

**República de Colombia**

**Rama Judicial del Poder Público**



**JUZGADO CUARENTA Y UNO CIVIL DEL CIRCUITO**

Bogotá D.C., Siete de junio de dos mil veintitrés

Proceso.           Acción de Protección al Consumidor Financiero  
Número.           11001-08-000-08-**2020-01843-01**  
Demandante.      John Jairo Tello Ramírez  
Demandado.       Colmena Seguros S.A.

**SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA**

Cumplido lo establecido en el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, se decide por escrito el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia de primera instancia proferida el 13 de agosto de 2021 por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia. Para el efecto, se exponen los siguientes;

**I. ANTECEDENTES**

**1.1. Hechos y Pretensiones de la demanda**

La parte demandante, en ejercicio de la Acción de Protección al Consumidor Financiero y a través de apoderado judicial, relató que el 25 de abril de 2018 solicitó un crédito con el Banco Caja Social; que la asesora de la entidad le mostró unos documentos del crédito y la póliza de seguro de vida que ya estaban diligenciados con lapicero, indicando donde debía imponer su firma y huella; y que firmó confiando en la buena fe del Banco y en señal de adhesión a la contratación, sin que en ningún momento le preguntara qué enfermedades padecía o sobre su pérdida de capacidad laboral.

Agregó, que tampoco fue informado sobre los amparos que cubría la póliza, solo se le comunicó que era obligatorio adquirirla como respaldo del crédito y en favor del Banco; que la asesora le manifestó estar con poco tiempo para permitirle

leer los documentos, pues tenía todo listo y solo era enviarlos para aprobación; y que nunca conoció de la existencia de las preguntas sobre su salud, pero sí informó su calidad de funcionario del Ejército Nacional y adjuntó la Resolución que reconoció y ordenó el pago de la asignación de retiro.

Informó, que el 27 de septiembre de 2019 fue calificada su disminución de capacidad laboral en un 60,98%, por la Junta Médico Laboral de las Fuerzas Militares de Colombia Ejército Nacional Dirección de Sanidad, y fue declarado “*No apto para el servicio militar, sin sugerencia de reubicación laboral*”, por motivo del padecimiento de trastorno mixto de ansiedad y depresión; que solo hasta el mes de enero de 2020, cuando estaba conversando con un amigo, se enteró sobre la posibilidad de activar la póliza de seguro de vida adquirida con el crédito, solicitándolo así ante el Banco el 6 de febrero posterior, pero la entidad respondió el 9 de marzo negando la petición, argumentando que la incapacidad calificada es “*permanente parcial*”, y no “*total permanente*” como exige la póliza, yendo en contra de lo establecido por el artículo 3° de la Ley 1507 de 2014. Ante lo anterior, el demandante reiteró su petición, siguiendo la demandada en su negativa, esta vez señalando, entre otras cosas, que el asegurado no informó sobre las verdaderas condiciones de su salud al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad de la póliza.

Con todo, solicitó declarar que el siniestro informado se encuentra configurado; que la aseguradora Colmena no brindó ni garantizó su derecho a recibir información completa, veraz, transparente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea sobre la póliza adquirida dentro de la obligación crediticia que tiene con el Banco Caja Social; la existencia de un contrato de adhesión que en su solicitud de asegurabilidad contiene una cláusula abusiva; que lo advertido en la controversia es una pre-existencia mas no una reticencia; que la aseguradora se encuentra en mora al no pagar el siniestro dentro del mes siguiente en que comunicó el siniestro; y se orden, entre otras cosas, pagar el valor asegurado por la póliza junto con sus intereses (PDF 001, 009 y 018, Cd. Primera Instancia).

## **1.2. Trámite procesal.**

Dentro del plenario se admitió la demanda bajo los trámites del proceso verbal, y la parte demandada se notificó personalmente del proveído por intermedio de su Presidente y Presidente Ejecutivo (PDF 022 a 027, Cd. Primera Instancia).

### 1.3. Excepciones de Mérito.

Oportunamente, y a través de apoderado judicial, el Colmena Seguros S.A. contestó la demanda y formuló las excepciones de mérito (PDF 028, Cd. Primera Instancia) denominadas:

(1) “*NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO POR RETICENCIA*”, bajo el argumento que el demandante diligenció el formato de declaración de asegurabilidad en el año 2018, indicando que no padecía de ninguna enfermedad, pero se evidencia que fue diagnosticado con “*TRASTORNO DE ADAPTACIÓN, TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE*” desde el año 2009, lo que se ratificó en el Acta de Junta Médica Laboral que calificó la patología. Dijo, que lo anterior demuestra un incumplimiento del asegurado ante su obligación de declarar sinceramente sobre su estado de salud, viciando el consentimiento de la aseguradora, pues de haber conocido la situación real al momento de suscribir la póliza, serían distintas las condiciones del contrato de seguro.

(2) “*INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE MI REPRESENTADA*”. Para el efecto, señaló que no se acreditó en el caso la configuración del siniestro amparado con la póliza de seguro, el cual corresponde a la “*Incapacidad Total o Permanente*” del asegurado, quien debió acreditar que fue calificado con base en el manual de calificación de invalidez del Sistema de Seguridad Social con una pérdida de capacidad laboral mayor al 50%. Lo acreditado por el demandante fue una calificación con “*Incapacidad Permanente Parcial*”, por lo cual no es posible afectar la cobertura de la póliza, ya que estos conceptos difieren en estructura técnica y actuarial en términos de tasas y primas, además porque la Incapacidad “*Parcial*” implica que la persona tiene disminuida su capacidad laboral pero puede seguir trabajando, mientras que la Incapacidad “*Total Permanente*”, supone una pérdida de capacidad laboral definitiva.

(3) “*FALTA DE ACREDITACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA LA AFECTACIÓN DE LA PÓLIZA*”, pues señala que el demandante incumple con la carga de la prueba del siniestro del artículo 1077 del Código de Comercio, sin que sirva para el propósito el Acta de Junta Médica Laboral aportada con la demanda, pues esta adolece de fecha de estructuración de la enfermedad, la cual es indispensable para determinar que el riesgo asegurado haya ocurrido en la vigencia del contrato de seguro y que lo dictaminado es una Incapacidad Total y Permanente.

Añadió, que la fecha de estructuración es indispensable en la cobertura porque además corresponde a la fecha del siniestro, sin que se pueda pensar que es la

misma fecha del dictamen, pues esto corresponde a un aspecto técnico que debe indicar la entidad que calificó.

(4) *“INEXISTENCIA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL SEÑOR JONH JAIRO TELLO RAMIREZ”*, aduciendo que si bien la Junta Médica Laboral calificó la pérdida de capacidad laboral del demandante en un 60.98%, de acuerdo al artículo 28 del Decreto 1796 de 2000 y 14 y 15 del Decreto 094 de 1989, dicha pérdida en el régimen de las Fuerzas Militares constituye una Incapacidad Parcial mas no Total. Resaltando que, según la citada normatividad, se considera inválida una persona cuando la incapacidad permanente parcial sea igual o superior al 75% de disminución de la capacidad laboral.

Entonces, menciona que no puede el demandante tomar a su conveniencia la redacción de la póliza cuando establece que será amparada la pérdida de capacidad laboral superior al 50%, pues este porcentaje se refiere al Manual Único de Calificación de Invalidez del Decreto 1507 de 2014, cuando su caso fue calificado bajo el Decreto 1076 de 2000, Manual de las Fuerzas Militares que no cumple con los requisitos de la póliza.

Las excepciones de mérito fueron puestas en conocimiento del demandante, y su apoderado judicial recorrió el traslado indicando que deben denegarse (PDF 032 y 033, Cd. Primera Instancia). Dijo, en síntesis, que la calificación realizada por la Junta Médica Laboral es prueba de la existencia del siniestro, y que, de acuerdo a lo establecido por la Corte Suprema de Justicia, el porcentaje dado a la pérdida de capacidad laboral (60.98%) corresponde a un carácter permanente total para todos los sectores de los trabajadores sean particulares, oficiales, funcionarios públicos o miembros de las fuerzas militares.

El Funcionario Administrativo con funciones jurisdiccionales señaló fecha para la audiencia inicial (PDF 037, Cd. Primera Instancia), sin embargo, el día señalado y previo a agotar las etapas del caso, decidió vincular al BANCO CAJA SOCIAL BCSC S.A. en calidad de litisconsorte necesario de la parte demandada (PDF 054, Cd. Primera Instancia).

El Banco Caja Social acudió al trámite a través de apoderado judicial, quien formuló las siguientes excepciones de mérito, en resumen:

(1) *“FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA DEL DEMANDANTE”*. Lo anterior, bajo el argumento de que el demandante no es beneficiario de la póliza en controversia, pues el único con dicha calidad es el Banco

Caja Social, siendo entonces el Banco a quien le asiste el derecho de reclamar la afectación del seguro, máxime cuando es éste quien sufre las consecuencias patrimoniales derivadas del hecho de que el deudor no siga pagando las cuotas del crédito.

(2) “*FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DEL BANCO CAJA SOCIAL SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA*”. Basado en que, teniendo en cuenta las pretensiones de la demanda, a quien le corresponde afectar la póliza y pagar el valor asegurado es a COLMENA SEGUROS, y no al Banco vinculado con la demanda.

(3) “*CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE INFORMACIÓN DEL BANCO CAJA SOCIAL*”. Se opuso a lo afirmado por el demandante sobre el particular e indicó que esa entidad bancaria cumplió a cabalidad el deber de información que le asiste en el ofrecimiento del seguro al usuario (Estatuto Orgánico del Sistema financiero, art. 184), sin que exista probada ninguna conducta reprochable del Banco que dé lugar a imputarle algún tipo de responsabilidad. Agregando, que el funcionario del Banco que ofrece la póliza de seguro explica al cliente de manera clara, completa, verás y comprensible el alcance del mismo, lo que sucedió en el plenario, tanto así que el demandante diligenció las casillas de la solicitud del seguro, respondió el cuestionario de la declaración de asegurabilidad y firmó sin dejar ninguna clase de salvedad.

Aunado al hecho que, en el anverso de la solicitud se encuentran descritas de manera clara, entre otras cosas, las condiciones del seguro y las consecuencias de omitir el verdadero estado del riesgo, que fueron validadas con la firma del actor, y si la asesora diligenció la solicitud de seguro y del crédito fue siguiendo las instrucciones del demandante y con información que éste mismo le suministró.

(4) “*INCUMPLIMIENTO DE LOS DEBERES DEL CONSUMIDOR FINANCIERO POR PARTE DEL DEMANDANTE*”. Mencionó, que el artículo 6° de la Ley 1328 de 2009 impone mínimas cargas al consumidor financiero, sin perjuicio de las obligaciones especiales de cada contrato, con el fin de servir como prácticas propias de protección de los productos que adquiere con las entidades financieras. Frente a esto el demandante no actuó con observancia de dichas medidas de protección, pues no se informó, ni revisó los términos y condiciones de la solicitud de seguro, ni al parecer dijo su verdadero estado de salud que era de su exclusivo conocimiento. No pudiendo malentender o confundir los términos y condiciones del contrato, y si presentaba alguna inquietud debió preguntarla, pero, contrario a eso, firmó la solicitud aceptando su contenido.

Con base en lo anterior, adujo que tampoco es procedente que el demandante alegue en su favor su propia culpa, pretendiendo endilgar responsabilidad al Banco Caja Social.

(5) “DESCONOCIMIENTO DEL DEMANDANTE DE SUS PROPIOS ACTOS-TEORÍA DE LOS ACTOS PROPIOS”. Dijo que el demandante actúa en contra de sus propios actos cuando en el mes de abril de 2018 leyó, diligenció y respondió la declaración de asegurabilidad, y posteriormente firmó la solicitud de seguro sin dejar algún tipo de salvedad. Mencionando, que a la luz de la buena fe no es aceptable que una parte genere en la otra una confianza y una expectativa legítima en razón a una actuación relevante y concreta como la celebración de un contrato, y que, posteriormente realice una conducta contradictoria y lesiva del entendimiento que ha generado a su contraparte.

(6) “AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL BANCO CAJA SOCIAL POR LA NEGATIVA DE COLMENA SEGUROS DE AFECTAR EL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL DE COLMENA”. Lo anterior, porque no encuentra norma alguna que indique que el beneficiario de un seguro tiene alguna responsabilidad u obligación derivada de la objeción que presenta la aseguradora frente a una reclamación, y en caso de que prosperen las pretensiones de la demanda, cualquier pago o indemnización no corresponde al Banco, sino, a la aseguradora COLMENA SEGUROS.

(7) “INEXISTENCIA DE FUNDAMENTO LEGAL QUE EXONERE AL DEUDOR DE PAGAR EL CRÉDITO DE LIBRANZA NÚMERO 30019121166 Y SANCIONE AL BANCO CAJA SOCIAL”. En síntesis, hace un relato sobre la normatividad aplicable al contrato de seguro, en específico sobre la buena fe y la reticencia, recabando, que, el Banco Caja Social cumplió con sus obligaciones legales, y que no existe nexo causal entre el supuesto incumplimiento del deber de información del Banco y la prueba del siniestro, así como tampoco norma sustancial alguna que impida al demandante cumplir con la obligación dineraria que tiene con el Banco.

(8) “IMPROCEDENCIA DEL COBRO DE INTERESES MORATORIOS A CARGO DEL BANCO CAJA SOCIAL”. Considera improcedente la pretensión de la demanda de condenar al Banco al pago de intereses moratorios, pues para que exista tal obligación es necesario que a quien se pidan sea deudor de una pretensión, que exista un retardo injustificado en el cumplimiento de una prestación y que sea constituido en mora el deudor, requisitos que se presentan en el expediente respecto del Banco, todo lo contrario, es el demandante quien es deudor del Banco en virtud de un crédito de libranza en favor de la entidad.

(9) *“IMPROCEDENCIA DEL PAGO DE PRESTACIONES, INDEMNIZACIONES Y DEMÁS EMOLUMENTOS QUE RECLAMA EL DEMANDANTE”*. Dijo que el demandante pretende el pago de *“prestaciones, indemnizaciones y demás emolumentos”*, sin que precise el valor de los conceptos, lo que muestra que no son más que meras solicitudes subjetivas que carecen de rigor y soporte probatorio, de lo que concluye que en el proceso no se ha probado ni cuantificado el daño.

(10) *“EL REGIMEN SANCIONATORIO DE LA LEY 1328 DE 2009 NO ES APLICABLE”*. Arguyó que la Superintendencia Financiera no tiene competencia para imponer sanciones administrativas al Banco con este proceso, pues para eso debe agotar previamente un debido proceso administrativo sancionatorio, en todo caso, señala que el Banco ha sido cumplidor de sus deberes legales y contractuales, incluso del deber de información ante el consumidor.

(11) *“OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO”*. Bajo el argumento que, aunque no está incluido en las pretensiones de la demanda, el actor sí busca posteriormente la devolución de las cuotas canceladas, pero desatiende el deber que le impone el artículo 206 del C.G.P. al fundamentar las razones de la estimación.

El demandante guardó silencio ante estos nuevos medios exceptivos, aun cuando la Superintendencia dio cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 370 del C.G.P. (PDF 065. Cd. Primera Instancia).

#### **1.4. Audiencias Inicial y de Instrucción y Juzgamiento.**

El Funcionario Administrativo con Funciones Jurisdiccionales señaló nueva fecha para la audiencia inicial (PDF 067 y 076, Cd. Primera Instancia) y agotó las etapas de conciliación (siendo infructuosa), fijación del litigio, decreto de pruebas y demás propias del artículo 372 del C.G.P. (PDF 092, VIDEOS 093 a 094, Cd. 1 Primera Instancia).

En la audiencia de instrucción y juzgamiento del artículo 373 del C.G.P., se declaró precluida la etapa probatoria, se recibieron los alegatos de conclusión y se dictó la respectiva sentencia, declarando:

**(1)** No probadas las excepciones propuestas por BANCO CAJA SOCIAL denominadas: *“CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE INFORMACIÓN DEL BANCO CAJA SOCIAL”*, *“FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DEL BANCO CAJA SOCIAL SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA”* y *“FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA DEL DEMANDANTE”*.

Las dos primeras citadas, al encontrar que, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1328 de 2009 (vigente para la fecha del contrato), en el artículo 38 de la Ley 157 de 1887, y en la Ley 1480 de 2011, si bien el demandante celebró dos contratos diferentes con el Banco Caja Social y Colmena Seguros, para cada una de las entidades devienen obligaciones de cara al Estatuto del Consumidor Financiero, como son la debida diligencia e información que deben cumplirse en toda la relación contractual desde el ofrecimiento del producto. La tercera excepción, porque el demandante elevó reclamación con el fin de afectar la póliza en favor de su beneficiario Banco Caja Social, sumado a que, el artículo 1080 del Código de Comercio no solo faculta al beneficiario para elevar la reclamación, sino también a su beneficiario, calidad esta última que tiene el actor.

**(2)** Probadas de oficio las excepciones de *“AUSENCIA DE CONFIGURACIÓN DE LOS ELEMENTOS PARA ENDILGAR RESPONSABILIDAD A LA ENTIDAD FINANCIERA DEMANDADA”* e *“INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR POR FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA”*.

Con apoyo en el inciso segundo del artículo 1073 del C. de Comercio, señaló el a quo que el siniestro que se pretende afectar con la póliza no ocurrió dentro de la vigencia del contrato de seguro, esto comoquiera que la incapacidad fue alcanzada por el demandante el día 29 de marzo de 2016, mientras que, la póliza comenzó su vigencia solo hasta el 30 de abril de 2018.

Para el efecto, si bien se aportó un Acta de Junta Médica de fecha 27 de septiembre de 2019, lo que advierte el a quo es que el proceso de calificación del demandante se fue incrementando de manera continua y complementaria, así: comenzó el 9 de enero 2008 con una calificación del 10.5%; el 6 de febrero de 2009 se aumentó en un 8.5% más; y el 29 de marzo de 2016, se sumó un 38.39%, para completar en esta última fecha un total del 57.31%.

Así concluyó que faltaría uno de los elementos esenciales del contrato de seguro que es el riesgo asegurado, resaltando que esto no implica la inexistencia del contrato, ya que el mismo no solo ampara las incapacidades, sino también la vida del asegurado, continuando vigente solo contra este último riesgo citado.

Finalizó precisando que la negativa de la cobertura no se dio por falta del deber de información por parte del Banco Caja Social, sino, porque el riesgo no se configuró dentro de la vigencia de la póliza de seguro, no siendo del caso endilgarle responsabilidad alguna a la entidad sobre el particular.

(3) Negar las pretensiones de la demanda (VIDEOS 108 y 109, Cd. 1, Primera Instancia)

### **1.5. Recurso de Apelación.**

Contra la sentencia, el apoderado judicial de la parte actora interpuso recurso de apelación, siendo concedido por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia en el efecto devolutivo (VIDEO 108 y PDF 110, Cd. 1, Primera Instancia).

### **1.6. Trámite ante la Segunda Instancia.**

Luego de aceptarse el impedimento invocado por el Juzgado Cuarenta Civil del Circuito de Bogotá D.C. (C.G.P., art. 141, causal 2°), se admitió el recurso de alzada en el efecto suspensivo (PDF 01 a 06, CD, Segunda Instancia Juzgado 41 Civil Circuito). Posteriormente, se concedió el término de sustentación de que trata el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022 (PDF 104, mismo cuaderno), y la parte demandante sustentó su recurso de apelación.

Sostuvo el apelante, que el a quo incurrió en indebida valoración de las pruebas allegadas al proceso, sin indicar las razones que lo llevaron a ello. Adujo, que COLMENA SEGUROS S.A. no cumplió con el deber de “confirmación” al momento de suscribirse la póliza de seguro de vida, realizando un examen exhaustivo de la historia clínica del demandante para establecer su real condición de salud, omisión que no le permitía objetar el siniestro alegando presunta reticencia. Añadiendo que, tampoco probó los requisitos establecidos por la Corte Constitucional sobre el particular en varias sentencias, que son la mala fe del asegurado al momento de la firma; nexo de causalidad entre la pre-existencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro.

A juicio del recurrente, el a quo premió con su sentencia la falta de diligencia de COLMENA SEGUROS S.A., y para soportarlo, en síntesis, explicó la naturaleza jurídica del contrato de seguro y la diferencia entre pre-existencia y reticencia e inexactitud, como conceptos objetivo y subjetivo, respectivamente; la incidencia de lo anterior frente a la situación médica del asegurado y la calificación otorgada el 27 de septiembre de 2019 por la Junta Médica Laboral Dirección de Sanidad del Ejército Nacional, que determinó una pérdida de Capacidad Laboral en un 60.98%, recordando que la póliza alegada corresponde a un contrato de adhesión, pues inicialmente fue adquirida con el crédito bancario realizado en el año 2016, pero posteriormente se suscribió en los años 2017 y 2018 ya que el préstamo fue objeto

de refinanciación; y, señalando que la objeción de la aseguradora ante la reclamación, carece de sustento fáctico y jurídico, además porque la Corte Suprema de Justicia ha indicado que la calificación mayor a 50% constituye una pérdida laboral total y permanente aplicable a todos los regímenes de carácter laboral.

Finalmente, arguyó que al momento de suscripción de la póliza no existe cláusula alguna donde se estipule el grado mínimo o máximo de la pérdida de capacidad laboral del tomador, y como su poderdante fue miembro de las Fuerzas Militares, lo aplicable es el régimen especial de la Ley 923 de 2004, el Decreto 1796 de 2000 y el Decreto 4433 de 2004 (PDF 110, Cd. Primera Instancia/PDF 12, CD, Segunda Instancia Juzgado 41 Civil Circuito).

El apoderado de COLMENA SEGURO DE VIDA S.A., ante el Juzgado que inicialmente asumió la apelación pero luego se declaró impedido, indicó que ninguno de los reparos del apelante ataca lo medular de la sentencia de primera instancia, que es la inexistencia de la obligación, razón suficiente para confirmarse el fallo impugnado comoquiera que la competencia de la segunda instancia se restringe a las inconformidades formuladas por el recurso de apelación. Sin embargo, señaló que el artículo 1058 del Código de Comercio no establece que se deba demostrar la mala fe del asegurado al momento de la suscripción de la póliza para declarar la nulidad relativa del contrato, y de probarse, esto se logra paralelamente con la demostración de la reticencia o inexactitud, así como tampoco establecer relación de causalidad entre las enfermedades omitidas, pues con la reticencia se vicia el consentimiento de la aseguradora, siendo consecuente la nulidad relativa.

A lo anterior sumó, que seguir con la tesis del demandante implicaría desconocer el principio de ubérrima buena fe que rige el contrato de seguro; incentivaría que no se declare sinceramente el riesgo bajo la condición de que al asegurador le corresponde verificar la información otorgada; y que ningún “*juzgado serio y correcto*” puede aceptar el planteamiento, ya que conllevaría a un abuso del derecho e inseguridad jurídica hacia las aseguradoras (PDF 16, CD, Segunda Instancia Juzgado 40 Civil Circuito).

## **II. CONSIDERACIONES**

### **2.1. Presupuestos Procesales**

Se verifica su cumplimiento en el sub-lite para la validez de la actuación, en específico, competencia, capacidad para comparecer y ser parte de los sujetos en

contienda; tampoco se advierte irregularidad alguna que vicie lo surtido, pues se cumple la normatividad establecida para este tipo de asuntos.

## 2.2. Problema Jurídico y solución del caso en concreto

Corresponde al Despacho establecer si hay lugar a revocar o mantener la sentencia de primera instancia proferida el 13 de agosto de 2021, por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia.

De entrada se advierte que la sentencia habrá de confirmarse, pues el ad quem no tiene competencia para resolver los reparos del demandante ni los argumentos de la sustentación. Lo anterior, ya que al revisarlos a la luz de los artículos 320<sup>1</sup> y 328<sup>2</sup> del C.G.P., se observa que son incongruentes de cara a las razones que sirvieron para negar las pretensiones del demandante en primera instancia.

Al respecto, explica el tratadista doctor Henry Sanabria Santos<sup>3</sup>, que:

*“Como se observa, el recurso de apelación busca que el superior jerárquico sea quien revise y examine la decisión apelada. Pero no es una revisión integral, sino limitada a aquellos aspectos concretos de inconformidad que el recurrente ha indicado en la forma y oportunidad previstas en la ley. Eso implica que, por regla general, la revisión que hace el juez de segunda instancia no es omnicomprendensiva y, por ende, no se analizan los aspectos de la providencia recurrida, sino aquellos puntos concretos que el recurrente ha indicado como equivocados.*

...  
*La extensión de la impugnación marca, entonces, la extensión de la decisión de la segunda instancia, de suerte que aquellas determinaciones y aspectos de la providencia recurrida que no se señalan expresamente como materia de inconformidad no podrán ser abordados por el superior.*

...  
*El superior se pronuncia, entonces, respecto de lo que el recurrente ha atacado de la providencia, de suerte que sobre este gravita la carga de controvertir aquellos puntos de la decisión que desea sean revisado en sede de apelación”<sup>4</sup>.*

Nótese, que luego de analizar las pruebas allegadas por las partes, el a quo determinó que la póliza No. 1230201 del 25 de abril de 2018 no produjo efectos jurídicos frente al riesgo de Incapacidad Total y Permanente, por falta de uno de sus requisitos esenciales<sup>5</sup>, al encontrar que el porcentaje exigido para la pérdida de

---

<sup>1</sup> “Fines de la apelación. El recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, para que el superior revoque o reforme la decisión”.

<sup>2</sup> “Competencia del Superior. El juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley”.

<sup>3</sup> Sanabria Santos, Henry. Derecho Procesal Civil General (2021). Editorial Universidad Externado de Colombia, Págs. 676 y 677.

<sup>4</sup> Sanabria Santos, Henry. Derecho Procesal Civil General (2021). Editorial Universidad Externado de Colombia, Pág. 704.

<sup>5</sup> Código de Comercio, artículo 1045, num. 2°, “riesgo asegurable”.

capacidad laboral del asegurado se dictaminó desde el año 2016, esto es, antes de la vigencia del respectivo contrato de seguro, zanjando así la controversia planteada por el accionante.

Sin embargo, el recurrente nada dijo sobre el particular, y centró su discurso en que la aseguradora no acreditó el cumplimiento de los requisitos establecidos por la Corte Constitucional para la configurar la reticencia; que incumplió con su deber de comprobación de la información dada por el asegurado al diligenciar las condiciones de asegurabilidad; explicó la definición de pre-existencia y señaló que en la póliza no existe cláusula que estipule el grado mínimo o máximo de la pérdida de capacidad laboral del tomador; y finalizó resaltando que su poderdante fue miembro de las Fuerzas Militares, por lo que es aplicable el régimen de la Ley 923 de 2004, el Decreto 1796 de 2000 y el Decreto 4433 de 2004.

Es decir, el recurrente no dedujo en debida forma la motivación de la sentencia de primera instancia y partió de la existencia de un contrato, premisa equivocada que ocasionó el desatino de sus argumentos de apelación, pues previo a edificar las consecuencias que explicó, lo que debió hacer fue atacar las consideraciones del a quo que lo llevaron a desconocer la convención.

Tampoco puede entenderse del escrito asunto contrario, pues el apelante solo se dirigió a controvertir la reticencia como aspecto primario, pero nada dijo sobre las circunstancias fácticas o jurídicas por las cuales no debe acogerse la calificación del año 2016 como riesgo relevante (como lo hizo el a quo), ni sobre la inexistencia o existencia del requisito esencial de “*riesgo asegurable*”, solo insistió sin mayor explicación en que la calificación ocurrió el 27 de septiembre de 2019, dejando sin objeto el recurso de apelación.

Sobre el principio de incongruencia del artículo 281 del C.G.P.<sup>6</sup>, en materia de recursos de apelación, ponderó la Corte Suprema de Justicia<sup>7</sup> que:

*“Otra modalidad de incongruencia corresponde al exceso en que incurre el funcionario judicial de segunda instancia al decidir el recurso de apelación desbordando los temas objeto de la alzada.*

*Ciertamente, se trata de la aplicación del principio tantum devolutum quantum appellatum consagrado en el artículo 357 del Código de Procedimiento Civil, hoy 328 del Código General del Proceso, a cuyo tenor «la apelación se entiende interpuesta en lo desfavorable al apelante, y por lo tanto el superior no podrá enmendar la providencia en la parte que no fue objeto del recurso, salvo que en razón de la*

<sup>6</sup> “CONGRUENCIAS. La sentencia deberá estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda y en las demás oportunidades que este código contempla y con las excepciones que aparezcan probadas y hubieren sido alegadas si así lo exige la ley”.

<sup>7</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC391S-2021 del 8 de septiembre de 2021, dentro del Expediente 11001-31-03-033-2008-00106-01.

reforma fuere indispensable hacer modificaciones sobre puntos íntimamente relacionados con aquélla.»

Entonces, las facultades del funcionario que conoce de la impugnación interpuesta por un apelante único están restringidas a las recriminaciones exteriorizadas por este, lo cual corresponde al desarrollo del principio de congruencia, en tanto al fallador de segunda instancia le está vedado manifestarse sobre asuntos no propuestos ante él.

Sobre esto la Sala razonó que:

«Esta limitación es la expresión de un principio general del derecho procesal, según el cual el juez que conoce de un recurso está circunscrito a lo que es materia de agravios, dado que no está facultado para despojar al apelante único del derecho material que le fue reconocido en la providencia recurrida, y que fue aceptado por la contraparte que no impugnó un extremo del litigio que le desfavoreció. De este modo, lo que no es materia de impugnación se tiene como consentido, sea beneficioso o perjudicial, por lo que la alzada (y de hecho, cualquier recurso) se resuelve en la medida de los agravios expresados.» (CSJ SC4415 de 2016, rad. 2012- 02126).

En la misma providencia esta Corporación concluyó que:

«Luego, la incongruencia no se presenta solo cuando existe una disonancia entre lo invocado en las pretensiones de la demanda y lo fallado, sino que también se patentiza cuando la sentencia no armoniza con lo pedido en la sustentación del recurso (pretensión impugnativa), que indudablemente corresponde a una invocación del derecho sustancial controvertido.» Subraya fuera del texto original.

Así las cosas, como el recurrente no debatió los fundamentos puntuales del a quo, guardando silencio como si no fueran trascendentes para su impugnación, se entiende que no elevó ningún reparo contra la sentencia de primera instancia, surgiendo improcedente que este Juzgado se pronuncie más allá de los aspectos argüidos, ya que hacerlo implicaría no solo desbordar las competencias señaladas por el artículo 328 del C.G.P., sino, además, desconocer el principio de congruencia establecido en el artículo 281 que se extiende a la sustentación del recurso de apelación.

Menos aún se advierte en el plenario, que la cuestión pueda ser analizada de oficio por este Despacho Judicial, pues cuando el artículo 328 del C.G.P. permite al ad quem adoptar este tipo de decisiones conforme a los casos previstos en la ley, no se refiere a subsanar la omisión de la carga del apelante de señalar sus puntos de impugnación, sino, a las circunstancias relativas al artículo 282 del C.G.P.<sup>8</sup>; al estudio de los presupuestos axiológicos y procesales de la acción; y las posibles nulidades de los artículos 16, 134 y 137 del C.G.P.

Con todo, aunque el recurso de apelación fue interpuesto oportunamente y tramitado como lo dictan los artículos 325 y 327 del C.G.P., resulta inocultable que el escrito no compensó la final sustancial que le corresponde, dejando sin bases a este

---

<sup>8</sup> «RESOLUCIÓN SOBRE EXCEPCIONES. En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda».

Despacho Judicial para poder resolver sobre el mismo, no quedando otra vía que despacharlo de manera desfavorable para los intereses del recurrente.

### III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto el Juzgado Cuarenta y Uno Civil del Circuito de Bogotá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley;

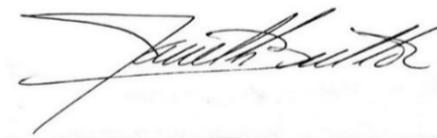
### RESUELVE

**PRIMERO.** CONFIRMAR la sentencia de primera instancia proferida el 13 de agosto de 2021 por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, por las razones contenidas en el cuerpo de esta providencia.

**SEGUNDO.** CONDENAR EN COSTAS en esta instancia a la parte recurrente, fijándose como agencias en derecho la suma de \$1.300.000,00, para que sean liquidadas en la Primera Instancia.

**TERCERO.** DEVUÉLVASE el expediente digital a la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, para lo de su cargo.

### NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE



**JANETH JAZMINA BRITTO RIVERO**

**Juez**