

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



## JUZGADO DIECISÉIS CIVIL DEL CIRCUITO Bogotá DC, siete (7) de noviembre de dos mil veintitrés (2023)

Expediente: 2022092357-025-000 - 01

Procede el Despacho a decidir el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida por la Superintendencia de Financiera de Colombia, Delegatura para Funciones Jurisdiccionales el 28 de noviembre de 2022, dentro de la acción de protección al consumidor financiero de la referencia.

### I. ANTECEDENTES

1.- Pretensiones: Actuando a través de apoderada judicial, el señor JUAN CARLOS MOGOLLÓN CONTRERAS, promovió demanda para que mediante acción especial de protección al consumidor se declare contractualmente responsable a la Aseguradora Solidaria de Colombia del pago de indemnización (póliza 994.000.000.020), ampliada mediante formulario 47850, como consecuencia del plan 4, esto es, por el amparo de incapacidad total y permanente y se le condene a pagar la suma de \$72.000.000,00, junto con los respectivos intereses de mora que deben liquidarse desde el 21 de noviembre de 2020 y hasta cuando se verifique el pago. Asimismo, se le condene al pago de \$1.400.000,00 como valor adicional al otorgado en el amparo de incapacidad total y permanente por concepto de auxilio económico pactado en la cláusula 1.4.4 del acápite de condiciones del seguro de vida grupal, con intereses a la misma tasa y exigibilidad de la suma anterior. Además, condenar en costas a la aseguradora accionada.

2. Causa petendi: Las anteriores súplicas encuentran soporte en los hechos que se relacionan a continuación:

2.1. Que por haber pertenecido al Ejército Nacional de Colombia, el demandante fue vinculado como beneficiario al seguro de vida colectivo subsidiado obligatorio, en el que fue tomador el Ministerio de Defensa Nacional y como asegurador la demandada Aseguradora Solidaria de Colombia.

2.2. Que el promotor fue convocado por la Dirección de Sanidad del Ejército a junta médica laboral el 7 de noviembre de 2013 y en la misma fecha se levantó el acta 64940 mediante la cual dispuso que tenía una pérdida de capacidad laboral (PCL) del 25,71%, que le fue notificada el 17 de diciembre de ese mismo año, época para la cual ya hacía parte del seguro colectivo.

2.3. Que el 6 de septiembre de 2018, a través del formulario 47850 se amplió la cobertura, pasando de ser un seguro de vida grupo subsidiado, a ser de vida grupo complementario amparado bajo la póliza 994.000.000.020 con la misma aseguradora.

2.4. Que el demandante fue convocado nuevamente a junta médica por parte de la Dirección de Sanidad el 20 de noviembre de 2018, fecha en la que se levantó el acta 104261, notificada el 4 de diciembre de la misma anualidad arrojando una nueva PCL por el 30,79% que junto con la anterior arroja un total del 56,1%, por lo que configurado el siniestro amparado concurrió a la aseguradora demandada para el reconocimiento y pago de indemnización el 6 de diciembre de 2018, bajo radicado 930-15-2018-30311, resuelta desfavorablemente el 24 de diciembre del mismo año con alusión a la calificación anterior (acta 64940) descartando reconocer el derecho por preexistencia pues al diligenciar el formulario de vinculación el actor manifestó encontrarse en buen estado de salud y su habilidad física no estaba reducida, además de no referirse al acta de junta médica practicada en 2013, que arrojó una PCL inicial del 25,71%.

2.5. Que no es cierto que, al diligenciar el formulario de vinculación a la póliza grupal, el actor haya afirmado que se encontraba en óptimas condiciones de salud o haya negado la valoración inicial, sólo que no se le indagó puntualmente sobre tales aspectos, según el formato escrito que le fue entregado para tal efecto que carecía de espacios para consignar comentarios, incumpliendo así la demandada la carga de prever e informar, negligencia que trasladó al promotor.

2.6. Que la ampliación de la cobertura de seguro era una oportunidad más para que la compañía demandada estuviese al tanto de la condición médica del demandante, contando con plena facultad para solicitar copia de la historia clínica y hacer un análisis más juicioso de su condición, que al no haberlo hecho aceptó tácitamente su estado y lo asumió dentro del riesgo asegurable que se sustenta con la suscripción de la póliza grupal que posteriormente fue complementada, más cuando de acuerdo al régimen especial de las fuerzas militares, la aseguradora debió estar al tanto de la condición médica del actor.

2.7. Que en todo caso, el formato de vinculación al seguro colectivo carecía de una serie de patologías no asegurables, pese a lo cual la demandada actuó de mala fe, pues pese a saber que lesiones anteriores harían inviable la indemnización, no dejó de recibir la prima de seguro por parte de aquellos a los que no indemnizaría por preexistencias.

2.8. Que contrariamente no hubo mala fe de su parte, pues en el formulario a diligenciar no se encontraban las lesiones no asegurables y tampoco le fue pedida la historia clínica, situación que va en contravía del principio de especialidad que debe observarse al otorgar la respectiva póliza a las FFMM, además de incumplir la “carga de comprobación” que es verificar lo afirmado por el beneficiario en el formulario, esto es, valorándolo

directamente o solicitando el historial clínico, aspectos que conllevan a la aceptación tácita del estado de salud del beneficiario del contrato de seguro.

2.9. Que el pago de las primas de seguro se vienen haciendo desde 2013, por lo que la ampliación del seguro el 6 de septiembre de 2018 operó para un contrato de seguro que ya estaba vigente y era anterior a los diagnósticos médicos y estructuración de las enfermedades que causaron la PCL, por lo que la demandada incumplió las obligaciones de claridad, información, comprobación y lealtad, pues pese a la estructuración del derecho negó el pago de la indemnización, amén de su posición contractual privilegiada.

**3. Actuación Procesal:** La demanda para la acción de protección al consumidor financiero fue promovida ante la Superintendencia Financiera de Colombia, por versar sobre un organismo vigilado por la entidad, que por auto del 23 de mayo de 2019 admitió el litigio ordenando surtir el asunto por la vía del proceso verbal<sup>1</sup>.

Agotados los trámites de notificación<sup>2</sup> se logró la comparecencia de la demandada Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, que a través de apoderado se opuso a las pretensiones formulando las excepciones de mérito que denominó: *Prescripción extintiva de la acción derivada del contrato de seguro incoada por la demandante (sic), Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado del riesgo, Ausencia de responsabilidad de Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa por tratarse de un riesgo no cubierto por la póliza de seguro de vida en grupo No. 930-15-994000000020, y Limitaciones derivadas de la póliza de seguro*<sup>3</sup>.

Reformada la demanda<sup>4</sup>, fue admitida en auto del 19 de julio de 2022<sup>5</sup>, que también fue contestada por la demanda en oportunidad en la que formuló las mismas excepciones de fondo<sup>6</sup>, cuyo traslado<sup>7</sup> fue atendido oportunamente por el demandante<sup>8</sup>

Y finalmente, por encontrar que se cumplía la condición del numeral 3° del artículo 278 del CGP, dictó sentencia<sup>9</sup> que desestimó las pretensiones y que es objeto del recurso vertical que ocupa la atención del Despacho.

---

<sup>1</sup> Cuaderno 1, archivo 13

<sup>2</sup> Cuaderno 1, archivo 17

<sup>3</sup> Cuaderno 1, archivo 19

<sup>4</sup> Cuaderno 1, archivo 24

<sup>5</sup> Cuaderno 1, archivo 27

<sup>6</sup> Cuaderno 1, archivo 28 (*Prescripción extintiva de la acción derivada del contrato de seguro incoada por la demandante (sic), Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado del riesgo, Ausencia de responsabilidad de Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa por tratarse de un riesgo no cubierto por la póliza de seguro de vida en grupo No. 930-15-994000000020, y Limitaciones derivadas de la póliza de seguro*)

<sup>7</sup> Cuaderno 1, archivo 31

<sup>8</sup> Cuaderno 1, archivo 32

<sup>9</sup> Cuaderno 1, archivo 42

## SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

La Delegatura para Asuntos Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, tras aludir a la normatividad que le otorga competencia para conocer y dirimir las acciones de protección al consumidor en asuntos en los que se ve implicado un ente vigilado por ese organismo, de conformidad con el Estatuto del Consumidor, denegó las pretensiones de la demanda por encontrar que operó en este caso la prescripción de que tratan los artículos 2512 y 1081 del Código General del Proceso y el Código de Comercio, respectivamente, arribando a la conclusión de que operó la prescripción ordinaria contra el reclamante actor, toda vez que conoció o debió conocer el siniestro amparado a partir de la notificación del dictamen No 104261 proferido por la Junta médica Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional del 20 de noviembre 2018, que arrojó una pérdida de capacidad laboral (PCL) total para ese entonces en un 56,1%.

Agregó que dadas las particularidades del caso, el asegurado tenía plazo máximo hasta el 16 de enero de 2021 para formular la acción tendiente a obtener la indemnización amparada bajo la póliza del Seguro de Vida Grupo No. 930-15-99400000020, emitida por la demandada Aseguradora Solidaria de Colombia, acogiéndose a la fecha en que ésta emitió objeción a la reclamación, por no advertir la fecha de la reclamación y agregando el lapso en que se suspendieron los términos de las actuaciones jurisdiccionales a cargo del *a quo*, por virtud de la Resolución 0368 de 1° de abril de 2020 emanada de esa entidad, concluyendo que operó inexorablemente el fenómeno prescriptivo, habida cuenta que el libelo para la acción de protección fue radicado el 2 de mayo de 2022, relevándose así de auscultar los demás medios exceptivos propuestos por la convocada, encontrando suficiente el señalado para denegar las pretensiones de la demandada, de conformidad con el artículo 282 del estatuto procesal.

## FUNDAMENTOS DEL RECURSO

Inconforme con la sentencia, la apoderada judicial del demandante formuló recurso de apelación ante la delegatura de primera instancia, que concedido fue admitido por este estrado mediante auto de 21 de marzo de 2023<sup>10</sup>, en el que dispuso correr traslado al apelante por 5 días para la sustentación.

El apelante atendió el lapso concedido y afirmó que la autoridad jurisdiccional de primer grado no tuvo en cuenta los alegatos esgrimidos frente a la inoponibilidad de la prescripción ordinaria contra el reclamante actor y basó su inconformidad en cuatro aspectos, a saber:

En primer lugar, señaló que para el caso no opera la prescripción ordinaria sino la extraordinaria y que, en cualquier caso, ninguna de las dos ha comenzado a trasegar en la medida que por disposición contractual (la propia póliza de seguro) no bastaba la ocurrencia del siniestro amparado

---

<sup>10</sup> Cuaderno segunda instancia, archivo 9

para que tuviese lugar la indemnización respectiva, sino que era menester presentar una calificación proveniente de una junta regional o nacional, dada la expresión “*calificada de acuerdo con lo estipulado en la Ley 100 de 1993*” según el clausulado de la póliza, aspecto que inclusive fue citado por la aseguradora como excepción. Es decir, que la propia demandada sometió al asegurado a una calificación de esta índole para evaluar la reclamación elevada y que como la valoración en tales condiciones no ha tenido lugar no opera la prescripción, pues no puede contabilizarse esa figura jurídica desde la notificación del dictamen efectuado por la Dirección de Sanidad del Ejército, toda vez que la demandada exige unívocamente que el concepto provenga de una junta de calificación, alterándose así el término prescriptivo que se ha venido tratando.

En segundo lugar advirtió que la aplicación de la prescripción ordinaria en los términos citados vulnera la igualdad procesal de las partes, habida cuenta que las aseguradoras cuentan con el término de la prescripción extraordinaria, 5 años, para promover la nulidad del contrato de seguro por reticencia y otras causas, mientras que el asegurado en este caso sólo cuenta con el término del fenómeno ordinario a pesar de que la negativa en el pago de la indemnización surge bajo el alegato de preexistencias por reticencia, esto es, se aplica en forma indebida el término con que cuenta el reclamante, a pesar de tratarse de un debate relacionado con reticencia que da lugar a que cuente, o deba contar, con el mismo periodo de 5 años, encontrando desproporcional que a las aseguradoras se les otorgue un lapso mayor con el que cuentan los afectados para desvirtuar la objeción relacionada con reticencia.

El tercer hecho constitutivo de la apelación se funda en el carácter subjetivo de la prescripción ordinaria, pues al decir del apelante, es menester tener plena conciencia del derecho que le asiste. En otras palabras, que el término prescriptivo, según la ley<sup>11</sup>, comienza a correr a partir del momento en el que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que sustenta la acción, empero, que para este caso no basta con conocer acerca de la PCL, sino que es necesario además que el asegurado e interesado conozca el clausulado que rige el contrato de seguro, pues al no conocerlo no goza de la conciencia necesaria de que le asiste el derecho a reclamar.

Aludió a la exposición de motivos que antecedieron al actual estatuto comercial que en 1958 citando la expresión “*conciencia del derecho*” para referirse a que la prescripción ordinaria corre a partir de allí, esto es, desde que se tiene pleno conocimiento, y no opera contra incapaces. Que para el caso, la demandada Aseguradora Solidaria de Colombia no demostró que el actor tuviese pleno conocimiento del clausulado que compone al contrato de seguro, en la medida que aquel sólo actúa como beneficiario, siendo tomador el Estado, aspecto que impide que opere en su contra la excepción de prescripción ordinaria, que sólo cuenta a partir del pleno conocimiento o *conciencia del derecho*. Reprochando que el *a quo* haya asumido que tenía plena conciencia del derecho cuando ignoraba la cláusulas generales y

---

<sup>11</sup> Artículo 1081 del Código de Comercio

especiales de la póliza, así como los siniestros y contextos que estaban cubiertos, junto con los requisitos que harían viable la reclamación, lo que genera que la prescripción ordinaria comience a andar a partir de ese pleno conocimiento o conciencia, o mejor aún que para el accionante opere también la prescripción extraordinaria.

Como cuarto reparo plantea que, aún bajo el supuesto de que el clausulado de la póliza que se busca afectar le hubiese sido puesto en conocimiento, debe repararse en si la demandada iba o no a cubrir siniestros causados anteriores al contrato de seguro, toda vez que con anterioridad se descontaban a los miembros de las FFMM las sumas correspondientes a primas de seguro en favor de otras aseguradoras que antecedieron a la demandada, desconociendo si tal aspecto le fue informado al actor, lo que deriva en que no hubo reticencia porque la información ya había sido suministrada a anteriores aseguradores y, en cualquier caso, porque si se hubiese informado que la convocada no asumiría siniestros anteriores a la fecha en que comenzó a ocupar el lugar de otras empresas homólogas, el apelante se habría abstenido de pagar las sumas relativas a la prima, aspecto que deriva en vicios de la subjetividad relacionada con la “conciencia de derecho”, lo que refuerza que en su caso no es oponible la prescripción ordinaria, debiéndose aplicar la extraordinaria, en el evento en que la demandada hubiese ocultado esa información para aprovecharse del pago de las primas de seguro y a pesar de ello objetar los reclamos alegando reticencia por preexistencias, con todo y que los pagos de primas de seguro se hicieron desde 2012 a otras aseguradoras.

Bajo los anteriores argumentos solicitó derogar (sic) la sentencia acogida por la entidad de primer grado y en su lugar ordenarle que no declare probada la prescripción ordinaria y emita auto fijando fecha la audiencia correspondiente.

## II. CONSIDERACIONES

1.- Presupuestos procesales: Los denominados presupuestos necesarios para la normal configuración y trámite de la litis, como son capacidad de las partes, la competencia jurisdiccional en cabeza de la Superintendencia Financiera de Colombia en primera instancia, y de este Juzgado en segunda se hallan verificados para decidir de fondo, y no se observa causal de nulidad que sea capaz de invalidar la actuación procesal surtida.

2.- Problema Jurídico: En ese orden, conforme a los antecedentes, el problema jurídico recae en determinar si para este caso opera la prescripción ordinaria del contrato de seguro, argumento central que originó el fracaso de las pretensiones o si, por el contrario, conforme alega el apelante procede la prescripción extraordinaria a su favor que conlleve a la revocatoria de la sentencia y a continuar con la acción especial a cargo de la autoridad de primer grado.

3.- El inciso primero del artículo 328 del estatuto procesal, señala que el juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley. Bajo ese tópico la decisión que ocupa la atención del Despacho sólo podrá y deberá centrarse en desatar los fundamentos elevados por el apelante en torno a la procedencia, en su caso, de la prescripción extraordinaria del contrato de seguro, y no la ordinaria que fue la base central de la sentencia apelada.

Por su parte el artículo 1081 del Código de Comercio, relativo a la prescripción de las acciones que subyacen al contrato de seguro, consagra que:

*“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.”*

Frente al fenómeno prescriptivo en tales acciones, la Corte Suprema de Justicia ha señalado que:

*“[la] prescripción ordinaria resulta aplicable a los sujetos que están en condiciones de ejercer las acciones derivadas del contrato de seguro, pues son capaces y tienen conciencia de ser titulares del derecho que da lugar a la acción; por el contrario, la prescripción extraordinaria resulta aplicable a aquellos sujetos que se encuentran en imposibilidad de ejercer sus derechos, bien sea por razón de una incapacidad o por el desconocimiento del derecho que da lugar a la acción”. De tal manera que “cuando el sujeto desconoce la existencia del contrato de seguro que lo ampara frente a cierto riesgo, resulta aplicable el término de prescripción extraordinaria de la acción (...) toda vez que quien desconoce la existencia del contrato de seguro y por ende su calidad de acreedor de la prestación, no está en condiciones de ejercer las acciones derivadas del seguro (...)”<sup>12</sup>*

4.- Descendiendo al caso concreto, atendiendo los reparos y orden planteado por el apelante tenemos que:

4.1.- Frente al primer reparo de apelación, erra el opugante al confrontar la ocurrencia de la prescripción ordinaria en su contra bajo el decir que no ha transcurrido ninguna de las dos modalidades de prescripción (ordinaria y extraordinaria) habida cuenta la condición impuesta por la aseguradora demandada para el pago de una eventual indemnización, consistente en que deberá aportarse valoración en los términos de la Ley 100 de 1993, bajo lo cual interpreta el desertor que sólo a partir de allí, de

---

<sup>12</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Exp 0500131030012004-00457-01, decisión del 27 de febrero de 2013, MP Fernando Giraldo Gutiérrez

una valoración practicada por una junta de calificación de invalidez, comienza a contabilizarse la prescripción.

Tal apreciación resulta alejada de la realidad en la medida que es claro que el legislador al señalar que la prescripción ordinaria, frente al asegurado o interesado, comienza a contabilizarse desde un único momento: que es aquél en que tiene o debe tener conocimiento del hecho que lo habilita a denunciar la ocurrencia del siniestro y, por ende, el pago de la indemnización o compensación de que se trate, a más que dicho término y la forma y momento de contabilizarse no puede ser modificado atendiendo los intereses o arbitrio de las partes, sino con pleno apego a lo determinado en la ley, por lo tanto, ni siquiera la exigencia plasmada en el contrato de seguro (valoración del beneficiario en los términos de la Ley 100 de 1993 para el pago de la indemnización) ostenta la capacidad suficiente para desconocer el momento y plazo que determina la ley para aplicar la prescripción.

En segundo lugar, el apelante confunde la valoración en los términos de la ley estatutaria de la salud, de la que debió ser objeto para pretender el pago de la indemnización, con el término de ley para que se produzca la prescripción, al indicar que ésta no ha comenzado a trasegar a falta de dictamen proveniente de una junta de calificación, interpretación equivocada en la medida que la falta de valoración en tales términos sólo se constituye en presupuesto exigible por la demandada para el reconocimiento del derecho y el pago de la prestación, pero en modo alguno es presupuesto de la prescripción, comoquiera que ésta comenzó a andar una vez el beneficiario tuvo conocimiento de la pérdida de capacidad laboral, luego el impedimento que ocasionó la falta de calificación por un ente avalado por la Ley 100 era el pago de la pretensa compensación económica, pero en modo alguno el trasegar del término prescriptivo. Siendo procedente agregar que, en todo caso, el actor tuvo conocimiento de la PCL suficiente para reclamar el pago de la indemnización a partir de la segunda junta médica que adelantó la Dirección de Sanidad de las FFMM el 20 de noviembre de 2018, dicho conocimiento no estaba condicionado a la valoración exigida por la aseguradora como requisito para el pago, luego no es cierto que no haya operado la institución jurídica que provocó el fracaso de las pretensiones, en lo que a esta inconformidad concierne.

4.2.- De igual manera, el alegato consistente en la desproporcionalidad que resulta del término prescriptivo con que cuenta el reclamante para ejercer las acciones derivadas del seguro, 2 años, y el de 5 años para que la aseguradora pueda promover la acción que derive en la nulidad de la convención por reticencia, tampoco resulta suficiente para desconocer el fallo de primera instancia, por lo siguiente:

En materia de seguros, el asegurado o beneficiario es el llamado a conocer de primera mano el estado del riesgo que está obligado a declarar al momento de hacer parte del contrato de seguro o se adhiere a éste, según señala el artículo 1058 del estatuto mercantil, por tanto, al operar los demás presupuestos de ley, podrá reclamar ante el asegurador el pago relativo a la ocurrencia del siniestro, mientras que el asegurador conoce, habitualmente,

el estado del riesgo, las circunstancias particulares del caso, y hasta la reticencia, al momento de la reclamación, no antes, aspecto por el cual cuenta con el término de prescripción extraordinaria para provocar la nulidad del contrato.

El contrato de seguro se caracteriza por ser un acuerdo de buena fe, como ocurre con los negocios celebrados en materia comercial a la luz del artículo 871 *ibídem* y si bien al tomador o asegurado le asiste la obligación contemplada en el artículo 1058 *ib*, es con base en la información suministrada que se suscribe el contrato, y si bien el asegurador puede acudir a una valoración previa o solicitar el historial clínico del tomador o beneficiario, está facultado para celebrar el contrato de seguro amparado en la buena fe que se espera del reclamante o interesado en el contrato así como de la obligación que le asiste a éste de declarar fehacientemente el estado del riesgo, aunque no practique valoración alguna, de acuerdo con el artículo 1158 del mismo compendio normativo.

Por lo tanto, no son equiparables los términos con que cuenta el asegurado y el asegurador para incoar las acciones provenientes del contrato de seguro, pues se restringiría gravemente el acceso de las personas en general al contrato de seguro si, en contravía del principio de buena fe, cada asegurador practica una valoración a cada beneficiario para conocer el estado del riesgo, tendencia que trasladaría al tomador el precio del dictamen en perjuicio de la actividad aseguradora, por lo que el término con que cuenta cada parte para accionar no constituye argumento válido o suficiente para fustigar la sentencia de primera instancia por este particular.

4.3.- Frente a la acepción "*conciencia del derecho*" ítem en que se sustenta el tercer fundamento de la apelación, es preciso afirmar que si bien la jurisprudencia ha aceptado que no puede accionar aquél que no tiene pleno conocimiento del derecho que le asiste, como cuando se ignora la existencia de un contrato de seguro y la prescripción comienza a trasegar una vez se conoce tal circunstancia, para el caso no opera el mismo o parecido supuesto fáctico.

Alega el apelante que para el caso es preciso no sólo conocer la PCL que afecta su humanidad, sino qué riesgo y cuál es el amparo asegurado que no puede conocer con anterioridad al suministro de una copia de la póliza por parte del asegurador. No obstante, si bien existe obligación del asegurador en suministrar el original de la póliza y de las cláusulas que la componen, dicha obligación es frente al tomador, que conforme a los hechos consignados en la demanda, fue el Estado a través del Ministerio de Defensa Nacional, luego no se vislumbra que por este particular aspecto haya faltado a sus obligaciones la demandada Aseguradora Solidaria de Colombia, aunque el beneficiario, el demandante hubiese estado habilitado para obtener copia de la documentación respectiva.

Nótese además, que no es admisible el alegato consistente en que el reclamante no tenía plena conciencia o conocimiento del derecho que le asiste, y haya expuesto esta tesis en este escenario de segunda instancia

cuando en los hechos consignados en la demanda indicó que ha contribuido al pago de las primas de seguro desde el año 2012, por lo que desde ese tiempo conocía de la existencia del contrato de seguro, aunque ignorase los detalles particulares del contrato, debiendo asumir un comportamiento más diligente que lo llevara a conocer a fondo las cláusulas del seguro grupal, los riesgos amparados y demás aspectos de interés para él, por lo tanto, no era presupuesto para reconocer que operó la prescripción ordinaria en su contra, según la sentencia de primer grado, que la demandada acreditara que el actor tuviese pleno conocimiento de las condiciones del contrato de seguro, pues revistiendo éste un interés cierto y legítimo para él, debió asumir la carga necesaria para conocerlo de primera mano, en la medida que no es oponible, respecto de él, la obligación a cargo del asegurador en los términos del inciso 2° del artículo 1046 del código comercial.

4.4.- El cuarto reparo constitutivo de la apelación estriba en que también se afecta el pleno conocimiento del derecho en favor del apelante, habida cuenta que debía auscultarse si la demandada entraría a cubrir siniestros que estaban amparados con anterioridad a la fecha en que entró ocupar el lugar de otras aseguradoras, mediante contratos de seguro pretéritos a las patologías o dictámenes a cargo de la Dirección de Sanidad del Ejército y que dieron cuenta de la pérdida de capacidad laboral del reclamante apelante y que por tanto, que no cabe la reticencia alegada por la demandada, pues el estado de salud del beneficiario fue oportunamente declarado ante aseguradoras anteriores, por lo que de haber conocido que la Aseguradora Solidaria de Colombia no respondería por siniestros ocurridos a partir del momento en que entró a cubrir a los miembros de las FFMM se habría abstenido, entre otras, de contribuir al pago de las primas correspondientes.

Dicho cuestionamiento tampoco cuenta con la viabilidad suficiente para revocar la decisión del *a quo*, pues ciertamente, aunque la delegatura remitente no hizo énfasis respecto de si existió continuidad o no frente al contrato de seguro que venía operando desde 2012, esto es, si la Aseguradora Solidaria de Colombia entró a operar como cesionaria de un contrato de seguro ya existente desde esa época, debiendo atenerse a las condiciones del contrato ya existente, o si entró a operar un nuevo contrato de seguro grupal, caso en el cual podía alegar la reticencia o la prescripción a partir de su participación en el contrato, y a pesar de que nada se indicó respecto de las demás aseguradoras o compañías que le antecedieron, o si su vinculación comenzó por contratación directa con el Estado (Ministerio de Defensa Nacional) o como cesionaria de un contrato que ostentaba otra aseguradora, lo cierto es que al margen de esa discusión, al haberse estructurado el siniestro con ocasión de la junta médica a cargo de la Dirección de Sanidad en noviembre de 2018, esto es, al haberse adquirido conciencia del siniestro que daba lugar a la reclamación de indemnización, a la par de las circunstancias que suspendieron o extendieron el término para accionar, el impugnante tenía como fecha límite para promover el trámite verbal en procura de obtener la anhelada prestación el 16 de enero de 2021, pese a lo cual promovió el trámite especial ante la Superintendencia Financiera de Colombia el 2 de mayo de 2022, configurándose así la

prescripción ordinaria reconocida en la decisión censurada.

Puestas, así las cosas, se impone confirmar la sentencia apelada, pues lo allí resuelto es consonante con el marco legal aplicable, junto con la jurisprudencia que se ocupa del tema, que daba lugar al reconocimiento de la prescripción ordinaria y, consecuentemente, dictar sentencia según el numeral 3° del artículo 278 del estatuto procesal vigente.

Finalmente, en virtud de los numerales 1° y 8° del artículo 365 del CGP, por aparecer causadas, se condenará en costas a la parte a la que se le resolvió desfavorablemente la apelación.

### III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juzgado 16 Civil del Circuito de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley.

#### RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia impugnada, por las razones enunciadas.

SEGUNDO: CONDENAR en costas al apelante. Inclúyanse por concepto de agencias, la suma de un (1) salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV).

TERCERO: ORDENAR la devolución del asunto a la autoridad que lo conoció en primera instancia. Ofíciase.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

Firmado electrónicamente  
CLAUDIA MILDRED PINTO MARTÍNEZ  
JUEZ

JUZGADO 16 CIVIL DEL CIRCUITO  
DE BOGOTÁ D.C.

La providencia anterior se notifica por anotación en el  
ESTADO ELECTRÓNICO No. 127  
fijado el 8 de noviembre de 2023 a la hora de las 8:00  
A.M.

Luis German Arenas Escobar  
Secretario

**Firmado Por:**  
**Claudia Mildred Pinto Martinez**  
**Juez**  
**Juzgado De Circuito**  
**Civil 016**  
**Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,  
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **d29c92fb16fdd8b2f9dcb99fbc412f2d10c24f692cc9e4286a6b4e0a7a656de**

Documento generado en 07/11/2023 04:54:57 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**