bancaria.

1.6. Saldo insoluto de la deuda

Por saldo insoluto de la deuda, se entenderá el capital no pagado más los intereses corrientes calculados hasta la fecha de fallecimiento del asegurado. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no cancelados por el deudor.

Cuando la indemnización tiene como causa el amparo de la incapacidad total y permanente, el saldo insoluto de la deuda será aquel que se registre en la fecha en la cual el asegurador informe por escrito al tomador su aceptación respecto de la declaratoria de incapacidad del asegurado.

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. M. P. Edgardo Villamil Portilla. Sentencia del 30 de junio de 2011. Expediente 76001-31-03-006-1999-00019-01.



Igualmente, la Corte, en diferentes pronunciamientos ha hecho relación a casos que han versado sobre esta modalidad aseguraría.

En fallo de 29 de agosto de 2000, se dijo que *“el fin de éste es el pago del saldo de la deuda del asegurado fallecido... En este caso concreto... el valor del seguro va a la par con el saldo de la deuda, de modo que nunca quedarán remanentes. Pero, además, ese valor del seguro tiene una destinación específica: ser aplicado a la deuda del asegurado fallecido”* (Exp. No. 6379).

En fallo de 17 de octubre de 2006, se dejó sentado que *“si el valor del seguro correspondía no más que al monto impagado del crédito y sus accesorios al momento del fallecimiento del asegurado, la indemnización debía ascender a ese valor y, por lo mismo, sólo alcanzaría para satisfacer el derecho de crédito del acreedor beneficiario”* (Exp. No. 11001-3103-008-1996-0059-01).

Dentro del proceso del asunto la parte demandante en sus pretensiones solicita que se declare que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA además del pago del saldo insoluto de la obligación debe pagar a la demandante los intereses moratorios a la tasa máxima legal desde la fecha en que se configuró la invalidez.

Al respecto me permito manifestar los siguiente:

En cuanto al beneficiario, la Corte Suprema de Justicia, estipuló que en los seguros de vida de deudores sea individual o de grupo, el acreedor es el beneficiario a título oneroso y no la mera liberalidad del asegurado que sustenta la designación.

Al respecto la Corte Suprema de Justicia ⁷manifestó, que *“en el seguro de vida grupo deudores se asume específicamente el suceso incierto de la muerte del deudor sin dejar de lado que se cubra también el riesgo de la incapacidad permanente total del deudor. Se asegura la muerte independientemente de si el préstamo que deja el deudor permite que la acreencia sea pagada a la entidad bancaria prestamista, no se asegura la imposibilidad de pago del deudor por causa de muerte porque esto tendrá un contenido patrimonial y se asemejaría a una póliza de seguro de crédito.*

Es un seguro de vida hasta por el saldo de la deuda al momento de su muerte, o al momento de su incapacidad total y permanente, con el único y exclusivo fin de aplicar su valor a la deuda del asegurado. El valor asegurado no excederá el del saldo insoluto del crédito.”

Por su parte el artículo 1080 del Código de Comercio, establece lo siguiente:

“ARTÍCULO 1080. PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN E INTERESES MORATORIOS. El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.”

Nótese como de la norma antes mencionada, la obligación del asegurador es pagar al asegurado o beneficiario la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite el derecho por parte de estos, la norma hace mención al asegurado O beneficiario, disyuntiva que quiere decir que el pago de la indemnización se debe realizar a uno u a otro, en caso de que el asegurado no sea el mismo beneficiario, como es el caso que nos ocupa donde el beneficiario del pago del saldo insoluto de la obligación es el BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

Así las cosas, es claro que mi representada no tiene ninguna obligación de hacer pago de intereses moratorios a la hoy demandante, ya que el único beneficiario a título oneroso es la entidad bancaria, y el valor asegurado

⁷ Corte Suprema de Justicia. (agosto 29 de 2002. Sala de Casación Civil). Magistrado Ponente. Dr. Jorge Santos Ballesteros.



en la póliza corresponde al saldo insoluto al momento del siniestro, por lo cual no habría lugar a reconocer o pagar los intereses moratorios establecidos en el artículo 1080 del código de comercio.

IV. En cuanto a la condena por concepto de agencias en derecho

El despacho no puede liquidar las agencias en derecho sobre la cifra establecida por la parte demandante en sus pretensiones, toda vez que dicha suma corresponde al valor asegurado inicial de cada obligación, por lo tanto, en una eventual condena las agencias en derecho deberían ser liquidadas sobre el valor real del valor asegurado (saldo insoluto de la obligación a la fecha del siniestro).

En ese sentido, de conformidad con los anteriores fundamentos, solicito muy respetuosamente al Juzgado Tercero Civil del Circuito de Valledupar, estudiar a fondo el proceso en cuestión y cada uno de los reparos propuestos dentro del recurso de apelación, analizar todas las pruebas aportadas con la demanda y revocar la sentencia de fecha 22 de marzo de 2023 proferida por el Juzgado Promiscuo Municipal de Bosconia.

Del señor Juez, respetuosamente,

OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS
C.C. No. 39.006.745 de El Banco-Magd
T.P. No. 23.817 del C.S.J.

BBVA488-SVCH

Barranquilla, Atlántico

Carrera 58 No. 70-110 Piso 2 Oficina 4
Edificio El Nogal

+57 (605) 322881
info@ompabogad.com

Valledupar, César

Calle 15 No. 11A-56 Local 202
Edificio Millenium Plaza

ompabogados.com
+57 (605) 573 2796

Montería

+57 (604) 789 2346

Bogotá

+57 (604) 915 6024

RE: SUSTENTACIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA DE APELACIÓN DE SENTENCIA. PROCESO VERBAL RAD. 2019-00718. SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA VS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. // JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR

Centro Servicios Judiciales Juzgado Civil Familia - Cesar - Valledupar

<csercfvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mar 27/06/2023 17:20

Para:olfap@ompabogados.com <olfap@ompabogados.com>

Cordial saludo.

Le informo que su solicitud fue recibida satisfactoriamente, la misma será enviada prontamente al respectivo Juzgado.

Atentamente,

Adriana Urbina

Centro de Servicios Judiciales Juzgados Civiles y Familia de Valledupar

Carrera 14 Calle 14 Piso 6 Oficina 601 Palacio de Justicia

Teléfono: 57 - 5800688 | Mail: csercfvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

De: olfap@ompabogados.com <olfap@ompabogados.com>

Enviado: martes, 27 de junio de 2023 16:19

Para: Centro Servicios Judiciales Juzgado Civil Familia - Cesar - Valledupar

<csercfvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: Juzgado 03 Civil Circuito - Cesar - Valledupar <j03ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Silvia Vega Chacon (OMP Abogados) <svega@ompabogados.com>

Asunto: SUSTENTACIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA DE APELACIÓN DE SENTENCIA. PROCESO VERBAL RAD. 2019-00718. SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA VS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. // JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR

Señores

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR

E. S. D.

REF.: PROCESO VERBAL

DEMANDANTE: SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

RAD: 2019-00718

Mediante la presente, me permito adjuntar el siguiente documento, relacionado con el proceso de la referencia, en formato PDF:

- **SUSTENTACIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA DE RECURSO DE APELACIÓN CONTRA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.** (10 Folios)

Ratifico al despacho que la suscrita, apoderada de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., recibe notificaciones en la Carrera 58 No. 70 – 110 Of. A2 de la ciudad de Barranquilla o a través del correo electrónico olfap@ompabogados.com

SOLICITO SE ACUSE RECIBIDO DEL PRESENTE CORREO.

Cordialmente,



OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS

Socia fundadora

📞 (+57) 3106322829

✉ operez@ompabogados.com

☎ +57(605) 3225281

📍 Carrera 58 No. 70-110 Piso 2 Oficina 4

Barranquilla—Colombia

🌐 ompabogados.com