



## JUZGADO CUARTO (4°) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

### CONSTANCIA SECRETARIAL – FIJACIÓN EN LISTA – TRASLADO - LEY 2213 de 2022 Art. 12 AL NO APELANTE

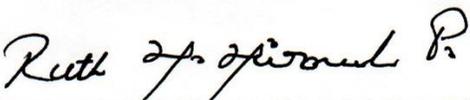
PROCESO: **VERBAL - E. ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR. <2ª Inst. – A.S.>** -  
RAD. No. **11001-08-00-008-2021-06012-01**  
En la SFC\_ Exp. 2021-3970 y Rad. Proceso 2021206012

Se deja constancia que hoy 23 de MAYO de 2023, a la hora de las 8:00 a.m., en acatamiento a lo dispuesto en providencia que admitió el recurso objeto de alzada en armonía con lo preceptuado en la norma citada en la referencia y, en conc. con los artículos 110 y 327 del C. G. del P., **SE FIJA EN LISTA**, por un (1) día y queda a disposición de la contraparte y/o de los intervinientes no apelantes y/o curador *ad litem*, por el término legal, a partir del día siguiente de la fijación, la sustentación del recurso de apelación presentada dentro del término de ley, por el(la) apoderado(a) judicial del extremo pasivo {apelante} <ver pdf's # 08 y 09 del C. No. 2 del Exp. Virtual> dentro del asunto en referencia.-

Empieza a correr: El día 24 de Mayo de 2023 a las 8:00 a.m.  
El traslado se surtirá los días: 24, 25, 26, 29 y 30 de Mayo de 2023  
Vence: El día 30 de Mayo de 2023 las 5:00 p.m.

#### NOTAS:

1. En atención a la prevalencia de la virtualidad, del referido TRASLADO se hace la nota correspondiente en el módulo respectivo del sistema (S.I.J.C.) - Siglo XXI, la lista en que es incluido este traslado se mantendrá a disposición de las partes como quiera que, el Juzgado atiende de manera normal al público y en horario establecido -sin ningún tipo de restricciones- y, es publicitado en el sitio Web o link del micrositio del Juzgado dispuesto en la página de la Rama Judicial.
2. Además, por cuanto el apelante no da cuenta de haber copiado su escrito (parágrafo art. 9º lb.) al apoderado de su contraparte (esto es, al correo que aquel informó en escrito de subsanación: [ipsojureabogados@hotmail.com](mailto:ipsojureabogados@hotmail.com), pues lo hizo a otros que se informaron en demanda inicial por las demandantes y el de su gestor judicial como correspondía).

  
**RUTH MARGARITA MIRANDA PAENCIA**  
Secretaria \* \*

Señor (a):

**JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO BOGOTÁ D. C.**

[ccto04bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:ccto04bt@cendoj.ramajudicial.gov.co);

[mlncastiblanco@gmail.com](mailto:mlncastiblanco@gmail.com)

E.S.D

[moriavsu@hotmail.com](mailto:moriavsu@hotmail.com);

**Referencia:** ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

**Demandantes:** MARIA OLIMPIA MESA RODRIGUEZ MARIA EMELINA CASTIBLANCO QUIROGA

**Demandado:** LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO Y OTROS.

**Radicado:** 11001080000820210601201

**Asunto:** Sustentación recurso de apelación.

**DIEGO ANDRÉS ARANGO URUEÑA**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.075.298.640 de Neiva, domiciliada y vecino de la ciudad de Neiva, abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional No. 304.782 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en nombre y representación de **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**, por medio del presente escrito, encontrándome dentro del término legal previsto para el efecto, respetuosamente presento **SUSTENTACIÓN DE LOS REPAROS CONCRETOS DEL RECURSO DE APELACIÓN** interpuesto en audiencia del día 22 de julio de 2021 en contra la Sentencia de primera instancia proferida por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia en la cual incurrió en sendos yerros al declarar prósperas las pretensiones de la demanda, solicitando desde ahora que la misma sea **REVOCADA**. Petición que fundamento en las consideraciones de hecho y de derecho que pasaré a explicar en acápite siguientes, para cuyo efecto procederé a esgrimir los argumentos por los cuales se considera que la sentencia del A Quo no se encuentra ajustada a los presupuestos fácticos y las disposiciones legales y jurisprudenciales que regulan la materia.

## I. REPAROS CONCRETOS

### 1. REPAROS PRESENTADOS ORALMENTE EN LA AUDIENCIA DE FECHA DEL 22 DE JULIO DE 2022.

Con el mayor respeto le solicito al honorable Tribunal Superior de Bogotá, que tome en consideración los reparos concretos presentados oralmente por el suscrito apoderado en contra de la sentencia proferida el 22 de julio de 2022 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, en la audiencia llevada a cabo en esa misma fecha. En tal virtud, con base en dichos reparos, comedidamente se requiere que la mencionada sentencia sea revocada integralmente, para en su lugar, declarar probada la excepción de nulidad relativa del contrato deseguro y negar así la totalidad de las pretensiones de la demanda.

Una aseguradora cooperativa con sentido social

**2. EN EL PROCESO SE ACREDITÓ TOTALMENTE EL ELEMENTO SUBJETIVO CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 1058 DEL C.CO. SE DEMOSTRÓ TANTO LA RELEVANCIA TÉCNICA Y MÉDICA DE LOS ANTECEDENTES NO DECLARADOS, ASÍ COMO LA CONSECUENCIA RELATIVA A QUE, DE HABER CONOCIDO DICHO ANTECEDENTES, NO SE HUBIERA CONTRATADO EN LOS TÉRMINOS QUE LO HIZO MI REPRESENTADA.**

Con el objetivo de procurar por un correcto entendimiento del presente reparo, es de suma importancia que el Tribunal Superior de Bogotá tome en consideración que la Superintendencia Financiera de Colombia incurrió en un error de gran envergadura durante la apreciación en conjunto de todos los medios de prueba que obran en el plenario. En efecto, de manera equivocada el juez de primera instancia consideró que en el trámite no se había demostrado por parte de la Aseguradora, cuál hubiera sido la consecuencia en caso de haber conocido los antecedentes no declarados por el señor Julio Alberto Mesa Rodríguez (Q.E.P.D). Sin embargo, tal y como se explicará a continuación, no solamente la relevancia técnica y médica de dichos antecedentes para la Compañía de Seguros se encuentra totalmente probada en el trámite de la Acción de Protección al Consumidor Financiero, sino que, además, la citada consecuencia de igual forma se acreditó a través de distintas pruebas que son conducentes, pertinentes y útiles para el efecto.

En este orden de ideas y para mayor claridad del presente reparo, se manifiesta que la estructuración metodológica que tendrá el mismo consiste en explicar, por un lado, cómo en la acción de protección al consumidor financiero se demostró totalmente la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados. Mientras que, por el otro lado, también se analizará profundamente cómo en el caso concreto también se probó totalmente que Equidad Seguros de Vida O.C., de haber conocido todas las patologías no informadas por el Asegurado, definitivamente se hubiera retraído de contratar en los mismos términos que lo hizo.

**2.1. En el proceso se acreditó totalmente la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados por la asegurada y la consecuencia para la compañía:**

Analizado los diversos medios de prueba que obran en el expediente, resulta sumamente claro que de los mismos se demuestra totalmente la relevancia técnica y médica para la Aseguradora, de los antecedentes no declarados por Julio Alberto Mesa Rodríguez (Q.E.P.D). En tal virtud, a continuación, se realizará una exposición de todos los medios de prueba, a partir de los cuales se acredita contundentemente, que las enfermedades no declaradas por el Asegurado modifican totalmente el verdadero estado del riesgo que la Compañía de Seguros creyó asegurar. En otras palabras, el consentimiento de mi representada se vio viciado, habida cuenta que creyó asegurar una persona en óptimas condiciones de salud, cuando realmente vinculó a la póliza a una que, había sido diagnosticada previamente con sendas enfermedades sumamente relevantes, que afectan gravemente la salud de una persona que las padece.

**Una aseguradora cooperativa con sentido social**

### 2.1.1. Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de la Historia Clínica.

En primer lugar, se pone de presente que el documento más importante que obra en el expediente y que correlativamente demuestra la relevancia médica y técnica de las enfermedades y antecedentes no informados, es la historia clínica del Sr Julio Alberto Meza (Q.E.P.D.) En otras palabras, la Historia Clínica que se aportó al plenario es el documento idóneo a partir del cual se acredita la existencia y relevancia de los antecedentes no declarados, pues aquel es el documento, en donde se dice cuáles de las enfermedades que afectaban la salud del Sr Julio Alberto Meza (Q.E.P.D.) al momento de vincularse al grupo asegurado, no declaradas, que terminaron por viciar el consentimiento de mi prohijada.

De esta manera y analizando el caso concreto, el Sr Julio Alberto Meza (Q.E.P.D.) no informó a mi representada de la existencia de sus enfermedades, las cuales, según la propia historia clínica, son totalmente determinantes e inciden en la decisión de asegurar a una persona que la padezca. En este sentido, las patologías más relevantes no declaradas fueron las siguientes:

...“Historia clínica MI IPS Boyaca – IPS Nieves. Fecha de ingreso: 05/08/2017. Enfermedad actual: Paciente masculino de 58 años de edad con antecedentes de falla cardiaca estadio C, clase funcional III, ptca+stent en ADA en 2015. Portador de cardiodesfibrilador 12/2015, ultima reprogramación según paciente hace 1 año. Acude con ECO TT 20/01/2017: valvula esclerosis mitroaortica con insuficiencia mitral leve, crecimiento auricular izquierdo leve, hipoquinesia global menos marcada en la región lateral, ventrículo derecho levemente dilatado con electrodo de estimulador con HTP leve con PSAP de 44 mmhg, fevi 27%, DDTI.

Diagnostico principal: cardiomiopatía dilatada

Diagnostico secundario: Insuficiencia cardiaca congestiva.

Fecha de ingreso: 18/12/2017. Enfermedad actual: paciente con dx HTA, cardiomiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, dlp, gastritis.

Fecha de ingreso: 14/03/2018. Enfermedad actual: paciente adulto mayor de 59 años con DX de:

5 portador de CDI como prevención secundaria de muerte súbita

7 antecedente de ca de intestino delgado – quimioterapia hace 14 años...”

...“Historia clínica Nueva EPS.

Antecedentes Personales. Patológicos. HT Pulmonar stent coronario.

Fecha: 08/07/2019. Fecha 10/09/2019. Especialidad: Cardiología. Remision: Idx

Cardiopatía dilatada (isquémica por cardiotoxicidad). Ecocardiograma TTE 01/08/2019 Fevi 16%, hipoquinesia global severa. Adenocarcinoma en intestino delgado. Hipertension pulmonar moderada severa. Portador de CDI...”

...”Historia clínica Fundación oftalmológica de Santander.

IDX. Probable cardiorrenal tipo 2. Linfoma tipo B intestinal.

Diagnostico Principal. Insuficiencia renal aguda no especificada. Evolución diagnóstica. Fecha 20-ene-20. descripción diagnóstico. Insuficiencia renal aguda no especificada...”

Con el objetivo de obtener una adecuada comprensión de la relevancia de las patologías, debe tomarse en consideración que al proceso fue aportado el adecuado material probatorio sin perjuicio, de que las reglas de la experiencia y la sana crítica reflejan con claridad que las enfermedades documentadas son altamente importantes.

Es por este motivo que la Superintendencia Financiera en su sentencia incurrió en un error de suma importancia, debido a que adujo que no existían elementos de juicio a partir de los cuales se demostrara la relevancia técnica y médica de las enfermedades no declaradas por la Asegurada.

Todo lo previamente expuesto nos permite concluir, que la Superintendencia Financiera de Colombia incurrió en una equivocación de gran importancia en su sentencia al aducir que no existían elementos de juicio para acreditar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, cuando ha quedado plenamente demostrado a partir de la historia clínica, que los antecedentes no informados por el señor Meza Rodriguez (Q.E.P.D.) natalmente representan de una importancia relevante para una persona que las padece por el simple hecho de tenerlas. Lo que correlativamente significa, que, si dichos antecedentes son relevantes para la persona que las sufre, por supuesto, también son importantes para la Compañía de Seguros, quien es a la persona jurídica a la que se le está trasladando el riesgo de la muerte de las personas y su estado de salud exacerba el riesgo de fallecer, y en tal virtud, requiere información fidedigna para determinar el verdadero estado del riesgo que se encuentra asumiendo.

### 2.1.2. Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de los manuales técnicos para la suscripción y colocación de los seguros Vida Grupo Deudores.

Como se ha venido explicando, el error esencial de la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, consistió en fundamentar su sentencia al haber indicado que la Compañía de Seguros no había demostrado el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Lo que significa, que en su concepto no se demostró la relevancia técnica y médica de

Una aseguradora cooperativa con sentido social

los antecedentes no declarados para la Aseguradora, así como tampoco la consecuencia de haber conocido oportunamente esta información.

### 2.1.3. Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de la objeción del 24 de marzo de 2021.

Como se ha venido explicando, pierde totalmente de vista la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, que dentro del plenario existen sendos elementos de prueba que demuestran fehacientemente la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados por el señor Meza Rodríguez (Q.E.P.D.). En tal virtud, ahora debemos analizar la objeción emitida por la Compañía de Seguros el 24 de marzo de 2021, en las que expresamente se indicó lo siguiente:

Referencia: Reclamación 10219576 Caso onbase 89234  
Póliza Vida Deudores: AA000051  
Asegurado: MESA RODRIGUEZ JULIO ALBERTO (q.e.p.d.)

Apreciados señores:

En respuesta a la reclamación presentada por el fallecimiento del señor MESA RODRIGUEZ JULIO ALBERTO (q.e.p.d.), La Equidad Seguros de Vida O.C., con base en la documentación aportada para el correspondiente estudio, le informa los siguientes hechos:

Esta aseguradora expidió póliza de la referencia, con vigencia comprendida entre el 30 de septiembre de 2020 al 05 de septiembre de 2025, amparando contra los riesgos descritos en la caratula de la póliza.

Fue presentado a esta aseguradora aviso de reclamación como consecuencia del fallecimiento del señor MESA RODRIGUEZ JULIO ALBERTO (q.e.p.d.) ocurrido el 14 de enero de 2021.

De acuerdo al certificado de reclamación aportado, fue otorgado un crédito al señor 10219576 (q.e.p.d.), desembolsado el 30 de septiembre de 2020 por valor de \$50.000.000 y un saldo reclamado por \$49.366.624

De acuerdo a revisión de Historial médico se evidencian los siguientes antecedentes:

..."Historia clínica MI IPS Boyaca – IPS Nieves. Fecha de ingreso: 05/08/2017. Enfermedad actual: Paciente masculino de 58 años de edad con antecedentes de falla cardiaca estadio C, clase funcional III, ptca+stent en ADA en 2015. Portador de cardiodesfibrilador 12/2015, ultima reprogramación según paciente hace 1 año. Acude con ECO TI 20/01/2017: valvula esclerosis mitroaortica con insuficiencia mitral leve, crecimiento auricular izquierdo leve, hipoquinesia global menos marcada en la región lateral, ventrículo derecho levemente dilatado con electrodo de estimulador con HTP leve con PSAP de 44 mmhg, fevi 27%, DDTI.

Diagnostico principal: cardiomiopatía dilatada

Diagnostico secundario: Insuficiencia cardiaca congestiva.

Fecha de ingreso: 18/12/2017. Enfermedad actual: paciente con dx HTA, cardiomiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, dilp, gastritis.

Fecha de ingreso: 14/03/2018. Enfermedad actual: paciente adulto mayor de 59 años con DX de:

5 portador de CDI como prevención secundaria de muerte súbita

7 antecedente de ca de intestino delgado – quimioterapia hace 14 años...”

...”Historia clínica Nueva EPS.

Antecedentes Personales. Patológicos. HT Pulmonar stent coronario. Fecha: 08/07/2019.

Fecha 10/09/2019. Especialidad: Cardiología. Remision: Idx Cardiopatía dilatada (isquémica por cardiotoxicidad). Ecocardiograma TT: 01/08/2019 Fevi 16%, hipoquinesia global severa. Adenocarcinoma en intestino delgado. Hipertension pulmonar moderada severa. Portador de CDI...”

...”Historia clínica Fundación oftalmológica de Santander.

IDX. Probable cardiorenal tipo 2. Linfoma tipo B intestinal.

Diagnostico Principal. Insuficiencia renal aguda no especificada.

Evolución diagnóstica. Fecha 20-ene-20. descripción diagnóstico. Insuficiencia renal aguda no especificada...”

En la solicitud de Seguro – Declaración de asegurabilidad suscrita por el señor MESA RODRIGUEZ JULIO ALBERTO (q.e.p.d.), diligenciada el 29 de septiembre de 2020 para el otorgamiento del crédito, se le realiza la siguiente consulta:

”Con plena conciencia de que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como este se otorga a personas que gozan de un estado de salud de normal doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

Yo, el abajo firmante declaro que:

En la fecha me encuentro en perfecto estado de salud. SI X NO

Por favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes enfermedades:

1. Afecciones cardiovasculares
2. Hipertensión Arterial
3. Cáncer
4. Diabetes
5. VIH Positivo/SIDA
6. Insuficiencia Renal crónica

En caso de haber marcado alguna de las enfermedades anteriores o si padece alguna enfermedad aguda o crónica, afección o adicción favor explicar detalladamente...”

A la anterior consulta, el señor MESA RODRIGUEZ JULIO ALBERTO (q.e.p.d.), no marcó ninguna de las enfermedades allí relacionadas.

Adicional, el artículo 1058 del Código de Comercio establece que “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 hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas,

producen la nulidad relativa del seguro. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo".

Disposición legal que encuentra su respaldo legal en lo normado por el artículo 1158 de la misma obra, el cual indica: "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 da lugar".

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia que el señor MESA RODRIGUEZ JULIO ALBERTO (q.e.p.d.) al momento del desembolso del crédito, ya padecía las siguientes enfermedades: **falla cardiaca estadio C, portador de cardiodesfibrilador, válvula esclerosis mitroaortica con insuficiencia mitral leve, crecimiento auricular izquierdo leve, ventriculo derecho levemente dilatado con electrodo de estimulador, cardiomiopatía dilatada, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión arterial, cardiomiopatía isquémica, stent coronario, cardiopatía dilatada (isquémica por cardiotoxicidad), hipoquinesia global severa, adenocarcinoma en intestino delgado, hipertensión pulmonar moderada severa, Insuficiencia renal aguda no especificada, las cuales se encuentran expresamente excluidas de nuestro clausulado general, lo que conlleva a la inexistencia de cobertura, adicional, no se cumplió con lo establecido en la disposición legal antes citada, ya que no declaró el estado de salud con el cual ingresaba al seguro vida grupo deudores, lo que indica que incurrió en reticencia de la información, motivo por el cual no hay lugar al reconocimiento de la indemnización solicitada**

En consideración a lo expuesto, La Equidad Seguros de Vida O.C., objeta su reclamación y se abstiene de reconocer suma alguna a título de indemnización y se declara exonerada legalmente de toda responsabilidad, con motivo del fallecimiento del señor MESA RODRIGUEZ JULIO ALBERTO (q.e.p.d.).

En los anteriores términos atendemos su reclamación, si tiene alguna inquietud adicional por favor cargarla dando clic en el siguiente enlace [Formulario de Anexos](#) citando el número de caso OnBase y/o número de siniestro y con gusto la resolveremos.

Cordialmente,

A partir del tenor literal de la citada prueba documental, se demuestra contundentemente que desde el año 2021 la Compañía de Seguros adujo la importancia que tenían los antecedentes no declarados para determinar el verdadero estado del riesgo. En otras palabras, no es cierto que no exista una prueba para acreditar la relevancia de los antecedentes no declarados, cuando en el expediente obra la objeción. En donde, por un lado, se dice expresamente que tan relevantes son las enfermedades y antecedentes no informados, que de haber sido conocidos seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro, y por el otro lado, se indica técnicamente que no se debieron haber expedido las pólizas como un riesgo normal, dada la envergadura y gravedad de la información ocultada.

Esta situación permite concluir indefectiblemente, no solamente que en el expediente obran y fueron practicados varios medios de prueba para demostrar la relevancia técnica y médica de la información ocultada. Sino además, que en la sentencia del 22 de julio del 2022 se cometió un profundo error en la valoración probatoria. El honorable juzgador de segunda instancia no puede pasar por alto esta deficiencia en la valoración probatoria, habida cuenta que de haber analizado la totalidad de las pruebas en conjunto, ciertamente la consecuencia hubiera sido diametralmente distinta. Esto es, haber declarado fundada la excepción de nulidad relativa como consecuencia de la reticencia del asegurado, y consecuentemente, denegar todas las pretensiones de la demanda.

2.1.4. *Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de las declaraciones de asegurabilidad, de las reglas de la experiencia, de la*

Una aseguradora cooperativa con sentido social

sana crítica y la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia.

Resulta trascendental que el honorable Tribunal Superior de Bogotá tenga en cuenta que, a través de la sentencia del 22 de julio de 2022, la Superintendencia Financiera de Colombia se apartó totalmente del precedente de la Corte Suprema de Justicia, relativo al valor probatorio que ostentan las declaraciones de asegurabilidad para demostrar el elemento subjetivo del artículo 1058 del C.Co. Dicho de otro modo, la citada sentencia incurrió en una grave imprecisión jurídica y probatoria, al haber dejado de lado el precedente de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, que claramente indica que la relevancia y consecuencia para la Compañía de Seguros de las enfermedades no declaradas, se demuestra a partir del propio texto de las declaraciones de asegurabilidad.

En este orden de ideas, se debe iniciar analizando la siguiente sentencia proferida por la Corte Suprema de Justicia, la cual es sumamente clara al afirmar que la existencia misma de la pregunta relativa a la enfermedad ocultada en el formulario de asegurabilidad, es significativa de su importancia como insumo para determinar el estado del riesgo. El tenor literal de la providencia claramente indica:

*Esta modalidad negocial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, como quiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca.  
[...]*

*en ese escenario la pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, **pues precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento, es decir, si contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas**, sin perjuicio de la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud, de donde se desprende de modo general, que basta con establecer que hubo falta de sinceridad del tomador para que emerja la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro...1 (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Tal y como se observa en la sentencia, la Corte Suprema de Justicia es totalmente clara al exponer que la relevancia para la compañía de seguros de las enfermedades ocultadas, claramente **se demuestra a partir del mismo formulario de asegurabilidad**. Es decir, si dentro de aquel cuestionario se encuentra una pregunta expresa y relativa a algún antecedente de salud, evidentemente tal antecedente es relevante para el Asegurador. Porque de lo contrario, el interrogante no estaría consignado en el cuestionario de salud, toda vez que en el

1 Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 01 de septiembre de 2010. Mp. Dr. Edgardo Villamil Portilla. Exp. No. 05001-3103-001-2003-00400-01

**Una aseguradora cooperativa con sentido social**

mismo únicamente se incluyen preguntas acerca de aspectos fundamentales para determinar el verdadero estado del riesgo. Es más, esta postura fue ratificada por la Corte Suprema en la siguiente sentencia:

*"pues es ostensible que para reconocer la nulidad relativa del contrato de seguro de vida materia de la controversia, el ad quem no exoneró a la demandada del deber de acreditar la totalidad de los elementos axiológicos de dicha sanción sustancial, en particular, que otro hubiese sido su comportamiento negocial, en el supuesto de haber conocido los hechos constitutivos de la reticencia del asegurado, exigencia que, **se repite, tuvo por satisfecha con base, de un lado, en el contenido mismo de la declaración de asegurabilidad y, de otro, en la naturaleza de la información alterada, elementos de juicio con base en los cuales coligió que SEGUROS DE VIDASURAMERICANA S.A. no habría celebrado el contrato base de la acción, o que las condiciones del mismo habrían sido más onerosas**, de haber sabido que el asegurado consumía alcohol y "drogas estimulantes", que había sido sometido a tratamientos de rehabilitación respecto de esas conductas, que no era empleado, sino reciclador e indigente, y que no devengaba el salario que declaró como ingreso." 2 (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En esta jurisprudencia la Sala de Casación Civil va mucho más allá, toda vez que no solo afirma que la importancia de los antecedentes para el asegurador se demuestra a partir del cuestionario, sino que además, atendiendo a las reglas de la experiencia y la sana crítica, indica que la relevancia también se prueba por la naturaleza misma de la información alterada. Por ejemplo, ocultarle al Asegurador que se tiene una preexistencia como lo son los padecimientos que tenía el Sr Meza Rodriguez, evidentemente demuestra que se está ante una información de tal envergadura, que definitivamente hubiera generado que no se hubiere asegurado al señor Meza Rodriguez.

Ahora bien, es a partir de los mencionados fallos que se observa la incorrección jurídica de la sentencia proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia. Toda vez que en el expediente se encuentran los formularios de asegurabilidad, en los cuales se indagó expresamente por la existencia de las enfermedades que padecía y no informó el Sr Meza Rodriguez (Q.E.P.D.)

De las preguntas expuestas en el formulario de declaración de asegurabilidad se evidencia indefectiblemente: (i) que pese a que el Asegurada (QEPD) había sido diagnosticado con cardiomiopatía dilatada; Insuficiencia cardiaca congestiva; cardiomiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, dlp, gastritis, entre otras, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que le cuestionó expresamente si había padecido o padece de esa enfermedad concretamente (ii) aunque el asegurado (QEPD) padecía de *problemas cardiacos*, faltó a la verdad al responder

---

2<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 16 de diciembre de 2016. Mp Dr. Álvaro Fernando García Restrepo. Radicado 05001-31-03-017-2009-00438-01.

Una aseguradora cooperativa con sentido social

que no padecía ningún problema de ésta índole; y (iii) que pese a que el señor Mesa Rodríguez padecía de sendas enfermedades, negó sufrir o haber sufrido de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario puesto de presente con la pregunta abierta.

Es de esta manera que se encuentra totalmente demostrado, a partir de una prueba diferente al interrogatorio de parte y las mencionadas en este escrito de apelación, que las enfermedades y antecedentes no declarados por el Sr Mesa Rodríguez (QEPD), son totalmente relevantes para que el asegurador determine el verdadero estado del riesgo.

Dicho de otro modo, la sentencia proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia incurrió en un error jurídico de suma trascendencia, al afirmar que no existían pruebas en el expediente a partir de las cuales se demostrara el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Por este motivo, se comprueba que se omitió hacer una valoración conjunta de todos los medios de prueba, y también dejaron de lado las sentencias proferidas por la Corte Suprema de Justicia, en donde claramente se indica que la relevancia de las patologías no informadas se demuestra sencillamente a partir del formulario de asegurabilidad.

En conclusión, la sentencia de fecha del 22 de julio de 2022 proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia no se encuentra ajustada a derecho, y en tal virtud debe ser revocada integralmente. Lo anterior, debido a que equivocadamente se afirmó que no existían medios de prueba para demostrar la relevancia médica y técnica de las patologías no informadas, aun cuando la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil, **ha indicado que la importancia de los antecedentes no declarados se demuestra por medio del formulario de asegurabilidad en donde obran los respectivos cuestionamientos sobre las enfermedades.**

En consecuencia, dado que en el caso concreto obran en el expediente el formularios de asegurabilidad en donde se indagaba de manera expresa por los padecimientos previos, resulta indefectible que el elemento subjetivo del artículo 1058 del C.Co se encuentra totalmente demostrado. Máxime, cuando de haber realizado una valoración conjunta de las pruebas involucrando la historia clínica, la objeción del 24 de marzo 2021, los formularios de asegurabilidad, y por supuesto, el interrogatorio de parte, se hubieran llegado a la necesaria conclusión de declarar fundada la excepción de nulidad relativa, negando así todas las pretensiones de la demanda.

## **2.2. En el proceso se acreditó totalmente cuál hubiera sido la consecuencia negocial de haber conocido los antecedentes no declarados:**

Como primera medida, es de suma importancia que se tome en consideración que la relevancia de las patologías no informadas y la consecuencia negocial de lo que hubiera sucedido de haber conocido oportunamente esos antecedentes, representan variables inescindibles. En efecto, la consecuencia negocial se deriva precisamente de la relevancia médica y técnica de los antecedentes no informados. Es decir, si dichos antecedentes no representan patologías

Una aseguradora cooperativa con sentido social

significativas para fijar el verdadero estado del riesgo, claramente no puede existir una consecuencia negocial diferente a la pactada inicialmente. Precisamente por ese motivo, en los subcapítulos precedentes se demostró totalmente el error en el que incurrió la Superintendencia Financiera, al no haber valorado en conjunto todos los medios de prueba que acreditan incuestionablemente, que los antecedentes no informados por el Sr Mesa Rodriguez, son sumamente representativos para mi representada.

Teniendo en cuenta la relevancia de los antecedentes no informados, es que la Compañía de Seguros determinó que de haber conocido todas las patologías del Sr Mesa Rodriguez (QEPD), no hubiera emitido la póliza. Este hecho se encuentra totalmente comprobado a partir, no solo de todas las pruebas documentales que previamente fueron analizadas, sino adicionalmente, desde el interrogatorio de parte.

En efecto, en el interrogatorio de parte fue sumamente clara al expresar cuál fue el análisis realizado al interior de la Compañía de Seguros, para determinar cuál hubiera sido la consecuencia negocial de haber conocido las patologías y enfermedades en el momento oportuno. En otras palabras, el representante legal adujo en su declaración que de haberse reportado sinceramente los antecedentes médicos; los actuarios de la compañía hubieran analizado las probabilidades del riesgo a efectos de hacer más onerosa las condiciones del contrato; o si por el contrario, retrotraerse de celebrar el negocio jurídico.

Dicho de otro modo, en el interrogatorio de parte se demostró contundentemente que la consecuencia negocial relativa a haberse negado el seguro, deviene del análisis efectuado al interior de la Aseguradora de las enfermedades ocultadas a partir de **(i)** la historia clínica.

De esta manera se advierte el error cometido por el juzgador de primera instancia, al considerar que no se había demostrado el elemento subjetivo consagrado en el artículo 1058 del C.Co. Evidentemente en la sentencia proferida por la Superintendencia se incurrió en una equivocación jurídica importante, en la medida que se afirmó que no se había acreditado la relevancia y consecuencia negocial de haber conocido oportunamente la información sobre la real condición de salud del Sr Mesa Rodriguez (Q.E.P.D). Cuando en el expediente obran múltiples elementos de juicio que demuestran la relevancia, y además, en el interrogatorio de parte se informó que al interior de la Aseguradora, a partir de esos elementos de juicio (los manuales de colocación y suscripción de seguros, los formularios de asegurabilidad y la historia clínica), se llegó a la conclusión que de haber conocido todos los antecedentes, claramente no se habría contratado.

Dicho de otra manera, no solo no había motivo para restarle credibilidad al interrogatorio de parte rendido por el representante legal de la Compañía de Seguros, sino por el contrario, existían toda una serie de elementos probatorios que permitían comprobar totalmente lo esgrimido en la declaración. No resulta lógico restarle valor probatorio a lo indicado por la representante legal, cuando en el expediente obran **(i)** los manuales técnicos de suscripción, que consagran la

Una aseguradora cooperativa con sentido social

relevancia de declarar las incapacidades preexistentes en los términos que lo señaló en su declaración, (ii) la historia clínica, en donde se acredita que las enfermedades no declaradas, (iii) y los formularios de asegurabilidad en donde se indaga expresamente por la existencia de las enfermedades no informadas.

A partir de lo anterior, se comprueba indefectiblemente que la Superintendencia Financiera de Colombia se equivocó en su decisión de declarar infundada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del Asegurado.

En conclusión, comedidamente se le solicita al Honorable Tribunal Superior de Bogotá que revoque totalmente la sentencia proferida el 22 de julio de 2022 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, toda vez que en aquella providencia se desestimó la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro, argumentando que no se había demostrado el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, cuando sí fue acreditado. En virtud de lo anterior, no solamente no había motivo lógico para restarle valor probatorio al interrogatorio de parte de la representante legal de la Compañía Aseguradora, sino que, además, se dejaron de valorar en conjunto toda una serie de elementos de prueba, así como también se dejó de lado la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Que conjuntamente y a partir de una valoración racional, demuestran contundentemente que, de haber conocido la información ocultada por el Asegurado, no se habrían emitido el seguro.

### **3. LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA SE APARTÓ TOTALMENTE DEL PRECEDENTE VERTICAL, ASÍ COMO TAMBIÉN DEL HORIZONTAL DE SU MISMO DESPACHO, SIN PRESENTAR UNA ADECUADA MOTIVACIÓN PARA EL EFECTO.**

El tercer reparo que se formula en contra de la sentencia del 22 de julio de 2022 proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia, consiste fundamentalmente en que, con la citada decisión, no sólo se apartó del precedente vertical de la Corte Suprema de Justicia y del Tribunal Superior de Bogotá, como se ha venido explicando. Sino que también, se apartó totalmente del precedente horizontal de su mismo Despacho, en el que ha tenido por demostrado el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, a través del interrogatorio de parte en el cual se acredite la relevancia de las enfermedades como mínimo. En otras palabras, la Corte Constitucional ha fijado unos requisitos muy estrictos que todo operador judicial debe cumplir para apartarse del precedente vertical y horizontal. En tal virtud, la Superintendencia Financiera de Colombia en la providencia objeto de apelación, optó por apartarse del precedente vinculante sin motivar adecuadamente cuáles fueron las razones que la llevaron a proferir tal decisión, que además, deben enmarcarse taxativamente dentro de las causales que la Corte Constitucional ha indicado para ese efecto.

En este orden de ideas, se debe iniciar citando una sentencia de nuestro más alto tribunal constitucional en la que ha sido enfático en la fuerza vinculante que comporta el precedente horizontal. Inclusive, en la providencia se indica expresamente que la importancia del precedente horizontal radica principalmente

Una aseguradora cooperativa con sentido social

en la protección a los principios de la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima, y principalmente, el derecho fundamental a la igualdad. El tenor literal de la decisión de la Corte Constitucional, que valga la pena decir, se encuentra contenido en una sentencia de Unificación, con los efectos que de este tipo de providencias emanan, es el siguiente:

*“Se puede clasificar el precedente en dos categorías: (i) el precedente horizontal, el cual hace referencia a las decisiones proferidas por autoridades del mismo nivel jerárquico o, incluso, por el mismo funcionario; y (ii) el precedente vertical, que se refiere a las decisiones adoptadas por el superior jerárquico o la autoridad encargada de unificar la jurisprudencia. **El precedente horizontal tiene fuerza vinculante, atendiendo no sólo a los principios de buena fe, seguridad jurídica y confianza legítima, sino al derecho a la igualdad que rige en nuestra Constitución.** Asimismo, el precedente vertical, al provenir de la autoridad encargada de unificar la jurisprudencia dentro de cada una de las jurisdicciones, limita la autonomía judicial del juez, en tanto debe respetar la postura del superior, ya sea de las altas cortes o de los tribunales.”<sup>3</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Es de esta manera que, con el objetivo de promover la protección de los citados principios de buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad, la Corte Constitucional ha fijado unos requisitos muy estrictos que todo operador judicial debe cumplir si desea apartarse del precedente vertical y del horizontal. Es decir, no existe autonomía total e irrestricta para que los jueces de la república se aparten de los citados precedentes, sino que por el contrario, si desean hacerlo, deben enmarcar su decisión en una de las causales taxativas que el más alto tribunal constitucional ha establecido. De esta manera, en la sentencia que se estudiará a continuación, la Corte explica cuáles son esos requisitos imperativos que se deben sustentar, si es voluntad de un juzgador apartarse de su propio precedente, así como del de sus superiores jerárquicos:

*“Finalmente la Sentencia C-836 de 2001 consagró también la posibilidad de que la Corte Suprema de Justicia se aparte de su doctrina probable, (precedente horizontal) en tres supuestos: **1) cambios sociales que hagan necesario un ajuste en la jurisprudencia. 2) cuando encuentre que su jurisprudencia contradice “valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico” y 3) cuando exista un cambio relevante en el ordenamiento jurídico legal o constitucional.***

(...)

**Sin embargo, debe resaltarse que la opción en comento en ningún modo habilita a las autoridades judiciales para, en el ejercicio distorsionado de su autonomía, opten por desconocer el precedente, tanto de carácter vertical como horizontal, ante la identidad de supuestos jurídicos y fácticos relevantes, sin cumplir con los requisitos antes mencionados.** Por lo tanto, resultarán inadmisibles, por ser

<sup>3</sup> Corte Constitucional. Sentencia SU354 de 2017. Magistrado Ponente. Dr. Humberto Escrucera Mayolo. Sentencia del 25 de mayo 2017.

*contrarias a los principios de igualdad, legalidad y seguridad jurídica, posturas que nieguen la fuerza vinculante prima facie del precedente, fundamenten el cambio de jurisprudencia en un simple arrepentimiento o cambio de parecer, o sustenten esa decisión en el particular entendimiento que el juez o tribunal tengan de las reglas formales de derecho aplicables al caso. "4 (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Partiendo de las bases jurídicas previamente anotadas, es que se observa la equivocación cometida por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia en su sentencia del 22 de julio de 2022. En su providencia, y como se explicará a continuación, transgrediendo los principios constitucionales relativos a la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad, se apartó totalmente del precedente vertical de la Corte Suprema de Justicia y del Tribunal Superior de Bogotá y del horizontal de su propio Despacho. Por este motivo, se presentarán dos subcapítulos, en los que se observa la transgresión a cada uno de los precedentes anotados.

### 3.1. La Superintendencia Financiera de Colombia se apartó del precedente vertical.

Tal y como se ha expuesto en los reparos anteriores, tanto para el Honorable Tribunal Superior de Bogotá, como para la Corte Suprema de Justicia, la prueba conducente, pertinente y útil para demostrar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, es el interrogatorio de parte y el cuestionario de salud, en donde obren las preguntas específicas y enfocadas en las enfermedades ocultadas por el asegurado. Es decir, si en un proceso judicial se demuestra que en el cuestionario se encuentran las preguntas relativas a las enfermedades no informadas por el Asegurado, y además, se tiene un interrogatorio de parte que acredita cuál hubiera sido la consecuencia comercial de haber conocido oportunamente esos antecedentes, el juzgador no tendrá una alternativa distinta que declarar probada la nulidad del contrato de seguro.

Dado que los fragmentos de las sentencias que fueron desatendidas por la Superintendencia ya fueron transcritos previamente en los reparos antecedentes, únicamente se enunciarán nuevamente las referencias puntuales a dichos pronunciamientos, con el objetivo de que el Tribunal Superior de Bogotá evidencie la transgresión injustificada del citado precedente:

- Tribunal Superior de Bogotá. Sala Séptima Civil de Decisión. Sentencia del 16 de diciembre de 2020. Mp. Dr Manuel Alfonso Zamudio Mora. Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por Wilder Beltrán Sánchez contra Compañía de Seguros Bolívar S.A.
- Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. MP. Dr Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo. Sentencia del 03 de abril de 2017. Radicación 11001-31-03-023-1996-02422- 01.

4 Corte Constitucional. Sentencia C-621 de 2015. Magistrado Ponente. Dr Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Sentencia del 30 de septiembre de 2015.

**Una aseguradora cooperativa con sentido social**

- Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 01 de septiembre de 2010. Mp. Dr. Edgardo Villamil Portilla. Exp. No. 05001-3103-001-2003-00400-01.
- Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 16 de diciembre de 2016. Mp Dr. Álvaro Fernando García Restrepo. Radicado 05001-31-03-017-2009-00438-01.

En efecto, la Superintendencia Financiera de Colombia en su sentencia de fecha del 22 de julio de 2022 vulneró los derechos de mi representada relativos a la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad, en la medida que optó por apartarse del precedente vertical que le era aplicable, sin justificar, en los términos de la sentencia C-621 de 2015, que su decisión se afincaba en alguna de las causales específicas para ese efecto. Estas son:

- *Cambios sociales que hagan necesario un ajuste en la jurisprudencia.*
- *Cuando encuentre que su jurisprudencia contradice “valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico” y*
- *Cuando exista un cambio relevante en el ordenamiento jurídico legal o constitucional*

Es decir, si la Superintendencia deseaba desatender el precedente previamente esgrimido, tenía la obligación de motivar su decisión con alguna de las 3 causales enunciadas. Sin embargo, como en su sentencia no se observa motivación alguna referente a tener por acreditados los presupuestos de alguna de las causales habilitantes y taxativas para omitir un precedente, su sentencia debe ser revocada integralmente. Por este motivo, y sin perjuicio de lo que se expondrá continuación, comedidamente se le solicita al Honorable Tribunal Superior de Bogotá que revoque la sentencia proferida el 22 de julio de 2022 por la Superfinanciera. En donde de manera equivocada, se apartó del precedente de sus superiores jerárquicos, sin motivar adecuadamente esa nueva postura y sin cumplir los requisitos jurisprudenciales para tal efecto.

### 3.2. La Superintendencia Financiera de Colombia se apartó del precedente horizontal.

Ahora bien, resulta muy importante que el Tribunal Superior de Bogotá tome en consideración que no solamente la Superintendencia desatendió el precedente vertical de sus superiores jerárquicos, sino que, además, omitió dar aplicación al precedente horizontal de su mismo Despacho, que en casos análogos ha tomado decisiones diametralmente diferentes. Dicho de otro modo, la Superintendencia en su providencia omitió totalmente el precedente que ella misma ha desarrollado, y de manera equivocada, optó por modificar su postura sin cumplir los requisitos jurisprudenciales previamente anotados. Esto es, no indicó que su nueva tesis jurídico probatoria obedece a **(i)** cambios sociales que hagan necesario un ajuste en la jurisprudencia, **(ii)** cuando encuentre que su jurisprudencia contradice “valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento

jurídico" y (iii) cuando exista un cambio relevante en el ordenamiento jurídico legal o constitucional.

En este orden de ideas, resulta fundamental que se tome en consideración que existe una clara línea jurisprudencial desarrollada por la propia Superintendencia Financiera de Colombia, en donde ella ha indicado con total claridad, que la prueba conducente, pertinente y útil para probar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co es el interrogatorio de parte. Es más, en sus sentencias se anulan los contratos de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado, al tener por demostrado cuál hubiera sido el nuevo pacto comercial, con el interrogatorio de parte rendido por el representante legal de la Compañía de Seguros. A continuación, se presentan cuatro sentencias, sin perjuicio de que, por supuesto existen muchas más, en donde la Superintendencia le otorga total valor probatorio al interrogatorio de parte para acreditar el mencionado elemento subjetivo:

- *"(...) las causales por las que se fundan la nulidad relativa del contrato de seguro, que conforme al previsto en el artículo 1077 del Código de Comercio y el 1058 del mismo Código al que alude el extremo pasivo, corresponden al juicio de responsabilidad civil contractual, objeto de examen. Y respecto de ellas, también existe contundencia de las patologías acreditadas en este asunto, las cuales guardan total correspondencia con el análisis realizado por el procedimiento, que valoraron y calificaron los profesionales especialistas de la Junta Regional de Calificación del Nariño, a través del formulario del dictamen para la calificación de pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez de la señora Vitteri Alvarado. Calificación que se basó en el manual único para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional, consagrado en el Decreto 1507 del 12 de agosto de 2014, quienes técnicamente calificaron el grado de severidad de los antecedentes de la salud de la señora Vitteri, con los porcentajes respectivos por enfermedades de tejido conectivo en un 48.50%, por trastorno de ansiedad del 20%, por enfermedades vesiculares en 8.50%, por enfermedad valvular cardíaca en un 8%, por enfermedad valvular de miembros inferiores en un 8%, por enfermedad de tiroides en 7.50%, por desorden de tracto digestivo superior en un 5%. **Relevancia que igualmente corroboró la Representante Legal de la Compañía de Seguros, en esta vista pública, haciendo relación a las patologías de la asegurada, su relevancia e impacto en el riesgo a asegurar, por las cuales dicha compañía, conforme a sus políticas, de haberlas conocido al momento de realizar la suscripción del riesgo, no se habría emitido una póliza otorgando el amparo de incapacidad total y permanente.** Todo lo cual acredita las exigencias que se requieren para la prosperidad de la excepción que formuló, por cuenta de la nulidad relativa del contrato, por lo que conforme a lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso, cuando el juez encuentra probada una excepción, que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes. En consecuencia, se declarará probada la excepción que la aseguradora alegó, que tiene la virtualidad de enervar las pretensiones de esta litis. En ese orden de ideas, se denegarán las pretensiones de la demanda que se reclaman y, por consiguiente, la compañía de seguros*

tampoco deberá restituirla la parte actora el valor de las primas que han pagado, de conformidad con los artículos 1058 y 1059 del código de Comercio, según los cuales, el asegurador tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, cuando la reticencia o la inexactitud ha sido las causas de la rescisión del contrato. (...)5”.

- “(...) tratándose del estado del riesgo y su declaración por parte del asegurado, en el caso de una póliza vida grupo, al tenor de lo previsto en el artículo 1039 del Código de Comercio, al asegurador le corresponden aquellas obligaciones que no puedan ser cumplidas más que por el mismo, como en el presente caso, declarar el estado del riesgo que corresponde o tiene relación directa con su salud. La potestad de la práctica de los exámenes médicos que puede realizar la compañía de seguros. Previo a la inclusión del asegurado, tiene su origen facultativo en la misma Ley, artículo 1158, el Código de Comercio que se titula prescendencia de examen médico y declaración del estado del riesgo. Esta norma establece 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 del lugar” Esto, en análisis del contrato es seguro, guarda entonces coherencia con que, no cualquier omisión conlleva a la nulidad del contrato de seguro perseguido, sino sólo aquellos hechos o circunstancias frente a los cuales, la aseguradora si hubiese retraído de asumir el riesgo o asumirlo en condiciones más onerosas, como lo prevé el artículo 1058 del Código del Comercio. Teniendo en cuenta las patologías y el conocimiento que el señor tenía sobre estas, las incapacidades preexistentes, el trámite de la calificación y todos lo surtido en esta audiencia, en donde, **como lo indicó la Representante Legal de la Compañía de Seguros en esta diligencia, bajo la gravedad del juramento, era necesario informar en el cuestionario de la declaración de asegurabilidad, el verdadero estado de salud, pudiendo desde ese momento conocer las condiciones de la contratación y que ya conocidas, después de toda la reclamación y todo el análisis de estas pruebas, según la valoración técnica del caso, como lo afirmó, esto hubiese cambiado las condiciones de la contratación de esta póliza, pues ésta se habría emitido excluyendo al demandante de la misma póliza. Es decir, no se hubiera amparado al demandante bajo la Póliza Vida Grupo No.0110043. Esa fue la consecuencia que al interior de este proceso y luego de todo el estudio técnico del caso y la relevancia de las patologías no declaradas, se indicó en esta Delegatura por parte de la Representante Legal bajo la gravedad del juramento, todo lo cual acredita entonces las exigencias que se requieren para la prosperidad de la excepción que formuló la Compañía de Seguros de la nulidad relativa del contrato.** Teniendo esta, la virtualidad de llevar al traste todas las pretensiones de la demanda en lo que a la actividad aseguradora corresponde, por lo que se releva esta Delegatura del análisis de los otros medios efectivos propuestos por la compañía, de conformidad con lo establecido en el artículo 282

---

5 Superintendencia Financiera, Delegatura para asuntos jurisdiccionales, Sentencia del 02 de septiembre de 2020. Expediente 2019- 3652, Radicado 2019161098, Caso: Josefina Mariana Viteri Alvarado (C.C.27076557) vs BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y BBVA Colombia S.A.

**Una aseguradora cooperativa con sentido social**

del Código General del Proceso. (...)6"

- "(...) Sino que lo que se reprocha es que conociendo sus enfermedades, su estado de salud, haya omitido informarlo oportunamente a la aseguradora cuando diligenció y firmó la declaración de asegurabilidad en el mes de junio del año 2017. Y ciertamente, no cualquier omisión lleva a la nulidad del contrato de seguro perseguido, sino aquellos hechos y circunstancias frente a los cuales la aseguradora se hubiere retraído de asumir el riesgo o asumirlo en condiciones más onerosas, elemento que se acreditó por la aseguradora. Al respecto, en la objeción de la reclamación de fecha de 21 de marzo de 2019 la Compañía de seguros negó el amparo solicitado teniendo en cuenta que el asegurado omitió declarar las patologías que el actor había padecido y con base en las cuales como reza en la hoja No. 7 de la continuación del acta del Tribunal Médico Laboral TML172462, para la solicitud de convocatoria del Tribunal Médico Laboral, el paciente se ratificó agregando la indicación de índices por separado de la lesión del sacrofasitis plantar y asignación de índices de apnea del sueño; y que de haberse reportado seguramente estas patologías, indicaría la aseguradora en la objeción no se hubiera aceptado la aceptación del seguro o hubiere quedado supeditada a los resultados de los exámenes que la compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal. **Al respecto, en la pasada diligencia al ser preguntado por este despacho al Representante Legal de la Compañía de Seguros en su interrogatorio de parte bajo la gravedad de juramento, este sostuvo en sus respuestas que la historia reportada en la juntas médicas eran tan claras que no ameritaron un comité técnico de expertos que apoyaran al analista que se encargó de resolver este caso, y que de haber conocido los padecimientos del actor, los cuales solo pudieron conocerse con ocasión a la junta médica laboral con base en la cual solicita la afectación del seguro, no hubiera concedido el amparo de tipo en la póliza vida grupo deudores.** Así las cosas por configurarse los elementos de que trata el artículo 1058 del código de comercio, se tiene por acreditada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro alegada por la compañía de seguros, por lo que se declarará fundada la excepción propuesta en tal sentido y se releva este despacho de pronunciarse sobre los demás medios exceptivos propuestos por la compañía de seguros, denegando las pretensiones en lo que respecta a la relación contractual del demandante con BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. (...)7"
- "Dado que no toda inexactitud en la información suministrada por el candidato asegurado genera la nulidad relativa del contrato por reticencia, sino solo aquellos hechos o circunstancias frente a los cuales a la aseguradora, como lo dispone el

6 Superintendencia Financiera, Delegatura para asuntos jurisdiccionales, Sentencia del 06 de julio de 2020. Expediente 2019-3395, Radicado 2019148882, Caso: Edinson Medina Pascuas (C.C. 88188499) vs BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y BBVA Colombia S.A.

7 Superintendencia Financiera, Delegatura para asuntos jurisdiccionales, Sentencia del 25 de noviembre de 2019. Expediente 2019-1059, Radicado

2019040614, Caso: Germán Rodríguez Osorio (C.C. 91279898) vs BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y BBVA Colombia S.A.

citado artículo 1058 del Código de Comercio, se hubiere retraído de asumir el riesgo o de asumirlo en condiciones más onerosas. Para su acreditación obra en el plenario, la comunicación del 21 de julio de 2017, que fue dirigida a la señora Luz Mercedes Pareja Beltrán, en la cual se indica: "En efecto, de la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca. Pero en este caso, no se declaró ningún antecedente y de haberse reportado, seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada o supeditada a los resultados de los exámenes que la compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer de ninguna afectación o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal". **Además de lo expresado por el Representante Legal Judicial de la Entidad, que indicó expresamente en el interrogatorio de parte, que si la compañía hubiera tenido conocimiento de esos antecedentes médicos y quirúrgicos del señor Amaury, no hubiera concedido el amparo o lo hubiera extralimitado en un 150%.** Y como se ha demostrado en el curso de esta actuación, la posición esgrimida por la aseguradora no guarda relación con la causa de la muerte del señor Escobar, sino con las circunstancias de salud y quirúrgicas que ya refería para el 31 de agosto del 2016, por las que de manera clara y explícita se le preguntó respecto del cuestionario que firmó, en el cual se le enunciaron además las consecuencias de cualquier omisión de salud, inexactitud o reticencia y que aun así no declaró. Se declarará la nulidad relativa de contrato por reticencia, recordando que en los términos del Código de Comercio, en los artículos 1058 y 1059, la entidad aseguradora está autorizada para retener la totalidad de la prima a título de pena, atendiendo la esencia de la reticencia de este tipo de contrato. (...)8"

A partir de todo lo anterior, no queda ninguna duda relacionada con que la Superintendencia Financiera de Colombia ha creado una línea jurisprudencia sumamente clara, en la que sostuvo la tesis jurídico probatoria relacionada con que el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, se acredita totalmente con el interrogatorio de parte del representante legal del asegurador. En otras palabras, la Superfinanciera en sus providencias, como quedó absolutamente demostrado a partir de las transcripciones anteriores, ha declarado la nulidad relativa de los contratos de seguro, teniendo como base la declaración bajo la gravedad de juramento, que en el interrogatorio de parte ha rendido el representante legal de la compañía de seguros.

Sin embargo, pese a la existencia de la línea jurisprudencial previamente anotada, la cual constituye un precedente horizontal vinculante, máxime, cuando proviene exactamente del mismo Despacho. La Superintendencia en su sentencia del 22 de julio de 2022 se apartó totalmente de su propio precedente, lo que terminó en la transgresión de los derechos constitucionales de mi representada de la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad. Como se ha venido explicando, si el juzgador deseaba omitir totalmente un precedente que él mismo ha creado y

8 Superintendencia Financiera, Delegatura para asuntos jurisdiccionales, Sentencia del 03 de agosto de 2018. Expediente 2017- 2213, Radicado 2017129581, Caso: Luz Mercedes Pareja Beltrán (C.C. 45461540) vs. BIVA Seguros de Vida Colombia, S.A.

**Una aseguradora cooperativa con sentido social**

desarrollado, tenía la obligación de presentar una carga argumentativa, que según la Corte Constitucional, debe enfocarse en demostrar que la decisión consistente en desatender un precedente deviene de **(i)** cambios sociales que hagan necesario un ajuste en la jurisprudencia, **(ii)** cuando encuentre que su jurisprudencia contradice “valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico” y **(iii)** cuando exista un cambio relevante en el ordenamiento jurídico legal o constitucional.

No resulta plausible, porque con ello se transgrede el principio de seguridad jurídica, que un operador judicial que ha tenido por demostrado en múltiples oportunidades el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co a través del interrogatorio de parte rendido bajo la gravedad del juramento, que en una sentencia opte por apartarse del analizado precedente, sin presentar una motivación que sustente semejante decisión. Por tal motivo, es que la sentencia de fecha del 22 de julio de 2022 debe revocarse integralmente, no solamente por cuanto conculca los derechos de la Compañía de Seguros, sino además, toda vez que con ella se fractura un precedente horizontal uniforme que proviene del mismo Despacho judicial.

En conclusión, comedidamente se le solicita al Honorable Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá que revoque integralmente la sentencia de fecha del 22 de julio de 2022 proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia, toda vez que con ella se desatendió el precedente vertical de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia y de la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá, así como también el precedente horizontal de la propia Superfinanciera. En consecuencia, y tomando en consideración que el juzgador de primera instancia no motivó las razones para apartarse de los citados precedentes, se evidencia una falencia muy importante en la sentencia, que no deja otro camino diferente a revocarla, para así proteger los derechos constitucionales relativos a la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad.

A pesar de todo lo anteriormente expuesto, la Superintendencia Financiera de Colombia en su sentencia del 22 de julio de 2022 negó la excepción de nulidad relativa de los contratos de seguro y resolvió declarar civilmente responsable a mi procurada, aun cuando el negocio jurídico asegurativo estaba viciado con nulidad.

#### **4. LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA OMITIÓ DECLARAR LA EVIDENTE NULIDAD DE LAS VINCULACIONES AL CONTRATO DE SEGURO, COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.**

Es fundamental que el Honorable Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá tome en consideración que el Sr Mesa Rodríguez (Q.E.P.D.) fue reticente -tal como lo halló probado la delegatura-, 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, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada

Una aseguradora cooperativa con sentido social

con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de otorgar un amparo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza.

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

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia?**” (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 (Q.E.P.D), 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 la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

*“Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual*

9 BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Chile. Sello Editorial Javeriano, 2014. P. 104

**Una aseguradora cooperativa con sentido social**

significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo.

Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación.

**En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro.** (Subrayado fuera del texto original)

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

*“En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quien 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 incurra 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 apreciarla 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

## Una aseguradora cooperativa con sentido social

proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

*"Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las "declaraciones de asegurabilidad" de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001, **se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo.***

*Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas 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."<sup>10</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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."<sup>11</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa consagrada en el artículo 1058 del C.Co, analizando lo siguiente:

*"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*

<sup>10</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001- 2003-00400-01.

<sup>11</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Morales, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

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.<sup>12</sup> (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 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**

---

12 Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01

**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 la 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 la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el 29 de septiembre de 2020, fecha en la cual el señor Mesa Rodríguez (Q.E.P.D.) solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el asegurado (Q.E.P.D.) las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que el asegurado (Q.E.P.D.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de septiembre del año 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas negativas y falsas del Asegurado (Q.E.P.D.), y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 29 de septiembre de 2020:**

Una aseguradora cooperativa con sentido social

**SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

 Grupo Deudores 


RAZON SOCIAL ENTIDAD TOMADORA <b>BANCOMPARTIC</b>		CIUDAD <b>TUNJA</b>	FECHA DILIGENCIAMIENTO	
			DIA <b>29</b>	MES <b>09</b>
			AÑO <b>2020</b>	
<b>DATOS DEL SOLICITANTE DEL SEGURO</b>				
ASEGURADO PRINCIPAL <b>JULIO ALBERTO MESA RODRIGUEZ</b>			CEDULA <b>7214.167</b>	
DIRECCION DOMICILIO <b>CARRAYAYA 20</b>		OCUPACION <b>TRANSPORTADOR</b>		
FECHA DE NACIMIENTO <b>01 06 1958</b>	TELEFONO <b>320332780</b>	CIUDAD <b>TUNJA</b>		

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE					
NOMBRE Y APELLIDO	Documento (C.C.-C.E.-T.I.-R.C)	N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%
MARIA FELINA CASTIBLANCO GONZALEZ	CL	40.018.986	ESPOSA	58	100

\* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.

Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:

Yo, el abajo firmante declaro que

EN LA FECHA ME ENCUENTRO EN PERFECTO ESTADO DE SALUD SI  NO

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes enfermedades:

- |  |  |
|--|--|
| 1 AFECCIONES CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/> | 4 DIABETES <input type="checkbox"/>                    |
| 2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>       | 5 VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/>         |
| 3 CANCER <input type="checkbox"/>                      | 6 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/> |

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

--

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el Sr Mesa Rodriguez (Q.E.P.D.) respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que el Asegurado (Q.E.P.D.) había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de otorgar un amparo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que la honorable Superintendencia Financiera tenga en cuenta que el Sr Mesa Rodriguez (Q.E.P.D.) no informó que padecía de cardiomiopatía dilatada; Insuficiencia cardiaca congestiva; cardiomiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, dlp, gastritis, entre otras., patologías sumamente relevantes que vician integralmente el

## Una aseguradora cooperativa con sentido social

consentimiento del Asegurador.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** el Sr Mesa Rodriguez (Q.E.P.D.) padecía cardiomiopatía dilatada; Insuficiencia cardiaca congestiva; cardiomiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, dlp, gastritis, entre otras, con anterioridad al mes de septiembre del año 2020, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y **(ii)** que estas patologías 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 C-232 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 Sr Mesa Rodriguez (Q.E.P.D.) **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 exponer lo siguiente:

*"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

Una aseguradora cooperativa con sentido social

*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.

Ahora bien, en lo que respecta a la orden de efectuar el pago de:

“SEXTO: ORDENAR a LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO pagar, dentro de los quince (15) días siguientes a la ejecutoria de esta decisión la suma de CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$50'000.000), los cuales deberán ser pagados en primer lugar a MIBANCO S.A. dada su condición de beneficiario oneroso de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No AA000051 con certificado individual AA000979 vinculada al crédito No. 220003380688. El pago a MIBANCO S.A. deberá hacerse hasta el saldo insoluto de la obligación No. 220003380688 y lo restante deberá pagarse a las demandantes.

Además de dichos valores, se deberán pagar con los intereses de mora frente a cada suma reconocida, conforme lo dispone el artículo 1080 del Código de Comercio, los cuales deberán desde el 25 de abril de 2021.”

No es congruente con la liberalidad contractual de la póliza vida grupo deudores No. AA000051 toda vez que la cobertura de la misma por el amparo de muerte y el cual se define en las condiciones generales No. 05082011-1429-P-34-00000000002031; respecto del límite del valor asegurado conforme se alegó en la exceptiva y la cual no fue tenida en cuenta por la Superfinanciera:

“Con el fin de otorgarle validez jurídica a la prosperidad de la presente excepción, valdrá la pena traer a colación el artículo 1790 del Código de Comercio, el cual reza:

“el asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074.”

En ese orden de ideas, solicito Señor juez, que en el hipotético caso en el que se le otorgue razón a las pretensiones de los demandantes, se tenga presente el límite del valor asegurado establecido en el contrato de seguro No. AA000051, el cual

**Una aseguradora cooperativa con sentido social**

fue debidamente pactado, de manera libre y concertada entre las partes, esto, en ejercicio del principio de la autonomía de la voluntad privada.

Así pues, el **límite del valor asegurado** corresponde al saldo de la deuda, para el momento de ocurrencia del siniestro, esto es: **CUARENTA Y OHCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS (\$48.489.672 M/CTE.)**

De acuerdo con lo anterior, la responsabilidad de indemnización por parte de mi representada no podrá exceder el valor - límite anteriormente señalado."

Valga señalar que el condicionado general de la póliza define como saldo deudor indemnizable:

"6.3. Saldo deudor indemnizable: Por saldo deudor indemnizable se entenderá el saldo real y efectivo que tenga el deudor con el tomador en calidad de préstamo al momento del fallecimiento o el diagnóstico definitivo de invalidez, incluido el interés corriente hasta dicho momento, a menos que el tomador hubiera convenido en excluir algún tipo particular de préstamos, o de dicho interés."

De lo anterior, según lo cual, el amparo de muerte se limita a brindar cobertura por **"el saldo real y efectivo que tenga el deudor con el tomador en calidad de préstamo al momento del fallecimiento"** (negrilla y subrayado por fuera del texto).

Razón por la cual, la orden y condena impuesta por la SIF no se encuentra soportada con los parámetros contractuales del contrato de seguro toda vez que desborda lo realmente contratado por las partes ya que se ordena efectuar un pago a los demandantes -en caso de "sobrar dinero"- lo cual soslaya del amparo otorgado en la póliza vida grupo deudores No. AA000051

Por consiguiente, solicito respetuosamente al Tribunal Superior de Bogotá revocar integralmente la sentencia proferida el 22 de julio de 2022 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, en donde de manera equivocada se declaró la responsabilidad civil y contractual en cabeza de la Equidad Seguros de Vida O.C., respecto del contrato de seguro vida grupo deudores para que, en su lugar, declare probada la excepción de nulidad relativa, y consecuentemente, desestime la totalidad de las pretensiones de la demanda.

## II. PETICIONES

1. Comedidamente solicito se **REVOQUE** integralmente la sentencia proferida el 22 de julio de 2022 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, en donde de manera equivocada se declaró la responsabilidad civil y contractual en cabeza de La Equidad Seguros de Vida O.C., respecto del contrato de seguro de vida grupo deudores No. AA000051 contraída por el Sr Mesa Rodriguez (QEPD).
2. En su lugar, comedidamente solicito se **DECLAREN** probadas las excepciones propuestas por la Compañía de Seguros intituladas "Nulidad de las Vinculaciones al

Una aseguradora cooperativa con sentido social

contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del Asegurado" y "BBVA Seguros de Vida S.A tiene la facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la reticencia del contrato de seguro".

3. Como consecuencia de la anterior petición, comedidamente solicito se **NIEGUEN** totalmente las pretensiones de la demanda, y se **CONDENE** en costas y agencias en derecho en doble instancia a la parte Demandante, en favor de la entidad Demandada.

De los Honorables Magistrados, atentamente,



**DIEGO ANDRÉS ARANGO URUEÑA.**

C.C. N° 1.075.298.640 de Neiva.

T.P. N° 304.782 del C. S. de la Judicatura Apoderada de La Equidad Seguros de Vida

O.C.

SGC 7891

**Demandantes:** MARIA OLIMPIA MESA RODRIGUEZ MARIA EMELINA CASTIBLANCO  
**QUIROGA Demandado:** LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO Y OTROS. **Radicado:** 11001080000820210601201 **Asunto:** Sustentación recurso de apelación.

Diego Arango <Diego.Arango@laequidadseguros.coop>

Jue 26/01/2023 8:31 AM

Para: Juzgado 04 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C.

<ccto04bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>; moriavsu@hotmail.com

<moriavsu@hotmail.com>; mlncastiblanco@gmail.com <mlncastiblanco@gmail.com>

Señor (a):

**JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO BOGOTÁ D. C.**

[ccto04bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:ccto04bt@cendoj.ramajudicial.gov.co); [moriavsu@hotmail.com](mailto:moriavsu@hotmail.com); [mlncastiblanco@gmail.com](mailto:mlncastiblanco@gmail.com)

E.S.D

**Referencia:** ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

**Demandantes:** MARIA OLIMPIA MESA RODRIGUEZ MARIA EMELINA CASTIBLANCO  
QUIROGA

**Demandado:** LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO Y OTROS.

**Radicado:** 11001080000820210601201

**Asunto:** **Sustentación recurso de apelación.**

**DIEGO ANDRÉS ARANGO URUEÑA**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.075.298.640 de Neiva, domiciliada y vecino de la ciudad de Neiva, abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional No. 304.782 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en nombre y representación de **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**, por medio del presente escrito, encontrándome dentro del término legal previsto para el efecto, respetuosamente presento **SUSTENTACIÓN DE LOS REPAROS CONCRETOS DEL RECURSO DE APELACIÓN** interpuesto en audiencia del día 22 de julio de 2021 en contra la Sentencia de primera instancia proferida por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia en la cual incurrió en sendos yerros al declarar prósperas las pretensiones de la demanda, solicitando desde ahora que la misma sea **REVOCADA**. Petición que fundamento en las consideraciones de hecho y de derecho que pasaré a explicar en acápite siguientes, para cuyo efecto procederé a esgrimir los argumentos por los cuales se considera que la sentencia del A Quo no se encuentra ajustada a los presupuestos fácticos y las disposiciones legales y jurisprudenciales que regulan la materia.

## I. REPAROS CONCRETOS

### 1. REPAROS PRESENTADOS ORALMENTE EN LA AUDIENCIA DE FECHA DEL 22 DE JULIO DE 2022.

Con el mayor respeto le solicito al honorable Tribunal Superior de Bogotá, que tome en consideración los reparos concretos presentados oralmente por el suscrito apoderado en contra de la sentencia proferida el 22 de julio de 2022 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, en la audiencia llevada a cabo en esa misma fecha. En tal virtud,

con base en dichos reparos, comedidamente se requiere que la mencionada sentencia sea revocada integralmente, para en su lugar, declarar probada la excepción de nulidad relativa del contrato deseguro y negar así la totalidad de las pretensiones de la demanda.

**2. EN EL PROCESO SE ACREDITÓ TOTALMENTE EL ELEMENTO SUBJETIVO CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 1058 DEL C.CO. SE DEMOSTRÓ TANTO LA RELEVANCIA TÉCNICA Y MÉDICA DE LOS ANTECEDENTES NO DECLARADOS, ASÍ COMO LA CONSECUENCIA RELATIVA A QUE, DE HABER CONOCIDO DICHO ANTECEDENTES, NO SE HUBIERA CONTRATADO EN LOS TÉRMINOS QUE LO HIZO MI REPRESENTADA.**

Con el objetivo de procurar por un correcto entendimiento del presente reparo, es de suma importancia que el Tribunal Superior de Bogotá tome en consideración que la Superintendencia Financiera de Colombia incurrió en un error de gran envergadura durante la apreciación en conjunto de todos los medios de prueba que obran en el plenario. En efecto, de manera equivocada el juez de primera instancia consideró que en el trámite no se había demostrado por parte de la Aseguradora, cuál hubiera sido la consecuencia en caso de haber conocido los antecedentes no declarados por el señor Julio Alberto Mesa Rodríguez (Q.E.P.D). Sin embargo, tal y como se explicará a continuación, no solamente la relevancia técnica y médica de dichos antecedentes para la Compañía de Seguros se encuentra totalmente probada en el trámite de la Acción de Protección al Consumidor Financiero, sino que, además, la citada consecuencia de igual forma se acreditó a través de distintas pruebas que son conducentes, pertinentes y útiles para el efecto.

En este orden de ideas y para mayor claridad del presente reparo, se manifiesta que la estructura metodológica que tendrá el mismo consiste en explicar, por un lado, cómo en la acción de protección al consumidor financiero se demostró totalmente la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados. Mientras que, por el otro lado, también se analizará profundamente cómo en el caso concreto también se probó totalmente que Equidad Seguros de Vida O.C., de haber conocido todas las patologías no informadas por el Asegurado, definitivamente se hubiera retraído de contratar en los mismos términos que lo hizo.

**2.1. En el proceso se acreditó totalmente la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados por la asegurada y la consecuencia para la compañía:**

Analizado los diversos medios de prueba que obran en el expediente, resulta sumamente claro que de los mismos se demuestra totalmente la relevancia técnica y médica para la Aseguradora, de los antecedentes no declarados por Julio Alberto Mesa Rodríguez (Q.E.P.D). En tal virtud, a continuación, se realizará una exposición de todos los medios de prueba, a partir de los cuales se acredita contundentemente, que las enfermedades no declaradas por el Asegurado modifican totalmente el verdadero estado del riesgo que la Compañía de Seguros creyó asegurar. En otras palabras, el consentimiento de mi representada se vio viciado, habida cuenta que creyó asegurar una persona en óptimas condiciones de salud, cuando realmente vinculó a la póliza a una que, había sido diagnosticada previamente con sendas enfermedades sumamente relevantes, que afectan gravemente la salud de una persona que las padece.

***1.1. Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de la Historia Clínica.***

En primer lugar, se pone de presente que el documento más importante que obra en el expediente y que correlativamente demuestra la relevancia médica y técnica de las

enfermedades y antecedentes no informados, es la historia clínica del Sr Julio Alberto Meza (Q.E.P.D.) En otras palabras, la Historia Clínica que se aportó al plenario es el documento idóneo a partir del cual se acredita la existencia y relevancia de los antecedentes no declarados, pues aquel es el documento, en donde se dice cuáles de las enfermedades que afectaban la salud del Sr Julio Alberto Meza (Q.E.P.D.) al momento de vincularse al grupo asegurado, no declaradas, que terminaron por viciar el consentimiento de mi prohilada.

De esta manera y analizando el caso concreto, el Sr Julio Alberto Meza (Q.E.P.D.) no informó a mi representada de la existencia de sus enfermedades, las cuales, según la propia historia clínica, son totalmente determinantes e inciden en la decisión de asegurar a una persona que la padezca. En este sentido, las patologías más relevantes no declaradas fueron las siguientes:

..."Historia clínica MI IPS Boyaca – IPS Nieves. Fecha de ingreso: 05/08/2017. Enfermedad actual: Paciente masculino de 58 años de edad con antecedentes de falla cardiaca estadio C, clase funcional III, ptca+stent en ADA en 2015. Portador de cardiodesfibrilador 12/2015, ultima reprogramación según paciente hace 1 año. Acude con ECO TT 20/01/2017: valvula esclerosis mitroaortica con insuficiencia mitral leve, crecimiento auricular izquierdo leve, hipoquinesia global menos marcada en la región lateral, ventrículo derecho levemente dilatado con electrodo de estimulador con HTP leve con PSAP de 44 mmhg, fevi 27%, DDTI.

Diagnostico principal: cardiomiopatía dilatada

Diagnostico secundario: Insuficiencia cardiaca congestiva.

Fecha de ingreso: 18/12/2017. Enfermedad actual: paciente con dx HTA, cardiomiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, dlp, gastritis.

Fecha de ingreso: 14/03/2018. Enfermedad actual: paciente adulto mayor de 59 años con DX de:

5 portador de CDI como prevención secundaria de muerte súbita

7 antecedente de ca de intestino delgado – quimioterapia hace 14 años..."

..."Historia clínica Nueva EPS.

Antecedentes Personales. Patológicos. HT Pulmonar stent coronario.

Fecha: 08/07/2019. Fecha 10/09/2019. Especialidad: Cardiología. Remision: Idx Cardiopatía dilatada (isquémica por cardiotoxicidad). Ecocardiograma TT: 01/08/2019 Fevi 16%, hipoquinesia global severa. Adenocarcinoma en intestino delgado. Hipertension pulmonar moderada severa. Portador de CDI..."

..."Historia clínica Fundación oftalmológica de Santander.

IDX. Probable cardiorrenal tipo 2. Linfoma tipo B intestinal.

Diagnostico Principal. Insuficiencia renal aguda no especificada. Evolución diagnostica. Fecha 20-ene-20. descripción diagnóstico. Insuficiencia renal aguda no especificada..."

-

Con el objetivo de obtener una adecuada comprensión de la relevancia de las patologías, debe tomarse en consideración que al proceso fue aportado el adecuado material probatorio sin perjuicio, de que las reglas de la experiencia y la sana crítica reflejan consuma claridad que las enfermedades documentadas son altamente importantes.

Es por este motivo que la Superintendencia Financiera en su sentencia incurrió en un yerro de suma importancia, debido a que adujo que no existían elementos de juicio a partir de los cuales se demostrara la relevancia técnica y médica de las enfermedades no declaradas por la Asegurada.

Todo lo previamente expuesto nos permite concluir, que la Superintendencia Financiera de Colombia incurrió en una equivocación de gran importancia en su sentencia al aducir que no existían elementos de juicio para acreditar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, cuando ha quedado plenamente demostrado a partir de la historia clínica, que los antecedentes no informados por el señor Meza Rodriguez (Q.E.P.D.) natalmente representan de una importancia relevante para una persona que las padece por el simple hecho de tenerlas. Lo que correlativamente significa, que, si dichos antecedentes son relevantes para la persona que las sufre, por supuesto, también son importantes para la Compañía de Seguros, quien es a la persona jurídica a la que se le está trasladando el riesgo de la muerte de las personas y su estado de salud exacerba el riesgo de fallecer, y en tal virtud, requiere información fidedigna para determinar el verdadero estado del riesgo que se encuentra asumiendo.

*1.2. Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de los manuales técnicos para la suscripción y colocación de los seguros Vida Grupo Deudores.*

Como se ha venido explicando, el error esencial de la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, consistió en fundamentar su sentencia al haber indicado que la Compañía de Seguros no había demostrado el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Lo que significa, que en su concepto no se demostró la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados para la Aseguradora, así como tampoco la consecuencia de haber conocido oportunamente esta información.

*1.3. Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de la objeción del 24 de marzo de 2021.*

Como se ha venido explicando, pierde totalmente de vista la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, que dentro del plenario existen sendos elementos de prueba que demuestran fehacientemente la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados por el señor Meza Rodriguez (Q.E.P.D.). En tal virtud, ahora debemos analizar la objeción emitida por la Compañía de Seguros el 24 de marzo de 2021, en la que expresamente se indicó lo siguiente:

Referencia: Reclamación 10219576 Caso onbase 89234  
Póliza Vida Deudores: AA000051  
Asegurado: MESA RODRIGUEZ JULIO ALBERTO (q.e.p.d.)

Apreciados señores:

En respuesta a la reclamación presentada por el fallecimiento del señor MESA RODRIGUEZ JULIO ALBERTO (q.e.p.d.), La Equidad Seguros de Vida O.C., con base en la documentación aportada para el correspondiente estudio, le informa los siguientes hechos:

Esta aseguradora emitió póliza de la referencia, con vigencia comprendida entre el 30 de septiembre de 2020 al 05 de septiembre de 2025, amparando contra los riesgos descritos en la caratula de la póliza.

Fue presentado a esta aseguradora aviso de reclamación como consecuencia del fallecimiento del señor MESA RODRIGUEZ JULIO ALBERTO (q.e.p.d.) ocurrido el 14 de enero de 2021.

De acuerdo al certificado de reclamación aportado, fue otorgado un crédito al señor 10219576 (q.e.p.d.), desembolsado el 30 de septiembre de 2020 por valor de \$50.000.000 y un saldo reclamado por \$49.366.624

De acuerdo a revisión de Historial médico se evidencian los siguientes antecedentes:

... "Historia clínica MI IPS Boyaca – IPS Nieves. Fecha de ingreso: 05/08/2017. Enfermedad actual: Paciente masculino de 58 años de edad con antecedentes de falla cardíaca estadio C, clase funcional III, ptca+stent en ADA en 2015. Portador de cardiodesfibrilador 12/2015, última reprogramación según paciente hace 1 año. Acude con ECO TI 20/01/2017: valvula esclerosis mitroaortica con insuficiencia mitral leve, crecimiento auricular izquierdo leve, hipoquinesia global menos marcada en la región lateral, ventrículo derecho levemente dilatado con electrodo de estimulador con HTP leve con PSAP de 44 mmhg, fevi 27%, DDTI.

Diagnostico principal: cardiomiopatía dilatada

Diagnostico secundario: Insuficiencia cardíaca congestiva.

Fecha de ingreso: 18/12/2017. Enfermedad actual: paciente con dx HTA, cardiomiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, dip, gastritis.

Fecha de ingreso: 14/03/2018. Enfermedad actual: paciente adulto mayor de 59 años con DX de:

5 portador de CDI como prevención secundaria de muerte súbita



7 antecedente de ca de intestino delgado - quimioterapia hace 14 años..."

..."Historia clínica Nueva EPS.

Antecedentes Personales. Patológicas. HT Pulmonar stent coronario. Fecha: 08/07/2019.

Fecha 10/09/2019. Especialidad: Cardiología. Remisión: Idx Cardiopatía dilatada (Isquémica por cardiotoxicidad). Ecocardiograma TT: 01/08/2019 Fevi 16%, hipoquinesia global severa. Adenocarcinoma en intestino delgado. Hipertensión pulmonar moderada severa. Portador de CDI..."

..."Historia clínica Fundación oftalmológica de Santander.

IDX. Probable cardiorrenal tipo 2. Linfoma tipo B intestinal.

Diagnostico Principal. Insuficiencia renal aguda no especificada.

Evolución diagnóstica. Fecha 20-ene-20. descripción diagnóstico. Insuficiencia renal aguda no especificada..."

En la solicitud de Seguro – Declaración de asegurabilidad suscrita por el señor MESA RODRIGUEZ JULIO ALBERTO (q.e.p.d.), diligenciada el 29 de septiembre de 2020 para el otorgamiento del crédito, se le realizó la siguiente consulta:

"Con plena conciencia de que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como este se otorga a personas que gozan de un estado de salud de normal day respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

Yo, el abajo firmante declaro que:

En la fecha me encuentro en perfecto estado de salud. SI  NO

Por favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes enfermedades:

1. Afecciones cardiovasculares
2. Hipertensión Arterial
3. Cáncer
4. Diabetes
5. VIH Positivo/SIDA
6. Insuficiencia Renal crónica

En caso de haber marcado alguna de las enfermedades anteriores o si padece alguna enfermedad aguda o crónica, afección o adicción favor explicar detalladamente..."

A la anterior consulta, el señor MESA RODRIGUEZ JULIO ALBERTO (q.e.p.d.), no marcó ninguna de las enfermedades allí relacionadas.

Adicional, el artículo 1058 del Código de Comercio establece que "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, conocidas por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas,

producen la nulidad relativa del seguro. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo”.

Disposición legal que encuentra su respaldo legal en lo normado por el artículo 1158 de la misma obra, el cual indica: "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 da lugar”.

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia que el señor MESA RODRIGUEZ JULIO ALBERTO (q.e.p.d.) al momento del desembolso del crédito, ya padecía las siguientes enfermedades: **falla cardíaca estadio C, portador de cardiodesfibrilador, válvula esclerosis mitroaortica con insuficiencia mitral leve, crecimiento auricular izquierdo leve, ventrículo derecho levemente dilatado con electrodo de estimulador, cardiomiopatía dilatada, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión arterial, cardiomiopatía isquémica, stent coronario, cardiopatía dilatada (isquémica por cardiotoxicidad), hipoquinesia global severa, adenocarcinoma en intestino delgado, hipertensión pulmonar moderada severa, insuficiencia renal aguda no especificada, las cuales se encuentran expresamente excluidas de nuestro Clausulado general, lo que conlleva a la inexistencia de cobertura, adicional, no se cumplió con lo establecido en la disposición legal antes citada, ya que no declaró el estado de salud con el cual ingresaba al seguro vida grupo deudores, lo que indica que incurrió en reticencia de la información, motivo por el cual no hay lugar al reconocimiento de la indemnización solicitada**

En consideración a lo expuesto, La Equidad Seguros de Vida O.C., objeta su reclamación y se abstiene de reconocer suma alguna a título de indemnización y se declara exonerada legalmente de toda responsabilidad, con motivo del fallecimiento del señor MESA RODRIGUEZ JULIO ALBERTO (q.e.p.d.).

En los anteriores términos atendemos su reclamación, si tiene alguna inquietud adicional por favor cargarla dando clic en el siguiente enlace [Formulario de Anexos](#) citando el número de caso OnBase y/o número de siniestro y con gusto la resolveremos.

Cordialmente,

A partir del tenor literal de la citada prueba documental, se demuestra contundentemente que desde el año 2021 la Compañía de Seguros adujo la importancia que tenían los antecedentes no declarados para determinar el verdadero estado del riesgo. En otras palabras, no es cierto que no exista una prueba para acreditar la relevancia de los antecedentes no declarados, cuando en el expediente obra la objeción. En donde, por un lado, se dice expresamente que tan relevantes son las enfermedades y antecedentes no informados, que de haber sido conocidos seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro, y por el otro lado, se indica técnicamente que no se debieron haber expedido las pólizas como un riesgo normal, dada la envergadura y gravedad de la información ocultada.

Esta situación permite concluir indefectiblemente, no solamente que en el expediente obran y fueron practicados varios medios de prueba para demostrar la relevancia técnica y médica de la información ocultada. Sino además, que en la sentencia del 22 de julio del 2022 se cometió un profundo error en la valoración probatoria. El honorable juzgador de segunda instancia no puede pasar por alto esta deficiencia en la valoración probatoria, habida cuenta que de haber analizado la totalidad de las pruebas en conjunto, ciertamente la consecuencia hubiera sido diametralmente distinta. Esto es, haber declarado fundada la excepción de nulidad relativa como consecuencia de la reticencia del asegurado, y consecuentemente, denegar todas las pretensiones de la demanda.

#### 1.4. Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de las declaraciones de asegurabilidad, de las reglas de la experiencia, de la sana crítica y la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia.

Resulta trascendental que el honorable Tribunal Superior de Bogotá tenga en cuenta que, a través de la sentencia del 22 de julio de 2022, la Superintendencia Financiera de Colombia se apartó totalmente del precedente de la Corte Suprema de Justicia, relativo al valor probatorio que ostentan las declaraciones de asegurabilidad para demostrar el elemento subjetivo del artículo 1058 del C.Co. Dicho de otro modo, la citada sentencia incurrió en una grave

imprecisión jurídica y probatoria, al haber dejado de lado el precedente de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, que claramente indica que la relevancia y consecuencia para la Compañía de Seguros de las enfermedades no declaradas, se demuestra a partir del propio texto de las declaraciones de asegurabilidad.

En este orden de ideas, se debe iniciar analizando la siguiente sentencia proferida por la Corte Suprema de Justicia, la cual es sumamente clara al afirmar que la existencia misma de la preguntarelativa a la enfermedad ocultada en el formulario de asegurabilidad, es significativa de su importancia como insumo para determinar el estado del riesgo. El tenor literal de la providencia claramente indica:

*Esta modalidad comercial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, como quiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca.*

[...]

*en ese escenario la pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, **pues precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento, es decir, si contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas**, sin perjuicio de la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud, de donde se desprende de modo general, que basta con establecer que hubo falta de sinceridad del tomador para que emerja la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro...[1](Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Tal y como se observa en la sentencia, la Corte Suprema de Justicia es totalmente clara al exponer que la relevancia para la compañía de seguros de las enfermedades ocultadas, claramente **se demuestra a partir del mismo formulario de asegurabilidad**. Es decir, si dentro de aquel cuestionario se encuentra una pregunta expresa y relativa a algún antecedente de salud, evidentemente tal antecedente es relevante para el Asegurador. Porque de lo contrario, el interrogante no estaría consignado en el cuestionario de salud, toda vez que en el mismo únicamente se incluyen preguntas acerca de aspectos fundamentales para determinar el verdadero estado del riesgo. Es más, esta postura fue ratificada por la Corte Suprema en la siguiente sentencia:

*"pues es ostensible que para reconocer la nulidad relativa del contrato de seguro de vida materia de la controversia, el ad quem no exoneró a la demandada del deber de acreditar la totalidad de los elementos axiológicos de dicha sanción sustancial, en particular, que otro hubiese sido su comportamiento comercial, en el supuesto de haber conocido los hechos constitutivos de la reticencia del asegurado, exigencia que, **se repite, tuvo por satisfecha con base, de un lado, en el contenido mismo de la declaración de asegurabilidad y, de otro, en la naturaleza de la información alterada, elementos de juicio con base en los cuales coligió que SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. no habría celebrado el contrato base de la acción, o que las condiciones del mismo habrían sido más onerosas**, de haber sabido que el asegurado consumía alcohol y "drogas estimulantes", que había sido sometido a tratamientos de rehabilitación respecto de esas conductas, que no era empleado, sino reciclador e indigente, y que no devengaba el salario que declaró como ingreso.".[2](Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En esta jurisprudencia la Sala de Casación Civil va mucho más allá, toda vez que no solo afirma que la importancia de los antecedentes para el asegurador se demuestra a partir del cuestionario, sino que además, atendiendo a las reglas de la experiencia y la sana crítica, indica que la relevancia también se prueba por la naturaleza misma de la información alterada. Por ejemplo, ocultarle al Asegurador que se tiene una preexistencia como lo son los padecimientos que tenía el Sr Meza Rodriguez, evidentemente demuestra que se está ante una información de tal envergadura, que definitivamente hubiera generado que no se hubiere asegurado al señor Meza Rodriguez.

Ahora bien, es a partir de los mencionados fallos que se observa la incorrección jurídica de la sentencia proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia. Toda vez que en el expediente se encuentran los formularios de asegurabilidad, en los cuales se indagó expresamente por la existencia de las enfermedades que padecía y no informó el Sr Meza Rodriguez (Q.E.P.D.)

De las preguntas expuestas en el formulario de declaración de asegurabilidad se evidencia indefectiblemente: (i) que pese a que el Asegurada (QEPD) había sido diagnosticado con cardiomiopatía dilatada; Insuficiencia cardiaca congestiva; cardiomiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, dlp, gastritis, entre otras, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que le cuestionó expresamente si había padecido o padece de esa enfermedad concretamente (ii) aunque el asegurado (QEPD) padecía de *problemas cardiacos*, faltó a la verdad al responder que no padecía ningún problema de ésta índole; y (iii) que pese a que el señor Mesa Rodriguez padecía de sendas enfermedades, negó sufrir o haber sufrido de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario puesto de presente con la pregunta abierta.

Es de esta manera que se encuentra totalmente demostrado, a partir de una prueba diferente al interrogatorio de parte y las mencionadas en este escrito de apelación, que las enfermedades y antecedentes no declarados por el Sr Mesa Rodriguez (QEPD), son totalmente relevantes para que el asegurador determine el verdadero estado del riesgo.

Dicho de otro modo, la sentencia proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia incurrió en un error jurídico de suma trascendencia, al afirmar que no existían pruebas en el expediente a partir de las cuales se demostrara el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Por este motivo, se comprueba que se omitió hacer una valoración conjunta de todos los medios de prueba, y también dejaron de lado las sentencias proferidas por la Corte Suprema de Justicia, en donde claramente se indica que la relevancia de las patologías no informadas se demuestra sencillamente a partir del formulario de asegurabilidad.

En conclusión, la sentencia de fecha del 22 de julio de 2022 proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia no se encuentra ajustada a derecho, y en tal virtud debe ser revocada integralmente. Lo anterior, debido a que equivocadamente se afirmó que no existían medios de prueba para demostrar la relevancia médica y técnica de las patologías no informadas, aun cuando la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil, **ha indicado que la importancia de los antecedentes no declarados se demuestra por medio del formulario de asegurabilidad en donde obran los respectivos cuestionamientos sobre las enfermedades.**

En consecuencia, dado que en el caso concreto obran en el expediente el formularios de asegurabilidad en donde se indagaba de manera expresa por los padecimientos previos, resulta indefectible que el elemento subjetivo del artículo 1058 del C.Co se encuentra totalmente demostrado. Máxime, cuando de haber realizado una valoración conjunta de las

pruebas involucrando la historia clínica, la objeción del 24 de marzo 2021, los formularios de asegurabilidad, y por supuesto, el interrogatorio de parte, se hubiera llegado a la necesaria conclusión de declarar fundada la excepción de nulidad relativa, negando así todas las pretensiones de la demanda.

## **2.2. En el proceso se acreditó totalmente cuál hubiera sido la consecuencia negocial de haber conocido los antecedentes no declarados:**

Como primera medida, es de suma importancia que se tome en consideración que la relevancia de las patologías no informadas y la consecuencia negocial de lo que hubiera sucedido de haber conocido oportunamente esos antecedentes, representan variables inescindibles. En efecto, la consecuencia negocial se deriva precisamente de la relevancia médica y técnica de los antecedentes no informados. Es decir, si dichos antecedentes no representan patologías significativas para fijar el verdadero estado del riesgo, claramente no puede existir una consecuencia negocial diferente a la pactada inicialmente. Precisamente por ese motivo, en los subcapítulos precedentes se demostró totalmente el error en el que incurrió la Superintendencia Financiera, al no haber valorado en conjunto todos los medios de prueba que acreditan incuestionablemente, que los antecedentes no informados por el Sr Mesa Rodriguez, son sumamente representativos para mi representada.

Teniendo en cuenta la relevancia de los antecedentes no informados, es que la Compañía de Seguros determinó que de haber conocido todas las patologías del Sr Mesa Rodriguez (QEPD), no hubiera emitido la póliza. Este hecho se encuentra totalmente comprobado a partir, no solo de todas las pruebas documentales que previamente fueron analizadas, sino adicionalmente, desde el interrogatorio de parte.

En efecto, en el interrogatorio de parte fue sumamente clara al expresar cuál fue el análisis realizado al interior de la Compañía de Seguros, para determinar cuál hubiera sido la consecuencia negocial de haber conocido las patologías y enfermedades en el momento oportuno. En otras palabras, el representante legal adujo en su declaración que de haberse reportado sinceramente los antecedentes médicos; los actuarios de la compañía hubieran analizado las probabilidades del riesgo a efectos de hacer más onerosa las condiciones del contrato; o si por el contrario, retrotraerse de celebrar el negocio jurídico.

Dicho de otro modo, en el interrogatorio de parte se demostró contundentemente que la consecuencia negocial relativa a haberse negado el seguro, deviene del análisis efectuado al interior de la Aseguradora de las enfermedades ocultas a partir de **(i)** la historia clínica.

De esta manera se advierte el error cometido por el juzgador de primera instancia, al considerar que no se había demostrado el elemento subjetivo consagrado en el artículo 1058 del C.Co. Evidentemente en la sentencia proferida por la Superintendencia se incurrió en una equivocación jurídica importante, en la medida que se afirmó que no se había acreditado la relevancia y consecuencia negocial de haber conocido oportunamente la información sobre la real condición de salud del Sr Mesa Rodriguez (Q.E.P.D). Cuando en el expediente obran múltiples elementos de juicio que demuestran la relevancia, y además, en el interrogatorio de parte se informó que al interior de la Aseguradora, a partir de esos elementos de juicio (los manuales de colocación y suscripción de seguros, los formularios de asegurabilidad y la historia clínica), se llegó a la conclusión que de haber conocido todos los antecedentes, claramente no se habría contratado.

Dicho de otra manera, no solo no había motivo para restarle credibilidad al interrogatorio de parte rendido por el representante legal de la Compañía de Seguros, sino por el contrario, existían toda una serie de elementos probatorios que permitían comprobar totalmente lo esgrimido en la declaración. No resulta lógico restarle valor probatorio a lo indicado por la representante legal, cuando en el expediente obran **(i)** los manuales técnicos de suscripción, que consagran la relevancia de declarar las incapacidades preexistentes en los términos que lo señaló en su declaración, **(ii)** la historia clínica, en donde se acredita que las enfermedades no declaradas, **(iii)** y los formularios de asegurabilidad en donde se indaga expresamente por la existencia de las enfermedades no informadas.

A partir de lo anterior, se comprueba indefectiblemente que la Superintendencia Financiera de Colombia se equivocó en su decisión de declarar infundada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del Asegurado.

En conclusión, comedidamente se le solicita al Honorable Tribunal Superior de Bogotá que revoque totalmente la sentencia proferida el 22 de julio de 2022 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, toda vez que en aquella providencia se desestimó la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro, argumentando que no se había demostrado el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, cuando sí fue acreditado. En virtud de lo anterior, no solamente no había motivo lógico para restarle valor probatorio al interrogatorio de parte de la representante legal de la Compañía Aseguradora, sino que, además, se dejaron de valorar en conjunto toda una serie de elementos de prueba, así como también se dejó de lado la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Que conjuntamente y a partir de una valoración racional, demuestran contundentemente que, de haber conocido la información ocultada por el Asegurado, no se habrían emitido el seguro.

### **3. LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA SE APARTÓ TOTALMENTE DEL PRECEDENTE VERTICAL, ASÍ COMO TAMBIÉN DEL HORIZONTAL DE SU MISMO DESPACHO, SIN PRESENTAR UNA ADECUADA MOTIVACIÓN PARA EL EFECTO.**

El tercer reparo que se formula en contra de la sentencia del 22 de julio de 2022 proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia, consiste fundamentalmente en que, con la citada decisión, no sólo se apartó del precedente vertical de la Corte Suprema de Justicia y del Tribunal Superior de Bogotá, como se ha venido explicando. Sino que también, se apartó totalmente del precedente horizontal de su mismo Despacho, en el que ha tenido por demostrado el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, a través del interrogatorio de parte en el cual se acredite la relevancia de las enfermedades como mínimo. En otras palabras, la Corte Constitucional ha fijado unos requisitos muy estrictos que todo operador judicial debe cumplir para apartarse del precedente vertical y horizontal. En tal virtud, la Superintendencia Financiera de Colombia en la providencia objeto de apelación, optó por apartarse del precedente vinculante sin motivar adecuadamente cuáles fueron las razones que la llevaron a proferir tal decisión, que además, deben enmarcarse taxativamente dentro de las causales que la Corte Constitucional ha indicado para ese efecto.

En este orden de ideas, se debe iniciar citando una sentencia de nuestro más alto tribunal constitucional en la que ha sido enfático en la fuerza vinculante que comporta el precedente horizontal. Inclusive, en la providencia se indica expresamente que la importancia del precedente horizontal radica principalmente en la protección a los principios de la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima, y principalmente, el derecho fundamental a la igualdad. El tenor literal de la decisión de la Corte Constitucional, que valga la pena decir, se encuentra

contenido en una sentencia de Unificación, con los efectos que de este tipo de providencias emanan, es el siguiente:

*“Se puede clasificar el precedente en dos categorías: (i) el precedente horizontal, el cual hace referencia a las decisiones proferidas por autoridades del mismo nivel jerárquico o, incluso, por el mismo funcionario; y (ii) el precedente vertical, que se refiere a las decisiones adoptadas por el superior jerárquico o la autoridad encargada de unificar la jurisprudencia. **El precedente horizontal tiene fuerza vinculante, atendiendo no sólo a los principios de buena fe, seguridad jurídica y confianza legítima, sino al derecho a la igualdad que rige en nuestra Constitución.** Asimismo, el precedente vertical, al provenir de la autoridad encargada de unificar la jurisprudencia dentro de cada una de las jurisdicciones, limita la autonomía judicial del juez, en tanto debe respetar la postura del superior, ya sea de las altas cortes o de los tribunales.” [3]. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Es de esta manera que, con el objetivo de promover la protección de los citados principios de buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad, la Corte Constitucional ha fijado unos requisitos muy estrictos que todo operador judicial debe cumplir si desea apartarse del precedente vertical y del horizontal. Es decir, no existe autonomía total e irrestricta para que los jueces de la república se aparten de los citados precedentes, sino que por el contrario, si desean hacerlo, deben enmarcar su decisión en una de las causales taxativas que el más alto tribunal constitucional ha establecido. De esta manera, en la sentencia que se estudiará a continuación, la Corte explica cuáles son esos requisitos imperativos que se deben sustentar, si es voluntad de un juzgador apartarse de su propio precedente, así como del de sus superiores jerárquicos:

*“Finalmente la Sentencia C-836 de 2001 consagró también la posibilidad de que la Corte Suprema de Justicia se aparte de su doctrina probable, (precedente horizontal) en tres supuestos: **1) cambios sociales que hagan necesario un ajuste en la jurisprudencia. 2) cuando encuentre que su jurisprudencia contradice “valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico” y 3) cuando exista un cambio relevante en el ordenamiento jurídico legal o constitucional.***

(...)

**Sin embargo, debe resaltarse que la opción en comento en ningún modo habilita a las autoridades judiciales para, en el ejercicio distorsionado de su autonomía, opten por desconocer el precedente, tanto de carácter vertical como horizontal, ante la identidad de supuestos jurídicos y fácticos relevantes, sin cumplir con los requisitos antes mencionados.** Por lo tanto, resultarán inadmisibles, por ser contrarias a los principios de igualdad, legalidad y seguridad jurídica, posturas que nieguen la fuerza vinculante prima facie del precedente, fundamenten el cambio de jurisprudencia en un simple arrepentimiento o cambio de parecer, o sustenten esa decisión en el particular entendimiento que el juez o tribunal tengan de las reglas formales de derecho aplicables al caso.” [4]. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Partiendo de las bases jurídicas previamente anotadas, es que se observa la equivocación cometida por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia en su sentencia del 22 de julio de 2022. En su providencia, y como se explicará a continuación, transgrediendo los principios constitucionales relativos a la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad, se apartó totalmente del precedente vertical de la Corte Suprema de Justicia y del Tribunal Superior de Bogotá y del horizontal de su propio Despacho. Por este motivo, se

presentarán dos subcapítulos, en los que se observa la transgresión a cada uno de los precedentes anotados.

1. La Superintendencia Financiera de Colombia se apartó del precedente vertical.

Tal y como se ha expuesto en los reparos anteriores, tanto para el Honorable Tribunal Superior de Bogotá, como para la Corte Suprema de Justicia, la prueba conducente, pertinente y útil para demostrar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, es el interrogatorio de parte y el cuestionario de salud, en donde obren las preguntas específicas y enfocadas en las enfermedades ocultadas por el asegurado. Es decir, si en un proceso judicial se demuestra que en el cuestionario se encuentran las preguntas relativas a las enfermedades no informadas por el Asegurado, y además, se tiene un interrogatorio de parte que acredita cuál hubiera sido la consecuencia negocial de haber conocido oportunamente esos antecedentes, el juzgador no tendrá una alternativa distinta que declarar probada la nulidad del contrato de seguro.

Dado que los fragmentos de las sentencias que fueron desatendidas por la Superintendencia ya fueron transcritos previamente en los reparos antecedentes, únicamente se enunciarán nuevamente las referencias puntuales a dichos pronunciamientos, con el objetivo de que el Tribunal Superior de Bogotá evidencie la transgresión injustificada del citado precedente:

- Tribunal Superior de Bogotá. Sala Séptima Civil de Decisión. Sentencia del 16 de diciembre de 2020. Mp. Dr Manuel Alfonso Zamudio Mora. Acción de Protección al ConsumidormFinanciero promovida por Wilder Beltrán Sánchez contra Compañía de Seguros BolívarS.A.
- Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. MP. Dr Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo. Sentencia del 03 de abril de 2017. Radicación 11001-31-03-023-1996-02422- 01.
- Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 01 de septiembre de 2010. Mp. Dr. Edgardo Villamil Portilla. Exp. No. 05001-3103-001-2003-00400-01.
- Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 16 de diciembre de 2016. Mp Dr. Álvaro Fernando García Restrepo. Radicado 05001-31-03-017-2009-00438-01.

En efecto, la Superintendencia Financiera de Colombia en su sentencia de fecha del 22 de julio de 2022 vulneró los derechos de mi representada relativos a la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad, en la medida que optó por apartarse del precedente vertical que le era aplicable, sin justificar, en los términos de la sentencia C-621 de 2015, que su decisión se afincaba en alguna de las causales específicas para ese efecto. Estas son:

- *Cambios sociales que hagan necesario un ajuste en la jurisprudencia.*
- *Cuando encuentre que su jurisprudencia contradice "valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico" y*
- *Cuando exista un cambio relevante en el ordenamiento jurídico legal o constitucional*

Es decir, si la Superintendencia deseaba desatender el precedente previamente esgrimido, tenía la obligación de motivar su decisión con alguna de las 3 causales enunciadas. Sin embargo, como en su sentencia no se observa motivación alguna referente a tener por acreditados los presupuestos de alguna de las causales habilitantes y taxativas para omitir un

procedente, su sentencia debe ser revocada integralmente. Por este motivo, y sin perjuicio de lo que se expondrá a continuación, comedidamente se le solicita al Honorable Tribunal Superior de Bogotá que revoque la sentencia proferida el 22 de julio de 2022 por la Superfinanciera. En donde de manera equivocada, se apartó del precedente de sus superiores jerárquicos, sin motivar adecuadamente esa nueva postura y sin cumplir los requisitos jurisprudenciales para tal efecto.

2. La Superintendencia Financiera de Colombia se apartó del precedente horizontal.

Ahora bien, resulta muy importante que el Tribunal Superior de Bogotá tome en consideración que no solamente la Superintendencia desatendió el precedente vertical de sus superiores jerárquicos, sino que, además, omitió dar aplicación al precedente horizontal de su mismo Despacho, que en casos análogos ha tomado decisiones diametralmente diferentes. Dicho de otro modo, la Superintendencia en su providencia omitió totalmente el precedente que ella misma ha desarrollado, y de manera equivocada, optó por modificar su postura sin cumplir los requisitos jurisprudenciales previamente anotados. Esto es, no indicó que su nueva tesis jurídico probatoria obedece a **(i)** cambios sociales que hagan necesario un ajuste en la jurisprudencia, **(ii)** cuando encuentre que su jurisprudencia contradice “valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico” y **(iii)** cuando exista un cambio relevante en el ordenamiento jurídico legal o constitucional.

En este orden de ideas, resulta fundamental que se tome en consideración que existe una clara línea jurisprudencial desarrollada por la propia Superintendencia Financiera de Colombia, en donde ella ha indicado con total claridad, que la prueba conducente, pertinente y útil para probar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co es el interrogatorio de parte. Es más, en sus sentencias se anulan los contratos de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado, al tener por demostrado cuál hubiera sido el nuevo pacto negocial, con el interrogatorio de parte rendido por el representante legal de la Compañía de Seguros. A continuación, se presentan cuatro sentencias, sin perjuicio de que, por supuesto existen muchas más, en donde la Superfinanciera le otorga total valor probatorio al interrogatorio de parte para acreditar el mencionado elemento subjetivo:

*“(…) las causales por las que se fundan la nulidad relativa del contrato de seguro, que conforme a lo previsto en el artículo 1077 del Código de Comercio y el 1058 del mismo Código al que alude el extremo pasivo, corresponden al juicio de responsabilidad civil contractual, objeto de examen. Y respecto de ellas, también existe contundencia de las patologías acreditadas en este asunto, las cuales guardan total correspondencia con el análisis realizado por el procedimiento, que valoraron y calificaron los profesionales especialistas de la Junta Regional de Calificación del Nariño, a través del formulario del dictamen para la calificación de pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez de la señora Vitteri Alvarado. Calificación que se basó en el manual único para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional, consagrado en el Decreto 1507 del 12 de agosto de 2014, quienes técnicamente calificaron el grado de severidad de los antecedentes de la salud de la señora Vitteri, con los porcentajes respectivos por enfermedades de tejido conectivo en un 48.50%, por trastorno de ansiedad del 20%, por enfermedades vesiculares en 8.50%, por enfermedad valvular cardíaca en un 8%, por enfermedad valvular de miembros inferiores en un 8%, por enfermedad de tiroides en 7.50%, por desorden de tracto digestivo superior en un 5%.*

**Relevancia que igualmente corroboró la Representante Legal de la Compañía de Seguros, en esta vista pública, haciendo relación a las patologías de la asegurada, su relevancia e impacto en el riesgo a asegurar, por las cuales dicha compañía, conforme a sus políticas, de haberlas conocido al momento de realizar la suscripción del riesgo, no se habría emitido una**

**póliza otorgando el amparo de incapacidad total y permanente.** Todo lo cual acredita las exigencias que se requieren para la prosperidad de la excepción que formuló, por cuenta de la nulidad relativa del contrato, por lo que conforme a lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso, cuando el juez encuentra probada una excepción, que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes. En consecuencia, se declarará probada la excepción que la aseguradora alegó, que tiene la virtualidad de enervar las pretensiones de esta litis. En ese orden de ideas, se denegarán las pretensiones de la demanda que se reclaman y, por consiguiente, la compañía de seguros tampoco deberá restituir a la parte actora el valor de las primas que han pagado, de conformidad con los artículos 1058 y 1059 del código de Comercio, según los cuales, el asegurador tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, cuando la reticencia o la inexactitud ha sido las causas de la rescisión del contrato. (...) [5]."

· "(...) tratándose del estado del riesgo y su declaración por parte del asegurado, en el caso de una póliza vida grupo, al tenor de lo previsto en el artículo 1039 del Código de Comercio, al aseguradole corresponden aquellas obligaciones que no puedan ser cumplidas más que por el mismo, como en el presente caso, declarar el estado del riesgo que corresponde o tiene relación directa con su salud. La potestad de la práctica de los exámenes médicos que puede realizar la compañía de seguros. Previo a la inclusión del asegurado, tiene su origen facultativo en la misma Ley, artículo 1158, el Código de Comercio que se titula prescindencia de examen médico y declaración del estado del riesgo. Esta norma establece 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 del lugar" Esto, en análisis del contrato es seguro, guarda entonces coherencia con que, no cualquier omisión conlleva a la nulidad del contrato de seguro perseguido, sino sólo aquellos hechos o circunstancias frente a los cuales, la aseguradora si hubiese retraído de asumir el riesgo o asumirlo en condiciones más onerosas, como lo prevé el artículo 1058 del Código del Comercio. Teniendo en cuenta las patologías y el conocimiento que el señor tenía sobre estas, las incapacidades preexistentes, el trámite de la calificación y todos lo surtido en esta audiencia, en donde, **como lo indicó la Representante Legal de la Compañía de Seguros en esta diligencia, bajo la gravedad del juramento, era necesario informar en el cuestionario de la declaración de asegurabilidad, el verdadero estado de salud, pudiendo desde ese momento conocer las condiciones de la contratación y que ya conocidas, después de toda la reclamación y todo el análisis de estas pruebas, según la valoración técnica del caso, como lo afirmó, esto hubiese cambiado las condiciones de la contratación de esta póliza, pues ésta se habría emitido excluyendo al demandante de la misma póliza. Es decir, no se hubiera amparado al demandante bajo la Póliza Vida Grupo No. 0110043. Esa fue la consecuencia que al interior de este proceso y luego de todo el estudio técnico del caso y la relevancia de las patologías no declaradas, se indicó en esta Delegatura por parte de la Representante Legal bajo la gravedad del juramento, todo lo cual acredita entonces las exigencias que se requieren para la prosperidad de la excepción que formuló la Compañía de Seguros de la nulidad relativa del contrato.** Teniendo esta, la virtualidad de llevar al traste todas las pretensiones de la demanda en lo que a la actividad aseguradora corresponde, por lo que se releva esta Delegatura del análisis de los otros medios efectivos propuestos por la compañía, de conformidad con lo establecido en el artículo 282 del Código General del Proceso. (...) [6]."

· "(...) Sino que lo que se reprocha es que conociendo sus enfermedades, su estado de salud, haya omitido informarlo oportunamente a la aseguradora cuando diligenció y firmó la declaración de asegurabilidad en el mes de junio del año 2017. Y ciertamente, no cualquier omisión lleva a la nulidad del contrato de seguro perseguido, sino aquellos hechos y circunstancias frente a los cuales la aseguradora se hubiere retraído de asumir el riesgo o asumirlo en condiciones más onerosas, elemento que se acreditó por la aseguradora. Al

respecto, en la objeción de la reclamación de fecha de 21 de marzo de 2019 la Compañía de seguros negó el amparo solicitado teniendo en cuenta que el asegurado omitió declarar las patologías que el actor había padecido y con base en las cuales como reza en la hoja No. 7 de la continuación del acta del Tribunal Médico Laboral TML 172462, para la solicitud de convocatoria del Tribunal Médico Laboral, el paciente se ratificó agregando la indicación de índices por separado de la lesión del sacrofasitis plantar y asignación de índices de amnea del sueño; y que de haberse reportado seguramente estas patologías, indicaría la aseguradora en la objeción no se hubiera aceptado la acepción del seguro o hubiere quedado supeditada a los resultados de los exámenes que la compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal. **Al respecto, en la pasada diligencia al ser preguntado por este despacho al Representante Legal de la Compañía de Seguros en su interrogatorio de parte bajo la gravedad de juramento, este sostuvo en sus respuestas que la historia reportadas en la juntas médicas eran tan claras que no ameritaron un comité técnico de expertos que apoyaran al analista que se encargó de resolver este caso, y que de haber conocido los padecimientos del actor, los cuales solo pudieron conocerse con ocasión a la junta médica laboral con base en la cual solicita la afectación del seguro, no hubiera concedido el amparo de tipo en la póliza vida grupa deudores.** Así las cosas por configurarse los elementos de que trata el artículo 1058 del código de comercio, se tiene por acreditada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro alegada por la compañía de seguros, por lo que se declarará fundada la excepción propuesta en tal sentido y se releva este despacho de pronunciarse sobre los demás medios exceptivos propuestos por la compañía de seguros, denegando las pretensiones en lo que respecta a la relación contractual del demandante con BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. (...) [7].”

• “Dado que no toda inexactitud en la información suministrada por el candidato asegurado genera la nulidad relativa del contrato por reticencia, sino solo aquellos hechos o circunstancias frente a las cuales a la aseguradora, como lo dispone el citado artículo 1058 del Código de Comercio, se hubiere retraído de asumir el riesgo o de asumirlo en condiciones más onerosas. Para su acreditación obra en el plenario, la comunicación del 21 de julio de 2017, que fue dirigida a la señora Luz Mercedes Pareja Beltrán, en la cual se indica: “En efecto, de la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca. Pero en este caso, no se declaró ningún antecedente y de haberse reportado, seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada o supeditada a los resultados de los exámenes que la compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer de ninguna afectación o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal”. **Además de lo expresado por el Representante Legal Judicial de la Entidad, que indicó expresamente en el interrogatorio de parte, que si la compañía hubiera tenido conocimiento de esos antecedentes médicos y quirúrgicos del señor Amaury, no hubiera concedido el amparo o lo hubiera extralimitado en un 150%.** Y como se ha demostrado en el curso de esta actuación, la posición esgrimida por la aseguradora no guarda relación con la causa de la muerte del señor Escobar, sino con las circunstancias de salud y quirúrgicas que ya refería para el 31 de agosto del 2016, por las que de manera clara y explícita se le preguntó respecto del cuestionario que firmó, en el cual se le enunciaron además las consecuencias de cualquier omisión de salud, inexactitud o reticencia y que aun así no declaró. Se declarará la nulidad relativa de contrato por reticencia, recordando que en los términos del Código de Comercio, en los artículos 1058 y 1059, la entidad aseguradora está autorizada para retener la totalidad de la prima a título de pena, atendiendo la esencia de la reticencia de este tipo de contrato. (...) [8].”

A partir de todo lo anterior, no queda ninguna duda relacionada con que la Superintendencia Financiera de Colombia ha creado una línea jurisprudencia sumamente clara, en la que

sostuvo la tesis jurídico probatoria relacionada con que el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, se acredita totalmente con el interrogatorio de parte del representante legal del asegurador. En otras palabras, la Superfinanciera en sus providencias, como quedó absolutamente demostrado a partir de las transcripciones anteriores, ha declarado la nulidad relativa de los contratos de seguro, teniendo como base la declaración bajo la gravedad de juramento, que en el interrogatorio de parte ha rendido el representante legal de la compañía de seguros.

Sin embargo, pese a la existencia de la línea jurisprudencial previamente anotada, la cual constituye un precedente horizontal vinculante, máxime, cuando proviene exactamente del mismo Despacho. La Superintendencia en su sentencia del 22 de julio de 2022 se apartó totalmente de su propio precedente, lo que terminó en la transgresión de los derechos constitucionales de mi representada de la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad. Como se ha venido explicando, si el juzgador deseaba omitir totalmente un precedente que él mismo ha creado y desarrollado, tenía la obligación de presentar una carga argumentativa, que según la Corte Constitucional, debe enfocarse en demostrar que la decisión consistente en desatender un precedente deviene de **(i)** cambios sociales que hagan necesario un ajuste en la jurisprudencia, **(ii)** cuando encuentre que su jurisprudencia contradice “valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico” y **(iii)** cuando exista un cambio relevante en el ordenamiento jurídico legal o constitucional.

No resulta plausible, porque con ello se transgrede el principio de seguridad jurídica, que un operador judicial que ha tenido por demostrado en múltiples oportunidades el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co a través del interrogatorio de parte rendido bajo la gravedad del juramento, que en una sentencia opte por apartarse del analizado precedente, sin presentar una motivación que sustente semejante decisión. Por tal motivo, es que la sentencia de fecha del 22 de julio de 2022 debe revocarse integralmente, no solamente por cuanto conculca los derechos de la Compañía de Seguros, sino además, toda vez que con ella se fractura un precedente horizontal uniforme que proviene del mismo Despacho judicial.

En conclusión, comedidamente se le solicita al Honorable Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá que revoque integralmente la sentencia de fecha del 22 de julio de 2022 proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia, toda vez que con ella se desatendió el precedente vertical de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia y de la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá, así como también el precedente horizontal de la propia Superfinanciera. En consecuencia, y tomando en consideración que el juzgador de primera instancia no motivó las razones para apartarse de los citados precedentes, se evidencia una falencia muy importante en la sentencia, que no deja otro camino diferente a revocarla, para así proteger los derechos constitucionales relativos a la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad.

A pesar de todo lo anteriormente expuesto, la Superintendencia Financiera de Colombia en su sentencia del 22 de julio de 2022 negó la excepción de nulidad relativa de los contratos de seguro y resolvió declarar civilmente responsable a mi procurada, aun cuando el negocio jurídico aseguratorio estaba viciado con nulidad.

#### **4. LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA OMITIÓ DECLARAR LA EVIDENTE NULIDAD DE LAS VINCULACIONES AL CONTRATO DE SEGURO, COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.**

Es fundamental que el Honorable Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá tome en consideración que el Sr Mesa Rodriguez (Q.E.P.D.) fue reticente -tal como lo halló probado la delegatura-, 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, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de otorgar un amparo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza.

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

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**[9].”* (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 (Q.E.P.D), 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 la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrardicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

*“Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo.*

*Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que*

determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación.

**En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro.** (Subrayado fuera del texto original).

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

*“En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.*

Pese a lo anterior, **en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado**, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciarla 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 escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas 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.”*<sup>[10]</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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.”* <sup>[11]</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa consagrada en el artículo 1058 del C.Co, analizando lo siguiente:

*“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.* <sup>[12]</sup> (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 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 la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la uberrima, 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.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el 29 de septiembre de 2020, fecha en la cual el señor Mesa Rodríguez (Q.E.P.D.) solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el asegurado (Q.E.P.D.) las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que el asegurado (Q.E.P.D.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de septiembre del año 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas negativas y falsas del Asegurado (Q.E.P.D.), y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 29 de septiembre de 2020:**

**SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

Grupo Deudores



RAZON SOCIAL ENTIDAD TOMADORA <b>BANCOMPARTIC</b>		CIUDAD <b>TUNJA</b>	FECHA DILIGENCIAMIENTO DIA <b>29</b> MES <b>09</b> AÑO <b>2020</b>	
<b>DATOS DEL SOLICITANTE DEL SEGURO</b>				
ASEGURADO PRINCIPAL <b>JULIO ALBERTO MESA RODRIGUEZ</b>			CEDULA <b>7214.167</b>	
DIRECCION DOMICILIO <b>CARRERA 44A 20</b>		OCUPACION <b>TRANSPORTADOR</b>		
FECHA DE NACIMIENTO <b>01 06 1958</b>	TELEFONO <b>3203322780</b>	CIUDAD <b>TUNJA</b>		

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE					
NOMBRE Y APELLIDO	Documento (C.C.-C.E.-T.I.-R.C)	Nº DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%
MARIA FÉLIX CASTIBLANCO GONZÁLEZ	CL	40.018.986	ESPOSA	58	100

\* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.  
Con plena conciencia que la retención o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:

**Yo, el abajo firmante declaro que**

EN LA FECHA ME ENCUENTRO EN PERFECTO ESTADO DE SALUD SI  NO

**Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes enfermedades:**

- |   |  |
|---|--|
| 1 AFECIONES CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/> | 4 DIABETES <input type="checkbox"/>                    |
| 2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>      | 5 VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/>         |
| 3 CÁNCER <input type="checkbox"/>                     | 6 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/> |

**EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:**

--

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el Sr Mesa Rodriguez (Q.E.P.D.) respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que el Asegurado (Q.E.P.D.) había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de otorgar un amparo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que la honorable Superintendencia Financiera tenga en cuenta que el Sr Mesa Rodriguez (Q.E.P.D.) no informó que padecía de cardiomiopatía dilatada; Insuficiencia cardiaca congestiva; cardiomiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, dlp, gastritis, entre otras., patologías sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** el Sr Mesa Rodriguez (Q.E.P.D.) padecía cardiomiopatía dilatada; Insuficiencia cardiaca congestiva; cardiomiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, dlp, gastritis, entre otras, con anterioridad al mes de septiembre del año 2020, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y **(ii)** que estas patologías 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 C-232 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 Sr Mesa Rodríguez (Q.E.P.D.) **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 exponer lo siguiente:

*"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 declararse 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.

Ahora bien, en lo que respecta a la orden de efectuar el pago de:

“SEXTO: ORDENAR a LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO pagar, dentro de los quince (15) días siguientes a la ejecutoria de esta decisión la suma de CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$50'000.000), los cuales deberán ser pagados en primer lugar a MIBANCO S.A. dada su condición de beneficiario oneroso de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No AA000051 con certificado individual AA000979 vinculada al crédito No. 220003380688. El pago a MIBANCO S.A. deberá hacerse hasta el saldo insoluto de la obligación No. 220003380688 y lo restante deberá pagarse a las demandantes.

Además de dichos valores, se deberán pagar con los intereses de mora frente a cada suma reconocida, conforme lo dispone el artículo 1080 del Código de Comercio, los cuales deberán desde el 25 de abril de 2021.”

No es congruente con la liberalidad contractual de la póliza vida grupo deudores No. AA000051 toda vez que la cobertura de la misma por el amparo de muerte y el cual se define en las condiciones generales No. 05082011-1429-P-34-00000000002031; respecto del límite del valor asegurado conforme se alegó en la exceptiva y la cual no fue tenida en cuenta por la Superfinanciera:

“Con el fin de otorgarle validez jurídica a la prosperidad de la presente excepción, valdrá la pena traer a colación el artículo 1790 del Código de Comercio, el cual reza:

“el asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074.”

En ese orden de ideas, solicito Señor juez, que en el hipotético caso en el que se le otorgue razón a las pretensiones de los demandantes, se tenga presente el límite del valor asegurado establecido en el contrato de seguro No. AA000051, el cual fue debidamente pactado, de manera libre y concertada entre las partes, esto, en ejercicio del principio de la autonomía de la voluntad privada.

Así pues, el **límite del valor asegurado** corresponde al saldo de la deuda, para el momento de ocurrencia del siniestro, esto es: **CUARENTA Y OHCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS (\$48.489.672 M/CTE.)**

De acuerdo con lo anterior, la responsabilidad de indemnización por parte de mi representada no podrá exceder el valor - límite anteriormente señalado.”

- Valga señalar que el condicionado general de la póliza define como saldo deudor indemnizable:

“6.3. Saldo deudor indemnizable: Por saldo deudor indemnizable se entenderá el saldo real y efectivo que tenga el deudor con el tomador en calidad de préstamo al momento del fallecimiento o el diagnóstico definitivo de invalidez, incluido el interés corriente hasta dicho momento, a menos que el tomador hubiera convenido en excluir algún tipo particular de préstamos, o de dicho interés.”

De lo anterior, según lo cual, el amparo de muerte se limita a brindar cobertura por **“el saldo real y efectivo que tenga el deudor con el tomador en calidad de préstamo al momento del fallecimiento”** (negrilla y subrayado por fuera del texto).

Razón por la cual, la orden y condena impuesta por la SIF no se encuentra soportada con los parámetros contractuales del contrato de seguro toda vez que desborda lo realmente

contratado por las partes ya que se ordena efectuar un pago a los demandantes -en caso de "sobrar dinero"- lo cual soslaya del amparo otorgado en la póliza vida grupo deudores No. AA000051

Por consiguiente, solicito respetuosamente al Tribunal Superior de Bogotá revocar integralmente la sentencia proferida el 22 de julio de 2022 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, en donde de manera equivocada se declaró la responsabilidad civil y contractual en cabeza de la Equidad Seguros de Vida O.C., respecto del contrato de seguro vida grupo deudores para que, en su lugar, declare probada la excepción de nulidad relativa, y consecuentemente, desestime la totalidad de las pretensiones de la demanda.

## II. PETICIONES

1. Comedidamente solicito se **REVOQUE** integralmente la sentencia proferida el 22 de julio de 2022 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, en donde de manera equivocada se declaró la responsabilidad civil y contractual en cabeza de La Equidad Seguros de Vida O.C., respecto del contrato de seguro de vida grupo deudores No. AA000051 contraída por el Sr Mesa Rodriguez (QEPD).
2. En su lugar, comedidamente solicito se **DECLAREN** probadas las excepciones propuestas por la Compañía de Seguros intituladas "*Nulidad de las Vinculaciones al contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del Asegurado*" y "*BBVA Seguros de Vida S.A tiene la facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la reticencia del contrato de seguro*".
3. Como consecuencia de la anterior petición, comedidamente solicito se **NIEGUEN** totalmente las pretensiones de la demanda, y se **CONDENE** en costas y agencias en derecho en doble instancia a la parte Demandante, en favor de la entidad Demandada.

De los Honorables Magistrados, atentamente,



**DIEGO ANDRÉS ARANGO URUEÑA.**

C.C. N° 1.075.298.640 de Neiva.

T.P. N° 304.782 del C. S. de la Judicatura Apoderada de La Equidad Seguros de Vida O.C.  
SGC 7891

**Cordialmente,**

## Diego Andrés Arango Urueña | Abogado Dirección Legal Judicial Distrito VII Agencia Neiva

☎ Teléfono: 8710120 – 8714240 – 8713072 Ext. 4803 | 📞 313 - 2971257 | 📍 Calle 7 No. 7 - 20 Neiva - Huila | Horario de Atención: Lunes a Jueves : 7:30 a.m. 12.00 m – 1:30 p.m. 5:00 p.m. Vienes: 8:00 a.m. 12.00 m – 1:00 p.m. 4:00 p.m

✉ [diego.arango@laequidadseguros.coop](mailto:diego.arango@laequidadseguros.coop) | 📞 318 – 6424551 🌐 [www.laequidadseguros.coop](http://www.laequidadseguros.coop) | Neiva – Colombia



🌱 **Antes de imprimir, piense en su compromiso con el medio ambiente.**

**NOTA CONFIDENCIAL:** La información contenida en este correo y en sus anexos y/o archivos adjuntos, es confidencial y tiene carácter reservado. La misma es propiedad de La Equidad Seguros O.C. y está dirigida para conocimiento estricto de la persona o entidad destinataria(s), quien es (son) responsable(s) por su custodia y conservación. Si no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje es prohibida y será sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenviarlo y borrar el mensaje recibido inmediatamente. La compañía no es responsable por la transmisión de virus informáticos, ni por las opiniones expresadas en este mensaje, ya que estas son exclusivas del autor.

[1] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 01 de septiembre de 2010. Mp. Dr. Edgardo Villamil Portilla. Exp. No. 05001-3103-001-2003-00400-01.

[2] <sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 16 de diciembre de 2016. Mp Dr. Álvaro Fernando García Restrepo. Radicado 05001-31-03-017-2009-00438-01.

[3] Corte Constitucional. Sentencia SU354 de 2017. Magistrado Ponente. Dr. Humberto Escruce Mayolo. Sentencia del 25 de mayo 2017.

[4] Corte Constitucional. Sentencia C-621 de 2015. Magistrado Ponente. Dr Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Sentencia del 30 de septiembre de 2015.

[5] Superintendencia Financiera, Delegatura para asuntos jurisdiccionales, Sentencia del 02 de septiembre de 2020. Expediente 2019- 3652, Radicado 2019161098, Caso: Josefina Mariana Viteri Alvarado (C.C.27076557) vs BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y BBVA Colombia S.A.

[6] Superintendencia Financiera, Delegatura para asuntos jurisdiccionales, Sentencia del 06 de julio de 2020. Expediente 2019-3395, Radicado 2019148882, Caso: Edinson Medina Pascuas (C.C. 88188499) vs BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y BBVA Colombia S.A.

[7] Superintendencia Financiera, Delegatura para asuntos jurisdiccionales, Sentencia del 25 de noviembre de 2019. Expediente 2019- 1059, Radicado 2019040614, Caso: Germán Rodríguez Osorio (C.C. 91279898) vs BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y BBVA Colombia S.A.

[8] Superintendencia Financiera, Delegatura para asuntos jurisdiccionales, Sentencia del 03 de agosto de 2018. Expediente 2017- 2213, Radicado 2017129581, Caso: Luz Mercedes Pareja Beltrán (C.C. 45461540) vs BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

[9] 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.

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

[11] 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.

[12] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01.