

Señores:

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
SALA CIVIL – FAMILIA – LABORAL
MAGISTRADO PONENTE: ÓSCAR MARINO HOYOS GONZÁLEZ
E. S. D.

Ref.: EJECUTIVO SINGULAR
DEMANDANTE: CLAUDIA PATRICIA CUJIA RONDÓN
DEMANDADO: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
RADICACION: 20001-31-03-003-2017-00247-01

DANIEL GERALDINO GARCIA, mayor de edad, vecino y domiciliado en la ciudad de Barranquilla, identificado con cedula de ciudadanía No. 72.008.654, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N.º 120.523 del C.S.J, apoderado judicial debidamente constituido de la compañía **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, de conformidad con el poder obrante en el paginario, dentro del término procesal correspondiente y de conformidad con lo establecido con artículo 322 y 323 del CGP., me permito **SUSTENTAR LOS REPAROS Y COMPLEMENTO SOBRE EL RECURSO DE APELACIÓN** invocado en contra de la sentencia dictada el día 31 de octubre de 2018 por el Juzgado Tercero Civil del Circuito en Oralidad de Valledupar, bajo los siguientes términos:

I. PROCEDENCIA DEL RECURSO

Establecen el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022 lo siguiente:

“(…) Artículo 12. APELACIÓN DE SENTENCIAS EN MATERIA CIVIL Y FAMILIA.

El recurso de apelación contra sentencia en los procesos civiles y de familia, se tramitará así:

Sin perjuicio de la facultad oficiosa de decretar pruebas, dentro del término de ejecutoria del auto que admite la apelación, las partes podrán pedir la práctica de 'pruebas y el juez las decretará únicamente en los casos señalados en el artículo 327 del Código General del Proceso. El juez se pronunciará dentro de los cinco (5) días siguientes:

Ejecutoriado el auto que admite el recurso o el que niega la solicitud de pruebas, el apelante deberá sustentar el recurso a más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes. De la sustentación se correrá traslado a la parte contraria por el término de cinco (5) días. Vencido el término de traslado se proferirá sentencia escrita que se notificará por estado. Si no se sustenta oportunamente el recurso, se declarará desierto. Si se decretan pruebas, el juez fijará fecha y hora para la realización de la audiencia en la que se practicaran, se escucharan alegatos y se dictará sentencia. La sentencia se dictará en los términos establecidos en el Código General del Proceso. (...)”.

II. ANTECEDENTES FACTICOS

1. Mediante sentencia de fecha 31 de Octubre de 2018, el Juzgado Tercero Civil del Circuito en Oralidad de Valledupar, profirió sentencia de primera instancia.

2. De conformidad con el anterior, el despacho profirió SENTENCIA en los siguientes términos:

PRIMERO: Declarar no probadas las excepciones propuestas que denomino la COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA SA de FALTA DE COBERTURA DEL SINIESTRO, y la segunda excepción denominada IMPOSIBILIDAD DE AFECTAR EL AMPARO CUYOS PAGOS SE RECLAMAN POR INEXISTENCIA DE OPORTUNIDAD PARA CONTROVERTIR DICTAMEN DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL PRACTICADOS A LA ASEGURADA, DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 1352 DE 2013, según lo manifestado en la parte motiva en esta providencia.

SEGUNDO: Seguir adelante la ejecución como se manifestó en el mandamiento de pago, por la suma de cincuenta millones de pesos (\$50.000.000.) con fundamento en la primera póliza No 0450153-9 y por la, suma de setenta millones de pesos (\$ 70.000.000) con fundamento en la segunda póliza No 0458709-1 por la, más los intereses de mora desde que se hizo exigible la obligación hasta que se cancele efectivamente, es decir por la suma de (\$120.000.000) CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS más los Intereses de mora desde que se hizo exigible la obligación hasta que se cancele efectivamente, más las costas y agencias en derecho.

TERCERO: Se fijan las agencias en el valor del 5% del valor que se ordena pagar tásense.

CUARTO: Practíquense la liquidación del crédito de conformidad con el art 446 del C.G.P.

QUINTO: Notifíquese por estrado de conformidad con el art 325 del C.P.C

SEXTO: En vista que se el apoderado judicial de la parte demandada presento recurso de apelación Conceder Apelación en el efecto Devolutivo antes el Superior Jerárquico ante la Sala Civil Familia del Tribunal Superior de Valledupar, por tanto, se enviara el expediente al Centro de Servicios para que se surta el reparto respectivo. Previo a que el apelante aporte copia de la totalidad del expediente para el trámite del recurso, con fundamento en los artículos 322 y 323 del C.G.P.

III. REPAROS CONCRETOS SOBRE LOS QUE VERSA EL RECURSO.

Se sustentan el recurso de apelación en contra de la sentencia proferida por el Juzgado Tercero Civil del Circuito en Oralidad de Valledupar, profirió sentencia de primera instancia, teniendo como reparos concretos y complementados, una errada motivación de la sentencia por una indebida aplicación del derecho sustancial y una completa orfandad probatoria de las consideraciones que ha hecho el fallador de primera instancia.

IV. DE LO QUE SE ENCONTRÓ PROBADO EN EL PROCESO DE PRIMERA INSTANCIA Y NO FUE ANALIZADO POR EL JUZGADO EL JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO EN ORALIDAD DE VALLEDUPAR.

De conformidad con las pruebas allegadas al proceso, se logró determinar lo siguiente:

-Se pudo demostrar que dentro del presente asunto que los diagnósticos que dieron origen a la perdida de la capacidad laboral de la señora CLAUDIA CUJIA RONDON son previos a la fecha ingreso como asegurado de las siguientes pólizas:

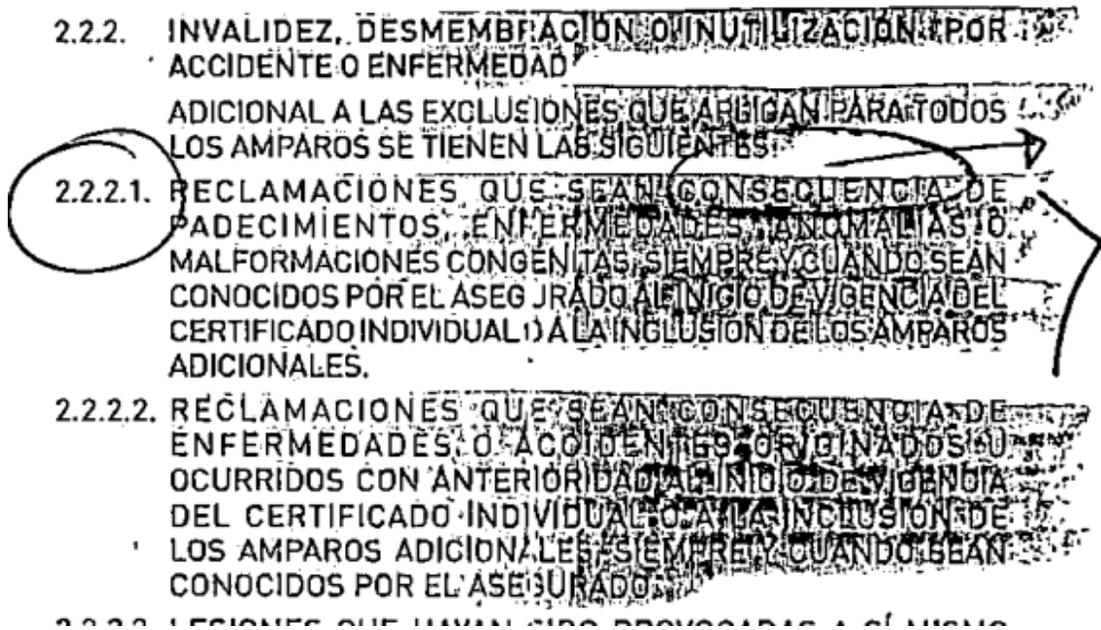
- Plan vida integral no contributivo No 0450153-9, con ingreso al grupo asegurado a partir del día 15 de Octubre de 2,002.
- Plan vida integral contributivo No 0458709-1, con ingreso al grupo asegurado a partir del día 15 de Febrero de 2.011.

Debido a que su historia clínica de la FUNDACION INSTITUTO DE LA SALUD MENTAL DEL CARIBE se encuentran los siguientes diagnósticos:

"(...) ANTECEDENTES PERSONALES: i) 23 de Octubre de 2.008: presentó CERVICALGIAS, adinamias, edemas e parparos, síntomas por los cuales consultó y estuvo en observación. hasta cuando le hicieron el diagnóstico de fatiga crónica (...)"

A su turno, el día 26 de Mayo de 2.009, el Dr. Disnaldo Perpiñán Ibarra, diagnostico a CLAUDIA CUJIA RONDON, mediante esófago- gastroscopia: hernia del hiato, esófago de Barret con gastropatía congestiva (...)

Dichas patologías CARECEN DE COBERTURA por encontrare EXPRESAMENTE EXCLUIDAS en las condiciones generales de la póliza en los numerales 2.2.2, 2.2.2.1 y 2.2.2.2.



Ya dentro de las EXCLUSIONES SE ENCUENTRA TAXITVO que NO CUBRE:

- 2.2.2.1. Reclamaciones que sean consecuencia de ENFERMEDADES o accidentes ORIGINADOS o OCURRIDOS con ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL o la inclusión de amparos

adicionales siempre y cuando SEAN CONONOCIDOS POR EL ASEGURADO.

Diagnósticos estos determinantes para la calificación de PCL de la señora CLAUDIA CUJIA RONDON, ya que COLPENSIONES en el Dictamen N.º 201619301TT de fecha 07 de Diciembre de 2016 y RATIFICADOS por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR, en dictamen N.º 6521 del 01 de marzo de 2017, tal como se observa a continuación:

DIAGNOSTICO.	DEFICIENCIA(S)/MOTIVO DE CALIFICACION/CONDICIONES DE SALUD.
M509 - TRANSTORNO DE DISCO CERVICAL, NO ESPECIFICADO	DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y LA PELVIS.
M 511 - TRANSTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS CON RADICULOPATIA.	DEFICIENCIAS DEL SISTEMA DIGESTIVO.

Por lo que es clara la INEXISTENCIA DE COBERTURA por EXCLUSION CONVENCIONAL DEL RIESGO, conforme a lo establecido en las condiciones generales de las pólizas de seguro de vida Plan vida integral no contributivo No 0450153-9 y Plan vida integral contributivo No 0458709-1, contenidas en el formato proforma No P - 02-83-277, para el AMPARO DE INVALIDEZ, DESMEMBRACION O INUTILIZACION POR ENFERMEDAD.

V. SUSTENTACIÓN DE LOS REPAROS SOBRE LOS CUALES VERSA EL RECURSO.

A). ERRADA MOTIVACIÓN DE LA SENTENCIA POR UNA INDEBIDA APLICACIÓN DEL DERECHO SUSTANCIAL.

Sea lo primero aclarar que el despacho emitió una sentencia bajo consideraciones separadas de la ley que rige el contrato de seguro que es el Código de Comercio, del libelo introductorio de nuestros alegatos se le explicó al despacho como premisa sustancial que para analizar las exclusiones debía tener en cuenta dentro del contrato de seguro:

- a). Quienes se consideran partes del contrato de seguro.
- b). el concepto de anexos y renovaciones que se le pueden hacer a una póliza.
- c). la capacidad que tienen las compañías aseguradoras de asumir o no ciertos riesgos.
- d). **Muy importante para el caso**, ante quien tiene obligaciones la aseguradora en virtud del contrato de seguro.

Para ello no se debe hacer mayor esfuerzo que remitirnos al mismo Código de Comercio que nos enseña lo siguiente:

ARTÍCULO 1037. <PARTES EN EL CONTRATO DE SEGURO>. Son partes del contrato de seguro:

1) El asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos, y

2) El tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.

ARTÍCULO 1046. <PRUEBA DEL CONTRATO DE SEGURO - PÓLIZA>. El contrato de seguro se probará por escrito o por confesión.

Con fines exclusivamente probatorios, el asegurador está obligado a entregar en su original, al tomador, dentro de los quince días siguientes a la fecha de su celebración el documento contentivo del contrato de seguro, el cual se denomina póliza, el que deberá redactarse en castellano y firmarse por el asegurador.

La Superintendencia Bancaria señalará los ramos y la clase de contratos que se redacten en idioma extranjero.

ARTÍCULO 1047. <CONDICIONES DE LA PÓLIZA>. La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato:

- 1) La razón o denominación social del asegurador;
- 2) El nombre del tomador;
- 3) Los nombres del asegurado y del beneficiario o la forma de identificarlos, si fueren distintos del tomador;
- 4) La calidad en que actúe el tomador del seguro;
- 5) La identificación precisa de la cosa o persona con respecto a las cuales se contrata el seguro;
- 6) La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras;
- 7) La suma aseguradora o el modo de precisarla;
- 8) La prima o el modo de calcularla y la forma de su pago;
- 9) Los riesgos que el asegurador toma su cargo;
- 10) La fecha en que se extiende y la firma del asegurador, y
- 11) Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes.

ARTÍCULO 1048. <DOCUMENTOS ADICIONALES QUE HACEN PARTE DE LA PÓLIZA>. Hacen parte de la póliza:

- 1) La solicitud de seguro firmada por el tomador, y
- 2) Los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

PARÁGRAFO. El tomador podrá en cualquier tiempo exigir que, a su costa, el asegurador le dé copia debidamente autorizada de la solicitud y de sus anexos, así como de los documentos que den fe de la inspección del riesgo.

ARTÍCULO 1049. <ANEXOS Y RENOVACIONES>. Los anexos deberán indicar la identidad precisa de la póliza a que acceden. Las renovaciones contendrán, además el término de ampliación de vigencia del contrato. En caso contrario, se entenderá que la ampliación se ha hecho por un término igual al del contrato original.

ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.

Dadas las premisas sustanciales, debemos partir de la noción normativa de quienes son las partes del contrato de seguro, tenemos que el artículo 1037 nos lo explica: <PARTES EN EL CONTRATO DE SEGURO>. Son partes del contrato de seguro: El asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos, y 2) El tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.

*El mismo código dispone a quienes estaría obligada la compañía aseguradora en entregar copia de la póliza y tenemos que el artículo 1046 explica que se estaría obligado a entregarlo al TOMADOR: <PRUEBA DEL CONTRATO DE SEGURO - PÓLIZA>. El contrato de seguro se probará por escrito o por confesión. **Con fines exclusivamente probatorios, el asegurador está obligado a entregar en su original, al tomador, dentro de los quince días siguientes a la fecha de su celebración el documento contentivo del contrato de seguro, el cual se denomina póliza, el que deberá redactarse en castellano y firmarse por el asegurador. (...).***

*Conforme lo anterior, está probado que quien negocia las condiciones en las que se ejecutará el contrato de seguro es entre el **tomador y asegurador** mas no entre el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO.*

*En ese orden de ideas, vemos que el Despacho también desconoció que las excepciones de mérito que proponga la Compañía Aseguradora en el marco de un proceso ejecutivo NO se limitan a las que contemple el Código General del Proceso en específico sino que por el contrario al tratarse de un ejecutivo emanado de una presunta objeción contestada supuestamente fuera del término contemplado en el Artículo 1053 del Código de Comercio, PROVOCA que el contrato de seguro, esto es, la póliza bajo estudio, se convierta en un **TÍTULO EJECUTIVO COMPLEJO** pues comprende además de la póliza todos aquellos documentos anexos como condicionado general particular y certificados anexos de modificación, cancelación o renovación del contrato.*

Por ello debe tener presente el Ad-quem que contrario al huérfano análisis del juzgado de primera instancia en tal sentido es pertinente que tenga en cuenta que el contrato de seguro es entendido dentro del derecho sustancial y la doctrina como un título ejecutivo complejo, es decir, que para que jurídicamente produzca efectos interpartes se debe acudir a los documentos que del mismo emanen o dependa para su nacimiento a la vida jurídica. Bajo esa tesis las compañías aseguradoras al presentar sus medios de defensa en un proceso ejecutivo que se deriva de un contrato de seguro, gozan de libertad para sustanciar con los medios exceptivos diversos, sin estar atados a la obligación de proponer excepciones decantadas en el artículo 442 del Código General del Proceso.

*Enunciado lo anterior es menester hacer referencia a un caso similar que se debatió en el circuito judicial de Valledupar en el cual el **H. Tribunal Sala Civil-Familia-Laboral del Distrito Judicial de Valledupar ha sentado la siguiente postura sobre la libertad de proposición de medios exceptivos cuando se está en debate un proceso ejecutivo derivado de un contrato de seguro:***

*“(...) de acuerdo a lo así expuesto por los juzgadores accionados, es evidente que las decisiones cuestionadas por esta vía incurrir en un defecto material o sustantivo, toda vez que no esgrimen norma procesal que de manera clara y contundente restrinja el derecho del ejecutado a formular excepciones de mérito cuando el título ejecutivo lo constituye la póliza de seguros y que haya sido el fundamento para abstenerse de estudiar de fondo la excepción de **“INEXISTENCIA DE COBERTURA POR EXCLUSIÓN CONVENCIONAL DEL RIESGO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN***

LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO No. 1004433-8, EXPEDIDA POR SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.” pues si bien el inciso tercero (3º) del Código de Comercio que prevé que la póliza de seguro presta mérito ejecutivo por sí sola contra la aseguradora cuando no se objeta en término la reclamación, no quiere decir ello que el silencio constituye una aceptación incontrovertible y que le queda vedado ejercer su derecho de defensa, proponiendo las excepciones de mérito que estime convenientes (...)”

*Esta postura también ha sido estudiada por la **H. Corte Suprema de Justicia en la apelación a sentencia de Tutela No. 20001- 22-14-003-2019-00115-01 (Radicado interno STC12236-2019), de conocimiento del Magistrado, Dr. Ariel Salazar Ramírez, despacho que emitió sentencia de la cual se extraen las siguientes consideraciones:***

“(...) Del análisis de los hechos expuestos en la solicitud de protección, deviene con claridad la conclusión de que las autoridades judiciales accionadas, incurrieron en una de las causales de procedibilidad de la acción de tutela, ante la evidente transgresión de derechos fundamentales, por lo que imperiosa se torna la intervención del juez constitucional.

(...) ...

(...) Así las cosas, es preciso afirmar, que si bien la omisión por parte de la empresa aseguradora de presentar los reparos ante la reclamación del beneficiario, dentro del término establecido por la norma ibídem, da lugar a la ejecución y convierte la póliza en título, para que con aquel se libre mandamiento de pago; la compañía convocada está facultada para formular las excepciones de fondo que considere necesarias, según de manera general lo consagra el canon 442 de la norma procesal civil, pues el privilegio que establece la ley comercial, tendiente a la exigibilidad de la obligación del contrato de seguros, no puede operar de manera automática, cercenando el derecho de contradicción de la aseguradora.”

UNA ERRADA MOTIVACIÓN DE LA SENTENCIA POR UNA INDEBIDA APLICACIÓN DEL DERECHO SUSTANCIAL

Dentro de la motivación de la sentencia tenemos que el juzgador de primera instancia de manera equivocada realizó un análisis del artículo 1056 del código de comercio y le dio aplicación al 1058 del código de la misma normatividad; siendo que dentro del asunto que nos ocupa nos encontramos frente a un tema de EXCLUSION y NO de RETICENCIA.

Ya que el asegurador podrá a su arbitrio asumir uno o alguno de los riesgos a que estén expuestos el Interés o Cosa Asegurada, tal como lo contemplan el artículo 1056 del C. Co:

Art. 1056. _Asunción de riesgos. Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.

Situación a lo que no hizo referencia el fallador, por lo que las consideraciones realizadas por el despacho son confusas, por cuanto tiene claridad que este NO es un tema de Reticencia por Nulidad Relativa, pero invoca es el artículo 1058 del C. Co.

Por lo que un tema son las **EXCLUSIONES CONVECCIONALES DEL RIESGO** y otro tema es la **Nulidad Relativa del Contrato de Seguro**.

Erradas se encuentran las apreciaciones hechas por el Despacho ya que manifiesta que si la aseguradora no **OBJETA** dentro del Mes no tiene manera de defenderse, situación que no tiene asidero legal, ya que las consecuencias que tiene no objetar dentro del término están desarrolladas por la ley y la Doctrina y se circunscriben a estos eventos:

1. Inversión de la carga probatoria.
2. Los procesos ejecutivos no tienen recurso extraordinario de casación.

Por lo que mal haría el fallador en decir, como usted **NO** objeto no se puede defender, situación que no se encuentra fundamentada en la ley, situación que ocurrió dentro de este proceso.

Es por ello me permito solicitarle al Honorable Tribunal de Valledupar que de aplicación al precedente jurisprudencial que se ha desarrollado para este tipo de asuntos:

*“Es menester traer a colación a título de **PRECEDENTE JUDICIAL**, para que sirva de guía sustancial y procesal al Despacho y de contera sea aplicado al caso de marras, la sentencia emitida por el **JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL EN ORALIDAD DE VALLEDUPAR** el día **29 de agosto de 2019** en el proceso verbal declarativo identificado bajo el radicado N° **2019-333** cuyo Demandante fue **Fernando Baena Sáenz** y Demandada la compañía **Seguros de Vida Suramericana S.A.**, **sentencia que en la actualidad se encuentra en firme** a saber:*

“(…) Es claro para el despacho que entre la compañía de Seguros de Vida Suramericana S.A., y Prodeco se llevó a cabo un contrato de seguro de vida de grupo no contributivo con una prima anual por valor de \$ 1.169.705.893,00 con vigencia de un año, es decir del primero de febrero de 2013 el cual se prorrogaba de manera automática en todas sus partes por un término igual es decir, un año, en el cual hubo renovación comprendida entre el primero de diciembre de 2015 al primero de diciembre de 2016 donde se puso en conocimiento las condiciones particulares y entre ellas la exclusión de invalidez de desmembración o inutilización por accidente o enfermedad que fueran determinados como común constatándose que la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral del señor Fernando Baena Sáenz se causó dentro de la vigencia de la renovación de la póliza, valga entonces precisar que el amparo de incapacidad total y permanente determinado como común no estaba amparado en la póliza dentro del lapso de tiempo de su renovación hecho probado con el dictamen de pérdida de capacidad laboral del 52.14% el cual fue emitido por la junta de pérdida de capacidad laboral emitido por la junta de invalidez de fecha 25 de julio de 2017 obrante a folio 22 y 18 del expediente, con fecha de estructuración 17 de junio de 2016 donde se determinó Cervialgia lumbago no especificado, otros trastornos especificados de los discos intervertebrales síndrome de abducción dolorosa del hombro trastorno mixto de ansiedad y depresión como las patologías generadoras de la incapacidad que fueron de origen común ahora bien, respecto a la calificación de pérdida de capacidad laboral el señor Fernando Baena Sáenz presentó reclamación extrajudicial ante la compañía de seguros de vida suramericana la cual brindó respuesta el día 27 de septiembre de 2017 esa también la

podemos encontrar a folios 14 y 15 del expediente ahora bien, es menester realizar un estudio detallado de las normas que regulan la materia a fin de obtener claridad y certeza de su naturaleza alcance y características como primero determinar frente a la norma que es un contrato, el código civil en su artículo 1495 el contrato es un acto o convención por medio del cual una parte se obliga para con la otra dar, hacer o no hacer una cosa cada parte puede ser de una o muchas personas es decir el principio jurídico supremo del cual emana todo el derecho de las obligaciones convencionales, señala que la finalidad económico social del contrato lleva implícita el cumplimiento de las estipulaciones en él pactadas los contratos se celebran para cumplirse y por ello son ley para ambas partes éste axioma se encuentra determinado en el artículo 1602 del código civil a cuyo tenor los contratos son ley para las partes todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes y no puede ser invalidado sino con su sentimiento mutuo o por las causas legales en un sentido similar, el código de comercio define el contrato como un acuerdo de dos o más partes para constituir, regular o extinguir entre ellas una relación jurídica patrimonial, y a su vez el artículo 1036 al referirse al contrato de seguros según las características del contrato establece que el seguro es un contrato consensual bilateral oneroso aleatorio y de ejecución sucesiva por lo tanto al delimitar las características del contrato de seguros se tiene que esa bilateralidad presupone que lo será entre las partes del contrato, para el caso de marras el contrato de seguro grupo no contributivo celebrado entre la compañía de SEGUROS SURAMERICANA S.A. y PRODECO teniendo en cuenta el artículo 1037 ibídem que reza "(...) Son partes del contrato de seguro: 1) El asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos, y 2) El tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos (...)" es importante traer a esta audiencia el concepto del tomador que es aquella persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la póliza para asegurar un número determinado de personas vinculadas a aquel en virtud de una situación legal o reglamentaria o de una relación estable de la misma naturaleza cuyo vínculo tiene como propósito contratar el seguro de vida y quien será responsable al pago de la prima lo que supone entonces que las relaciones contractuales sobre las condiciones exclusiones y demás acuerdos que estas partes contraten, queda a su arbitrio y solo a éstas se exige que deban ponerse en conocimiento todo lo que ha bien consideren por todo lo anterior valdría la pena preguntarse, ¿Qué es una póliza de grupo? Es un contrato entre una compañía de seguros y una empresa o una organización establecida legalmente denominada tomador, ya expliqué el concepto de tomador, entonces este tomador es quien realiza la toma del seguro para proteger a las personas que tienen relaciones estables con la empresa o alguna organización es necesario aclarar, que el vínculo de éstas personas con el tomador no debió surgir con el único propósito de contratar el seguro de vida, en todo caso el tomador es el responsable por el pago de las primas en este contexto las personas que pueden ser asegurado son los empleados los socios, funcionarios o clientes, según sea el tipo de la organización y las familias de éstos en algunos casos, entre mayor sea el grupo asegurable se pueden obtener mejores coberturas y costos que las que se conseguirían si se toma una póliza de forma individual, ¿Qué modalidades de póliza se consigue en el mercado? Las modalidades de póliza de grupo pueden clasificarse con base en dos variables la voluntariedad o no de la adquisición del seguro por parte del asegurado y la definición del encargado de pagar la prima del seguro, según la voluntariedad o no en la adquisición del seguro, estas se llaman, seguros voluntarios que son aquellos en los

cuales el tomador de la opción de tomar o no el seguro a los integrantes del grupo seguros mandatorios, donde el tomador es quien decide otorgar el seguro a todos los miembros elegibles del seguro, es importante mencionar que el asegurado siempre debe conocer que tiene un seguro de vida y en todo caso debe dar su consentimiento por escrito para tener en cuenta las compañías de seguro tienen la potestad de no asegurar personas que por su estado de salud, su trabajo o por sus actividades no laborales estén expuestas a un alto riesgo de enfermedad o muerte, en el caso sea la muerte; respecto de quien paga la prima existen las siguientes modalidades de seguro póliza no contributiva como es el caso, bajo esta modalidad la totalidad de la prima es pagada por el tomador de la póliza, usualmente es un seguro mandatorio o de beneficio, el valor asegurado de estas pólizas en la mayoría de los casos está determinado por el tomador con relación al salario, el cargo o por acuerdo convencionales, se determina por ejemplo que el valor asegurado sea doce veces el salario o doce veces el valor de los aportes en el caso de cooperativas o fondos de empleados las pólizas contributivas, bajo ésta modalidad quienes conforman el grupo en calidad de asegurados pagan una parte o la totalidad de la prima de seguro aunque por ser una póliza de vida de grupo, es el tomador quien recauda los dineros para hacer el pago a la compañía de seguro, usualmente estos seguros de carácter voluntario aunque en algunos casos en los seguros mandatorios pueden existir participación del asegurado en el pago de la prima en éstos seguros, el valor asegurado normalmente está dado por planes determinados con anterioridad para facilitar el proceso de compra en donde el asegurado contrata libremente el plan más conveniente según su capacidad económica así las cosas es menester entrar a estudiar cuales fueron las condiciones en que fue pactado el debatido contrato de seguros y las cláusulas que lo rigen, a su vez las obligaciones de cada una de las partes, se tiene como probado dentro del plenario la póliza visible a folio 109 a 131 ésta póliza está identificada con el número 1004433-8 con vigencia del 1 de diciembre de 2015 al 1 de diciembre de 2016 donde efectivamente excluye la invalidez por pérdida de capacidad laboral que sean consecuencia directa o indirecta, en todo o en parte de las patologías osteomusculares o de trastornos mentales cuyo origen sea determinando como común a folio 120 está el informe de la renovación, las condiciones particulares de la póliza de vida grupo no contributivo n° 1004433-8 del día 7 de octubre de 2015; se va entendiendo entonces que el debatido pero existente contrato de seguro de grupo no contributivo firmado entre la compañía de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. y la compañía PRODECO, sí se regía por unas condiciones o principios contractuales principios que eran y son ley para las partes y que bajo este entendido debían ser cumplidas ya que en caso contrario o se está burlando el contrato frente a la celebración de uno completamente distinto, tienen claro el escenario de cómo y sobre se desarrollará el contrato se va analizar en primera medida la excepción denominada por el demandado como excepción de inexistencia de cobertura por exclusión convencional del riesgo de conformidad con lo establecido en las condiciones particulares de la póliza de seguro de vida grupo, 1004433-8 expedida por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., se hizo referencia en esta excepción a lo normado en el artículo 1056 del código de comercio asunción de riesgos "(...) Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado. (...)” cabe mencionar que de acuerdo al artículo 1048 los documentos que hacen parte de la póliza los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza por lo tanto al estar enterado el tomador, la renovación de la póliza, a la

responsabilidad de la póliza solo podría exigirse si la ocurrencia del siniestro estaba generada por las condiciones tratadas sobre éstas ya que dentro del ámbito de la libertad contractual que le asiste a las partes en el contrato de seguro, el asegurador tiene las facultades otorgada por el artículo 1056, puede bajo las restricciones legales asumir a su arbitrio todos o alguno de los riesgos a que están expuestos en el interés del asegurado, el patrimonio o la persona de la persona o del asegurado.

Y a su vez la Honorable Corte Constitucional ha señalado que la carta política dispone que el ejercicio de la libertad económica y la iniciativa deben desarrollarse dentro de los límites de bien común en atención a los principios de respeto por la dignidad humana, la solidaridad de las personas y la prevalencia del interés general sobre el privado los cuales deben regir en Colombia como estado social de derecho que es por lo anterior es claro establecer que las compañías de seguros no están obligadas a pagar cualquier reclamación, la obligación de éstas es indemnizar los siniestros que estén amparados por las pólizas, esto significa que el evento amparado ocurra dentro de la vigencia de la póliza que la prima del seguro haya sido pagada oportunamente que el hecho que origina el siniestro no esté excluido según las condiciones de la póliza que los documentos que se presenten sean legítimos, que estén plenamente identificados los beneficiarios que el asegurado afectado no haya omitido o negado información sobre su estado de salud al momento del ingreso de la póliza de acuerdo a lo anterior y teniendo presente que el seguro es un contrato y éste es ley para las partes vislumbra el despacho que para la compañía de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Y PRODECO pactaron y consintieron las condiciones que rigen el contrato, estableciendo amparos y exclusiones dentro de los cuales tienen las contenidas en las condiciones particulares visible al folio 120 del expediente en adelante la cual fue aportada por la parte demandada en su contestación, donde si bien la aseguradora concede cobertura de invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad limita la misma sujetándola a varias condiciones o exclusiones entre ellas como ya se dijo a que no se cubrían las que a partir de la renovación fueran determinadas como común, por ende, conforme a la clarísima explicación hecha por el profesor Efrén Ossa en su libro “Teoría General del Seguro” pagina 469 “ (...) las exclusiones son hechos o circunstancias que aun siendo origen del evento dañoso o efecto del mismo no obligan la responsabilidad del asegurador, afectan en su raíz el derecho del asegurado o beneficiario a la prestación prevista en el contrato de seguro tienen carácter impeditivo en la medida en que obstruyen el nacimiento de este derecho y por ende el de la obligación correspondiente” de igual forma en las condiciones particulares de la póliza de seguro arrojada a folio 121 del expediente se aprecia que esta es otorgada en consideración a que todos los empleados eran asegurados del tomador y que tenían derecho al amparo de Vida siempre y cuando estas no estuviesen excluidas de la póliza y no padecieran de ninguna enfermedad no asegurable entre las que se encuentran el cáncer, leucemia, infarto del miocardio, insuficiencia renal crónica, sida, diabetes, o enfermedad cerebro vascular, frente al caso de marras ha de soportarse lo dicho con la normatividad que rige este tipo de contratos, la jurisprudencia y el asunto bajo estudio, en cuanto a las reglas jurídicas se tiene que el artículo 871 del código de comercio señala el principio de buena fe que en los contratos deberá celebrarse y ejecutarse de buena fe en consecuencia obligaran no solo a lo pactado expresamente en ellos sino a todo lo que corresponda la naturaleza de los

mismos, la ley, la costumbre o la equidad natural, frente a la jurisprudencia, la corte suprema de justicia dice en sentencia 2803 del año 2006 manifestó lo siguiente:

*“(...) De conformidad con el artículo 1036 del código de comercio subrogado por el artículo 1° de la ley 389 del año 97 el contrato de seguro es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva de ahí que para su perfeccionamiento solo se requiere del acuerdo de voluntades entre las partes, el artículo 871 del código de comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la buena fe de quienes intervienen en su perfeccionamiento por lo que los acuerdos de voluntades se rigen fuera de lo pactado expresamente en ellos por todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos según la ley costumbre o la equidad natural. (...)” esa obligación se hace manifiesta en el contrato de seguro a la luz del artículo 1058 ibídem reiterando como se ha venido diciendo que el contrato es un acuerdo de voluntades entre las partes que de manera consensual pactaron unas condiciones para que el contrato de seguro entre la compañía de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., y PRODECO, se desarrollara para el caso de marras se tiene que el señor Fernando Baena Sáenz en calidad de demandante fue calificado por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez con una pérdida de capacidad laboral de un 52.14% con fecha de estructuración del 17 de junio del 2016 el cual considera por haber ocurrido el siniestro es merecedor al reconocimiento del valor de \$ 67.594.248,00 por concepto por el amparo de las contingencias por incapacidad total y permanente **sin embargo y respecto a lo considerado en precedencia el siniestro ocurrió en vigencia de la renovación que excluía la incapacidad total y permanente que fuera determinada como común lo que conlleva a que su pretensión no prospere, es evidente para el despacho que para la fecha de estructuración de la invalidez del demandante, estaba en vigencia la renovación de la póliza 1004433-8 lo que presupone que no fuesen reconocido el amparo de invalidez, pérdida o desmembración o inutilización por enfermedad por haber sido su origen común conforme a lo expuesto es preciso decir que otorgar el reconocimiento del valor que solicita el actor resulta en contravía a lo que se encuentra pactado en el contrato de seguro ya que claramente en las condiciones allí consensuadas estaban excluidas las que su origen fuera determinado como común, esto conforme al concepto 199045430-2 del 1° de septiembre de 1999 por el superintendente delegado para seguros y capitalización al hablar de la libertad contractual: “(...) dentro del ámbito contractual que le asiste a las partes en el Contrato de seguro el asegurador en virtud de la facultad que le consagra el artículo 1056 puede salvo las restricciones asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés del asegurado, el patrimonio o la persona del asegurado es así como éste mediante la suscripción de la póliza de seguro, decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertos presupuestos de tal manera que solo en el evento en que se presenten dichos presupuestos deberá cumplir con su obligación de indemnizar de igual forma puede adicionalmente incorporar en la póliza determinadas estipulaciones de circunstancias que aun siendo de origen del evento dañoso o efecto del mismo no obligan a la aseguradora a la prestación señalada en el contrato de seguro las cuales se conocen generalmente con el nombre de exclusiones (...)”.***

*Respecto a la ausencia de cobertura por exclusión convencional de cobertura aplicado al caso de marras, la sentencia emitida por éste Despacho, **JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR EL 20 DE JUNIO DE 2019, DENTRO DEL***

PROCESO VERBAL DECLARATIVO ADELANTADO POR JHON JAIRO QUINTERO ROSADO EN CONTRA DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. RADICADO 2018-133-01 de la cual compartimos el siguiente extracto:

“(…) así mismo las aseveraciones del demandante de no haber recibido al momento de firmar su declaración de no haber recibido información suficiente sobre lo que se estaba contratando ni para el diligenciamiento del formulario, carecen de fuerza probatoria, no son creíbles para el despacho ni logran desvirtuar el contenido del contrato de seguro incluida la declaración de asegurabilidad, amén de que no aparece anotación o indicación acerca de que el interesado requirió ilustración para su diligenciamiento o que habiéndolo solicitado se omitió suministrársela como tampoco se encuentra demostrado que el diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad aportada por el asegurado se hubiere efectuado sin su consentimiento lo que es evidente es que este plasmó su firma en dicho documento dando fe de la autenticidad de su contenido de conformidad con lo dispuesto en el artículo 244 del código general del proceso (documento auténtico) y sometiéndose a las sanciones estipuladas frente a la omisión de información falsedad en la misma y el hecho de haber firmado sin leer tampoco es óbice para eximirlo de responsabilidad como quiera que todas las personas en sus actividades deben observar un mínimo de diligencia y el no observarla no puede ser error imputable al otro contratante y es que no de que el demandante para la fecha de suscripción del contrato de seguro tuviera alguna discapacidad o disminución en sus capacidades que no le permitieran entender lo que estaba firmando y que no supiera lo que estaba afirmando, y que esto se trataba de un seguro de vida, por el contrario al rendir su interrogatorio señaló que no tenía problemas de visión para ese entonces, que reconocía dicho documento y que tenía plena capacidad mental y de entendimiento para la época máxime que el contenido de las preguntas contenido de dicha declaración de asegurabilidad son claras, entendibles, asimilable para cualquier persona sin que sea necesario que se enliste en ella todas las enfermedades que pudiera llegar a padecer el ser humano toda vez que ahí si sería interminable y dispendioso el diligenciamiento del formato por las aseguradoras para lograr determinar el riesgo asegurable correspondiéndole al asegurado manifestar aquellas que no se encuentran enlistadas en la pregunta establecida para tales efectos en dicha declaración de asegurabilidad, además contrario a lo afirmado por el apoderado de la parte demandante no era del cargo de la aseguradora demostrar la veracidad y validez del contenido de la declaración de asegurabilidad y la falta de información recibida por su cliente al momento de contratar el seguro por parte del vendedor sino que era de su cargo demostrar tales circunstancias por ser quien alega la situación y por tratarse de un documento cuyo contenido se presume auténtico al no haber sido tachado de falso; de manera que desprendiéndose de los elementos probatorios que obran en el expediente el señor Jhon Jairo Quintero Rosado aseguró estar en perfectas condiciones de salud negando que padeciera alguna enfermedad al momento de celebrar el contrato de seguro en septiembre del año 2016 menos de un mes del dictamen de invalidez tal negación es contraria a lo que se aprecia en su historial clínico **en lo establecido en el dictamen de pérdida de capacidad laboral y ocupacional y en lo manifestado en el interrogatorio de parte donde se observa que desde mucho antes en agosto del 2016 ya tenía los diagnósticos alegados por la aseguradora por lo que resulta evidente que a partir de lo acreditado y expuesto dentro del proceso, estamos en presencia del fenómeno de la reticencia del asegurado, también erró el demandante al afirmar que la aseguradora se encontraba obligada a probar su mala fe al no declarar su verdadero estado de salud o por tratarse de una preexistencia toda vez que la excepción alegada y objeto de estudio es la reticencia del demandante al momento de declarar el estado del riesgo, y aunque en este caso puede considerarse las enfermedades no declaradas por el asegurado y que padecía**

desde antes de suscribir el contrato de seguro también se constituye en una preexistencia no puede dejar de mirarse tal circunstancia a la luz de lo dispuesto en el artículo 1058 del código de comercio para arroparlo bajo el fenómeno de la preexistencia y soslayar el hecho de que dicha norma en ninguno de sus apartes establece que para la configuración de la nulidad relativa o reticencia del asegurado deba demostrarse el verdadero estado de salud o hechos que resultaban determinantes en este. por el contrario, lo que sí establece es el deber para él de manifestar sin tapujos reserva sus condiciones actuales de salud frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca, es por ello que la falta de honestidad del señor Jhon Jairo Quintero sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de haberlas sabido la aseguradora incidirían en la relación contractual ya para abstenerse de documentarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza riñen con la buena fe exigida a las partes al momento de celebrar el contrato y acarrea la nulidad relativa del contrato del convenio celebrado, considerando que al momento de suscribir el contrato de seguro fue inquirido sobre su estado de salud y las enfermedades que padecía y únicamente hizo referencia a una intervención quirúrgica por varicocele en el año 2015 omitiendo las demás patologías.(...)”

Así mismo se trae a colación como aporte para el estudio de los reparos un extracto jurisprudencial de sentencia emitida por el **JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL EN ORALIDAD DE VALLEDUPAR el día 29 de agosto de 2019 en el proceso verbal declarativo identificado bajo el radicado N° 2019-333 cuyo Demandante fue Fernando Baena Sáenz y Demandada la compañía Seguros de Vida Suramericana S.A., sentencia que en la actualidad se encuentra en firme a saber:**

“(...) Es claro para el despacho que entre la compañía de Seguros de Vida Suramericana S.A., y Prodeco se llevó a cabo un contrato de seguro de vida de grupo no contributivo con una prima anual por valor de \$ 1.169.705.893,00 con vigencia de un año, es decir del primero de febrero de 2013 el cual se prorrogaba de manera automática en todas sus partes por un término igual es decir, un año, en el cual hubo renovación comprendida entre el primero de diciembre de 2015 al primero de diciembre de 2016 donde se puso en conocimiento las condiciones particulares y entre ellas la exclusión de invalidez de desmembración o inutilización por accidente o enfermedad que fueran determinados como común constatándose que la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral del señor Fernando Baena Sáenz se causó dentro de la vigencia de la renovación de la póliza, valga entonces precisar que el amparo de incapacidad total y permanente determinado como común no estaba amparado en la póliza dentro del lapso de tiempo de su renovación hecho probado con el dictamen de pérdida de capacidad laboral del 52.14% el cual fue emitido por la junta de pérdida de capacidad laboral emitido por la junta de invalidez de fecha 25 de julio de 2017 obrante a folio 22 y 18 del expediente, con fecha de estructuración 17 de junio de 2016 donde se determinó Cervialgia lumbago no especificado, otros trastornos especificados de los discos intervertebrales síndrome de abducción dolorosa del hombro trastorno mixto de ansiedad y depresión como las patologías generadoras de la incapacidad que fueron de origen común ahora bien, respecto a la calificación de pérdida de capacidad laboral el señor Fernando Baena Sáenz presentó reclamación extrajudicial ante la compañía de seguros de vida suramericana la cual brindó respuesta el día 27 de septiembre de 2017 esa también la podemos encontrar a folios 14 y 15 del expediente ahora bien, es menester realizar un

estudio detallado de las normas que regulan la materia a fin de obtener claridad y certeza de su naturaleza alcance y características como primero determinar frente a la norma que es un contrato, el código civil en su artículo 1495 el contrato es un acto o convención por medio del cual una parte se obliga para con la otra dar, hacer o no hacer una cosa cada parte puede ser de una o muchas personas es decir el principio jurídico supremo del cual emana todo el derecho de las obligaciones convencionales, señala que la finalidad económico social del contrato lleva implícita el cumplimiento de las estipulaciones en él pactadas los contratos se celebran para cumplirse y por ello son ley para ambas partes éste axioma se encuentra determinado en el artículo 1602 del código civil a cuyo tenor los contratos son ley para las partes todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes y no puede ser invalidado sino con su sentimiento mutuo o por las causas legales en un sentido similar, el código de comercio define el contrato como un acuerdo de dos o más partes para constituir, regular o extinguir entre ellas una relación jurídica patrimonial, y a su vez el artículo 1036 al referirse al contrato de seguros según las características del contrato establece que el seguro es un contrato consensual bilateral oneroso aleatorio y de ejecución sucesiva por lo tanto al delimitar las características del contrato de seguros se tiene que esa bilateralidad presupone que lo será entre las partes del contrato, para el caso de marras el contrato de seguro grupo no contributivo celebrado entre la compañía de SEGUROS SURAMERICANA S.A. y PRODECO teniendo en cuenta el artículo 1037 ibídem que reza "(...) Son partes del contrato de seguro: 1) El asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos, y 2) El tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos (...)" es importante traer a esta audiencia el concepto del tomador que es aquella persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la póliza para asegurar un número determinado de personas vinculadas a aquel en virtud de una situación legal o reglamentaria o de una relación estable de la misma naturaleza cuyo vínculo tiene como propósito contratar el seguro de vida y quien será responsable al pago de la prima lo que supone entonces que las relaciones contractuales sobre las condiciones exclusiones y demás acuerdos que estas partes contraten, queda a su arbitrio y solo a éstas se exige que deban ponerse en conocimiento todo lo que ha bien consideren por todo lo anterior valdría la pena preguntarse, ¿Qué es una póliza de grupo? Es un contrato entre una compañía de seguros y una empresa o una organización establecida legalmente denominada tomador, ya expliqué el concepto de tomador, entonces este tomador es quien realiza la toma del seguro para proteger a las personas que tienen relaciones estables con la empresa o alguna organización es necesario aclarar, que el vínculo de éstas personas con el tomador no debió surgir con el único propósito de contratar el seguro de vida, en todo caso el tomador es el responsable por el pago de las primas en este contexto las personas que pueden ser asegurado son los empleados los socios, funcionarios o clientes, según sea el tipo de la organización y las familias de éstos en algunos casos, entre mayor sea el grupo asegurable se pueden obtener mejores coberturas y costos que las que se conseguirían si se toma una póliza de forma individual, ¿Qué modalidades de póliza se consigue en el mercado? Las modalidades de póliza de grupo pueden clasificarse con base en dos variables la voluntariedad o no de la adquisición del seguro por parte del asegurado y la definición del encargado de pagar la prima del seguro, según la voluntariedad o no en la adquisición del seguro, estas se llaman, seguros voluntarios que son aquellos en los cuales el tomador de la opción de tomar o no el seguro a los integrantes del grupo seguros

mandatorios, donde el tomador es quien decide otorgar el seguro a todos los miembros elegibles del seguro, es importante mencionar que el asegurado siempre debe conocer que tiene un seguro de vida y en todo caso debe dar su consentimiento por escrito para tener en cuenta las compañías de seguro tienen la potestad de no asegurar personas que por su estado de salud, su trabajo o por sus actividades no laborales estén expuestas a un alto riesgo de enfermedad o muerte, en el caso sea la muerte; respecto de quien paga la prima existen las siguientes modalidades de seguro póliza no contributiva como es el caso, bajo esta modalidad la totalidad de la prima es pagada por el tomador de la póliza, usualmente es un seguro mandatorio o de beneficio, el valor asegurado de estas pólizas en la mayoría de los casos está determinado por el tomador con relación al salario, el cargo o por acuerdo convencionales, se determina por ejemplo que el valor asegurado sea doce veces el salario o doce veces el valor de los aportes en el caso de cooperativas o fondos de empleados las pólizas contributivas, bajo ésta modalidad quienes conforman el grupo en calidad de asegurados pagan una parte o la totalidad de la prima de seguro aunque por ser una póliza de vida de grupo, es el tomador quien recauda los dineros para hacer el pago a la compañía de seguro, usualmente estos seguros de carácter voluntario aunque en algunos casos en los seguros mandatorios pueden existir participación del asegurado en el pago de la prima en éstos seguros, el valor asegurado normalmente está dado por planes determinados con anterioridad para facilitar el proceso de compra en donde el asegurado contrata libremente el plan más conveniente según su capacidad económica así las cosas es menester entrar a estudiar cuales fueron las condiciones en que fue pactado el debatido contrato de seguros y las cláusulas que lo rigen, a su vez las obligaciones de cada una de las partes, se tiene como probado dentro del plenario la póliza visible a folio 109 a 131 ésta póliza está identificada con el número 1004433-8 con vigencia del 1 de diciembre de 2015 al 1 de diciembre de 2016 donde efectivamente excluye la invalidez por pérdida de capacidad laboral que sean consecuencia directa o indirecta, en todo o en parte de las patologías osteomusculares o de trastornos mentales cuyo origen sea determinando como común a folio 120 está el informe de la renovación, las condiciones particulares de la póliza de vida grupo no contributivo n° 1004433-8 del día 7 de octubre de 2015; se va entendiendo entonces que el debatido pero existente contrato de seguro de grupo no contributivo firmado entre la compañía de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. y la compañía PRODECO, sí se regía por unas condiciones o principios contractuales principios que eran y son ley para las partes y que bajo este entendido debían ser cumplidas ya que en caso contrario o se está burlando el contrato frente a la celebración de uno completamente distinto, tienen claro el escenario de cómo y sobre se desarrollará el contrato se va analizar en primera medida la excepción denominada por el demandado como excepción de inexistencia de cobertura por exclusión convencional del riesgo de conformidad con lo establecido en las condiciones particulares de la póliza de seguro de vida grupo, 1004433-8 expedida por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., se hizo referencia en esta excepción a lo normado en el artículo 1056 del código de comercio asunción de riesgos "(...) Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado. (...)” cabe mencionar que de acuerdo al artículo 1048 los documentos que hacen parte de la póliza los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza por lo tanto al estar enterado el tomador, la renovación de la póliza, a la responsabilidad de la póliza solo podría exigirse si la ocurrencia del siniestro estaba

generada por las condiciones tratadas sobre éstas ya que dentro del ámbito de la libertad contractual que le asiste a las partes en el contrato de seguro, el asegurador tiene las facultades otorgada por el artículo 1056, puede bajo las restricciones legales asumir a su arbitrio todos o alguno de los riesgos a que están expuestos en el interés del asegurado, el patrimonio o la persona de la persona o del asegurado.

Y a su vez la Honorable Corte Constitucional ha señalado que la carta política dispone que el ejercicio de la libertad económica y la iniciativa deben desarrollarse dentro de los límites de bien común en atención a los principios de respeto por la dignidad humana, la solidaridad de las personas y la prevalencia del interés general sobre el privado los cuales deben regir en Colombia como estado social de derecho que es por lo anterior es claro establecer que las compañías de seguros no están obligadas a pagar cualquier reclamación, la obligación de éstas es indemnizar los siniestros que estén amparados por las pólizas, esto significa que el evento amparado ocurra dentro de la vigencia de la póliza que la prima del seguro haya sido pagada oportunamente que el hecho que origina el siniestro no esté excluido según las condiciones de la póliza que los documentos que se presenten sean legítimos, que estén plenamente identificados los beneficiarios que el asegurado afectado no haya omitido o negado información sobre su estado de salud al momento del ingreso de la póliza de acuerdo a lo anterior y teniendo presente que el seguro es un contrato y éste es ley para las partes vislumbra el despacho que para la compañía de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Y PRODECO pactaron y consintieron las condiciones que rigen el contrato, estableciendo amparos y exclusiones dentro de los cuales tienen las contenidas en las condiciones particulares visible al folio 120 del expediente en adelante la cual fue aportada por la parte demandada en su contestación, donde si bien la aseguradora concede cobertura de invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad limita la misma sujetándola a varias condiciones o exclusiones entre ellas como ya se dijo a que no se cubrían las que a partir de la renovación fueran determinadas como común, por ende, conforme a la clarísima explicación hecha por el profesor Efrén Ossa en su libro “Teoría General del Seguro” pagina 469 “ (...) las exclusiones son hechos o circunstancias que aun siendo origen del evento dañoso o efecto del mismo no obligan la responsabilidad del asegurador, afectan en su raíz el derecho del asegurado o beneficiario a la prestación prevista en el contrato de seguro tienen carácter impeditivo en la medida en que obstruyen el nacimiento de este derecho y por ende el de la obligación correspondiente” de igual forma en las condiciones particulares de la póliza de seguro arrimada a folio 121 del expediente se aprecia que esta es otorgada en consideración a que todos los empleados eran asegurados del tomador y que tenían derecho al amparo de Vida siempre y cuando estas no estuviesen excluidas de la póliza y no padecieran de ninguna enfermedad no asegurable entre las que se encuentran el cáncer, leucemia, infarto del miocardio, insuficiencia renal crónica, sida, diabetes, o enfermedad cerebro vascular, frente al caso de marras ha de soportarse lo dicho con la normatividad que rige este tipo de contratos, la jurisprudencia y el asunto bajo estudio, en cuanto a las reglas jurídicas se tiene que el artículo 871 del código de comercio señala el principio de buena fe que en los contratos deberá celebrarse y ejecutarse de buena fe en consecuencia obligaran no solo a lo pactado expresamente en ellos sino a todo lo que corresponda la naturaleza de los mismos, la ley, la costumbre o la equidad natural, frente a la jurisprudencia, la corte suprema de justicia dice en sentencia 2803 del año 2006 manifestó lo siguiente:

*“(...) De conformidad con el artículo 1036 del código de comercio subrogado por el artículo 1° de la ley 389 del año 97 el contrato de seguro es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva de ahí que para su perfeccionamiento solo se requiere del acuerdo de voluntades entre las partes, el artículo 871 del código de comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la buena fe de quienes intervienen en su perfeccionamiento por lo que los acuerdos de voluntades se rigen fuera de lo pactado expresamente en ellos por todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos según la ley costumbre o la equidad natural. (...)” esa obligación se hace manifiesta en el contrato de seguro a la luz del artículo 1058 ibídem reiterando como se ha venido diciendo que el contrato es un acuerdo de voluntades entre las partes que de manera consensual pactaron unas condiciones para que el contrato de seguro entre la compañía de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., y PRODECO, se desarrollara para el caso de marras se tiene que el señor Fernando Baena Sáenz en calidad de demandante fue calificado por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez con una pérdida de capacidad laboral de un 52.14% con fecha de estructuración del 17 de junio del 2016 el cual considera por haber ocurrido el siniestro es merecedor al reconocimiento del valor de \$ 67.594.248,00 por concepto por el amparo de las contingencias por incapacidad total y permanente **sin embargo y respecto a lo considerado en precedencia el siniestro ocurrió en vigencia de la renovación que excluía la incapacidad total y permanente que fuera determinada como común lo que conlleva a que su pretensión no prospere, es evidente para el despacho que para la fecha de estructuración de la invalidez del demandante, estaba en vigencia la renovación de la póliza 1004433-8 lo que presupone que no fuesen reconocido el amparo de invalidez, pérdida o desmembración o inutilización por enfermedad por haber sido su origen común conforme a lo expuesto es preciso decir que otorgar el reconocimiento del valor que solicita el actor resulta en contravía a lo que se encuentra pactado en el contrato de seguro ya que claramente en las condiciones allí consensuadas estaban excluidas las que su origen fuera determinado como común, esto conforme al concepto 199045430-2 del 1° de septiembre de 1999 por el superintendente delegado para seguros y capitalización al hablar de la libertad contractual: “(...) dentro del ámbito contractual que le asiste a las partes en el Contrato de seguro el asegurador en virtud de la facultad que le consagra el artículo 1056 puede salvo las restricciones asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés del asegurado, el patrimonio o la persona del asegurado es así como éste mediante la suscripción de la póliza de seguro, decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertos presupuestos de tal manera que solo en el evento en que se presenten dichos presupuestos deberá cumplir con su obligación de indemnizar de igual forma puede adicionalmente incorporar en la póliza determinadas estipulaciones de circunstancias que aun siendo de origen del evento dañoso o efecto del mismo no obligan a la aseguradora a la prestación señalada en el contrato de seguro las cuales se conocen generalmente con el nombre.***

Sobre la incongruencia fáctica ha dicho la H. Corte Suprema de Justicia en sentencia SC-15211-2017 lo siguiente:

“(...) La incongruencia se presenta, entonces, cuando el juez decide el caso por fuera de las pretensiones o excepciones probadas (extra petita), o más allá de lo pedido (ultra petita), o cercenando lo que fue objeto de alegación y demostración (citra petita), como lo ha señalado la Corte: [Su] incumplimiento es de antaño inscrito en una de estas tres posibilidades: en primer lugar, cuando en la sentencia se otorga más de lo pedido, sin que el juzgador estuviese facultado oficiosamente para concederlo (ultra petita); en segundo lugar, cuando en la sentencia olvida el fallador decidir, así sea implícitamente, alguna de las pretensiones o de las excepciones formuladas (mínima petita); y en tercer lugar, cuando en el fallo

decide sobre puntos que no han sido objeto del litigio, o, de un tiempo a esta parte, en Colombia, con apoyo en hechos diferentes a los invocados (extra petita)... (SC1806, 25 feb. 2015, rad. n° 2000-00108-01).

Adicionalmente, esta causal se configura en los eventos que la sentencia no guarda correlación con «las afirmaciones formuladas por las partes», puesto que «es obvio que el juez no puede hacer mérito de un hecho que no haya sido afirmado por ninguna de ellas»¹. De allí que «a la incongruencia se puede llegar porque el juzgador se aparta de los extremos fácticos del debate» (CSJ, SC, 7 mar. 1997, rad. n° 4636). (...).”

Dentro del presente asunto no hay un rompimiento del equilibrio contractual, la parte actora por ninguna parte hablo de una posición dominante, simplemente se constituye un título ejecutivo por la no objeción oportuna de la reclamación que presento, lo cual reitero NO obsta para que la compañía de seguros cuente con los medios de defensa o contradicción, debido a que en ninguna parte de la ley se establece que el asegurador que no objeta dentro del término no se pueda defender.

Se tiene para este asunto que el despacho NO HIZO UN ESTUDIO del contenido SEMANTICO de la EXCLUSION ya que las patologías que fueron Diagnosticadas a la demandante, antes de su ingreso al grupo asegurado, fueron consecuencia directa de la estructuración del SINIESTRO y la ocurrencia del siniestro le corresponde demostrarlo al demandante a la luz del artículo 1077 del C. Co y al asegurado le corresponde demostrar las circunstancias excluyentes de responsabilidad, por lo que no es aceptable la tesis del despacho de que como no se objeto no se pueda demostrar la circunstancia excluyente.

B) UNA COMPLETA ORFANDAD PROBATORIA DE LAS CONSIDERACIONES QUE HA HECHO EL FALLADOR DE PRIMERA INSTANCIA POR EL INDEBIDO EXAMEN CRÍTICO DE LAS PRUEBAS OBRANTES EN EL EXPEDIENTE CONFORME ESTABLECE EL ART 280 DEL C.G.P.

Los Dictámenes emitidos por Colpensiones y la Junta Regional de Invalidez del Cesar que adjunta la demandante NO fueron elaborados de acuerdo con lo establecido en el MANUAL UNICO PARA LA CALIFICACION DE INVALIDEZ, tal como establece el Artículo 18 de la Ley 1562 de 2.012, el cual contiene “(...) los criterios técnicos – científicos de evaluación y calificación de pérdida de capacidad laboral porcentual por sistemas ante una deficiencia, discapacidad y minusvalía (...)”, tal y como se demostrará en la etapa procesal correspondiente.

Al respecto, conviene tener en cuenta lo establecido en los artículos 1° y 2° del Decreto 1352 de 2013, en los siguientes términos:

¹ Lino Enrique Palacio, *Manual de Derecho Procesal Civil*, Lexis-Nexis, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2003, p. 393.

“(...) Art. 1°. CAMPO DE APLICACIÓN: El presente decreto se aplicará a las siguientes personas y entidades:

m) Compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte. (...)”

“(...) Art. 2°. PERSONAS INTERESADAS: Para efectos del presente decreto, se entenderá como personas interesadas en el dictamen y es de OBLIGATORIA notificación o comunicación, como mínimo las siguientes:

6. La Compañía de seguro que asuma el riesgo de invalidez, sobrevivencia y muerte. (...)”

No obstante, la claridad de la disposición precitada, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., no fue NOTIFICADA NI RECIBIÓ COMUNICACIÓN alguna, con respecto al trámite de calificación contenido en el dictamen en mención.

Así mismo, La calificación fue realizada por el señor HENRY JAIR QUIÑONEZ RAMIREZ, médico laboral que estuviere adscrito la entidad ASALUD entidad calificadora autorizada de COLPENSIONES, quien a la fecha está vinculado en el reconocido proceso penal “OPERACIÓN FRENOCOMIO” que adelanta la Fiscalía Doce (12) Seccional de Administración Pública de Valledupar conforme consta en los procesos identificados con radicado No. 200016000000201800075 (que se adjuntan al plenario) y en el proceso 20-001-60-8792-2016-00014 como uno de los profesionales de la salud que elaboró exámenes médicos con diagnósticos adulterados a ex empleados de reconocidas empresas mineras del país para apoyar la defraudación masiva del patrimonio económico del sector asegurador y pensional de Colombia, entre los cuales resultó afectado SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., por presuntas conductas punibles derivadas de la elaboración de calificaciones y valoraciones espurias.

Así mismo se evidencia en el Escrito de Acusación formulado en el proceso No 20-001-60-00000-2018-00075 de la cual se extraen los siguientes apartes:

Pero no solamente la junta regional de calificación de invalidez del Cesar fue penetrada por la corrupción administrativa, lo fue también la rama judicial en la ciudad de Valledupar, pues, ahora se sabe cómo producto de las interceptaciones telefónicas que la señora Ana Dilia Fonseca Mejía, usuaria de la línea de telefonía celular 310-6140583, empleada del juzgado 2° penal municipal de esta ciudad puso al servicio de José Meléndez Vega las funciones que como oficial mayor ejercía en dicho juzgado desde donde proyectaba fallos de acciones de tutela, todo ello, claro está a cambio de dinero que recibía y le pedía a José Miguel Meléndez Vega.

Además, la fiscalía descubrió también que los señores Teresa de Jesús de la Hoz Solano y Henry Jair Quiñonez Ramírez, médicos adscritos a la empresa Asalud y calificadores de la empresa Colombiana de Pensiones (Colpensiones), emitieron dictámenes espurios a cambio del pago de dinero y pusieron sus conocimientos al servicio de una red delincencial que también defraudó el sistema pensional, asegurador y financiero del país, hasta donde se sabe durante los años 2016 a 2018 inclusive.

VI. LO QUE SE PRETENDE.

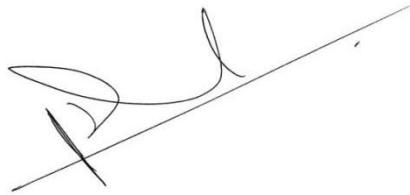
Por tanto, me permito solicitar:

1°. Que sea REVOCADA en su integridad la sentencia del día 31 de octubre de 2018 emitida por el Juzgado Tercero Civil del Circuito en Oralidad de Valledupar.

3°. Por consiguiente, solicito que sean **DESESTIMADAS** todas y cada una de las pretensiones de la demanda.

4° Se Declare la prosperidad de los medios exceptivos propuestos por **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

Quien suscribe,



DANIEL GERALDINO GARCIA.
C.C. 72.008.654 de Barranquilla.
T.P. 120.523 del C.S.J.