

Señores

MAGISTRADOS DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE
VALLEDUPAR SALA -CIVIL -FAMILIA LABORAL

DR. ALVARO LOPEZ VALERA.

Ref. Verbal – Responsabilidad Civil seguido por ALFONSO BECERRA
AREVALO contra SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. Radicado. 20001 - 03 –
2016 – 00220- 01

Asunto. Sustentación del Recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia proferido por el juzgado quinto civil del circuito de Valledupar.

Isaí Enrique Barrios De luquez, En mi calidad de apoderado de la parte demandante en el proceso de la referencia, y actuando dentro de la oportunidad procesal correspondiente , sustento el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia de primera instancia dictada por el **Juzgado Quinto (5) Civil del Circuito de Valledupar** en los términos que siguen.

Reitero los hechos y pretensiones expuestos en la demanda, y en tal sentido inicio manifestando su señoría, que **El régimen probatorio colombiano, permite a la parte demandante que represento, fundar las pretensiones incoadas por esta defensa en la presente demanda, por eso me permito en primer lugar definir el contrato de seguros : Es un contrato consensual, de adhesión, de ejecución sucesiva, el cual tiene unas circunstancias particulares, que responde a la suprema buena fe, o ubérrima buena fe, característica esencial de ese contrato, por lo tanto la buena fe no solo debe ser predicada y practicada , por el tomador al momento de hacer la contratación , sino que también le exige al asegurador el mismo comportamiento, al momento de efectuar la contratación respectiva.**

Por su parte la norma contenida en el C.Cio, contempla en los artículos 1036, las características del contrato de seguro, y el 1045, consagra los elementos esenciales del respectivo contrato de seguro. Para el

caso que nos ocupa lo anterior nos va a permitir exigir la obligación condicional que para este caso es la responsabilidad Civil Contractual que le asiste a la demandada para con el demandante, es decir, una vez expuestas y analizadas las características del contrato y constatados los elementos esenciales del mismo, como acción principal en el objeto de esta Litis, y configurado, constatado, y probado el riesgo asegurado, por P.C.L, en el demandante, se hace exigible a la aseguradora demandada, por intermedio de esta agencia judicial, y a través de este proceso, que esta cumpla lo pactado en el contrato de seguro descrito ampliamente en la presente demanda, razón por la cual debe ser declarada responsable civil y contractualmente acorde a las pretensiones formuladas en el proceso que se resuelve en alzada.

las premisas normativas y fácticas incorporadas al expediente, teniendo en cuenta la Constitución política, la legislación, la doctrina y la jurisprudencia, al igual que los hechos mismos que aparecen probados en el proceso, de la presente demanda de responsabilidad civil contractual impetrada por mi prohijado Alfonso Becerra Arévalo, docente vinculado al ministerio de educación nacional, está probado que celebró contrato de seguros de vida con la Compañía de Seguros de Vida Del Estado S.A., un Seguro de Vida individual vida fácil, según Póliza No. 49-80-1000000056 para amparar al asegurado los riesgos de Vida e Incapacidad Total y Permanente, el día 24/07/2014, según Código Condiciones Generales No.12702/2009- 1419-P - 37 -0000000EVI-030A, Póliza No. 49-80-1000000056, vigente desde el 24/07/2014.

De la misma manera también se probó que el valor asegurado en la póliza No. 49-80-1000000056 de Seguros De vida Del Estado S.A corresponde a La suma de CIEN MILLONES DE PESOS (\$100.000.000).

Se encuentra demostrado en el proceso que dentro de los amparos contratados en la presente póliza está el de incapacidad total y permanente.

Está probado también en el presente proceso, que El valor de la prima anual para la respectiva póliza correspondía a la suma de \$456.000, los cuales mi poderdante pagaba anualmente a la demandada.

Está demostrado que Mi poderdante estando vigente las Póliza de Seguros De vida Del Estado S.A y Certificado Da Vida No. 49-80-1000000056 de la COMPAÑÍA DE SEGUROS demandada, fue valorado por medicina laboral a través de la Fundación Medico Preventiva, habiéndosele determinado un estado de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, con un porcentaje de P.C.L. del 96.%, según Dictamen SS-1121-15 de fecha 21 de abril de 2015, caracterizado como gran invalidez por Enfermedad de origen Profesional., es decir que la pérdida de su P.C.L., supera el 50%, de su capacidad laboral, lo que prueba el acaecimiento del amparo asegurado.(incapacidad total y permanente)

Se probó igualmente que el demandante autorizó de manera expresa e irrevocablemente a la aseguradora demandada para que solicitara y recibiera la Historia Clínica del asegurado y todos aquellos datos que en ella se registren y llegaren a ser registrados y a obtener copia de esta y de sus anexos, con arreglo a lo reglado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, es decir, el demandante asegurado levantó la reserva en favor del asegurado que tiene toda persona sobre su Historia Clínica.

También está demostrado que el demandante en el momento de ocurrido el siniestro, su edad estaba en los 46 años de edad.

Al haberse estructurado uno de los riesgos amparados a mi poderdante, (INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE), con la póliza No. 49-80-1000000056 de Seguros De vida Del Estado S.A., el asegurado le solicitó a la demandada el pago de la indemnización contratada, la cual La aseguradora demandada respondió al asegurado, negando el pago indemnizatorio, alegando reticencia en la información.

Se probó también, que La aseguradora como lo expresa en el formato del certificado de ingresos al seguro establece que cuenta con un plazo de 15 días reservándose el derecho de admisión o rechazo al candidato a ingreso individual, y como tal no hubo pronunciamiento alguno rechazando la admisión del asegurado.

Está probado también, que la demandada no efectuó pronunciamiento alguno respecto, a lo anterior mente indicado, y a la fecha no lo hizo, mucho menos lo ha hecho, significando lo anterior que el seguro está vigente sin ninguna objeción.

Está probado por esta defensa, que La apreciación de la aseguradora demandada es sesgada y contraria a derecho, ya que contradice el precedente constitucional, en sentencias en sedes de Tutela, y Casación, entre otras: T-751/2012, T-222/2014, T-393/2015, T-024/2016, T-027/2016, T-240/2016, T-282/2016.

Está probado además que el artículo 1058 del Código de Comercio, que consagra la preexistencia, establece que la persona debe ser veraz, al momento de declarar el estado del riesgo, es decir no puede decir inexactitudes, no puede declarar situaciones contrarias a la realidad, puesto que estaría mintiendo. Por lo tanto la norma arriba indicada establece con claridad en que consiste la reticencia en los contratos de seguro.

Ese artículo fue argüido por La parte demandada como soporte de su excepción, que significa la reticencia?: la inexactitud de la información entregada por el tomador del seguro al momento de celebrar el contrato, si usted es inexacto al momento de suministrar la información que se le pide al instante de celebrar el contrato, esta figura es castigada con una figura que se denomina nulidad relativa, es decir se está sancionando la mala fe del declarante.

La parte demandada esgrime este artículo como soporte de su excepción principal, pero la demandada desconoce, el inciso último del invocado artículo el cual reza: que Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el ASEGURADOR, si antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debió conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el Contrato se allana a subsanarlo o los acepta expresa o tácitamente., hago referencia a esta parte de la norma que sirvió de base para la objeción, de la reclamación incoada por mi poderdante al momento del siniestro.

Al respecto las línea jurisprudencial tanto de la corte suprema de justicia, como de la corte constitucional, sirven de soporte para encuadrar el caso que nos ocupa, en ese orden de ideas, la sentencia T- 222/2014, frente al tema de preexistencia dice lo siguiente : No necesariamente la preexistencia es lo mismo que una reticencia,

la demandada está alegando que el demandante es reticente, porque no dijo en el momento de la declaración o al momento de celebrar la contratación que tenía un problema de orden fisiológico en su organismo al momento de tomar el seguro.

Si existe una preexistencia la corte dice que ese fenómeno es objetivo, mientras que la reticencia no solo implica esa situación, sino hay que ver una circunstancia de orden subjetivo que es la mala fe, y en ese sentido quien debe probar la mala fe?, en este caso según el precedente arriba indicado es la aseguradora demandada, porque la debe probar?, porque ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso, de todas maneras continúa expresando la sentencia T-222 de 2014, que no produce sanción si el asegurador conoció o podía conocer los hechos que dan lugar a la opinada reticencia.

Está probado también que las enfermedades que desencadenaron en el demandante la pérdida de su capacidad laboral son progresivas, eso significa que no se manifiestan de inmediato sino que van aumentando a medida que el tiempo transcurre, empiezan a desarrollarse, por lo tanto, la demandada no puede mal interpretar que el demandante se le había diagnosticado dichas patologías al momento de la celebración del contrato, y mal puede ahora alegar una preexistencia antes de tomar el seguro.

Está probado en el presente proceso que las razones por las cuales la demandada, decide negar y objetar el pago de las pólizas en reclamo son injustificadas, generando efectos perversos en los derechos del demandante.

Además la aseguradora en el transcurso del proceso no ha demostrado reticencia alguna, tal como se observa en el cuerpo de la demanda, repito reticencia no es sinónimo de preexistencia. La preexistencia es un hecho objetivo y la reticencia exige la mala fe.

Esta además probado que en estos eventos, a la demandada no le es suficiente con probar una preexistencia sino demuestra que el tomador, o asegurado demandante actuó de mala fe.

Adicionalmente, no podrá alegar preexistencia si antes de celebrar el contrato, no solicitó exámenes médicos al asegurado.. Así las cosas, en este caso no se evidencia que la compañía demandada, haya cumplido con tales cargas, No cumplió con su deber mínimo de exigir un examen médico a fin de establecer la onerosidad del seguro o definitivamente decidir su no celebración, ni tampoco logró demostrar que el demandante haya actuado de mala fe.

En el caso que nos ocupa, el demandante no tuvo información relevante al momento de manifestar su estado de riesgo, en razón a que en ningún instante los médicos tratantes a las cuales hace referencia la demandada, jamás incapacitaron al demandante, por lo tanto mi prohijado siempre manifestó tener desconocimiento de tales patologías, en tal razón la compañía de seguros demandada no puede alegar la nulidad del contrato sino que debería reducir el monto de las prestaciones aseguradas para así también mantener el equilibrio contractual.

En materia de seguros especialmente en el tema de reticencia como es configurarse un hecho cierto (patologías que padece el tomador) antes de suscribir el contrato de seguros, la Corte Constitucional desde hace varios años ha venido exigiendo al sector asegurador mayor profesionalismo y cuidado a la hora de verificar el cumplimiento de las condiciones para aceptar el ingreso de una persona a un grupo asegurado.

La corte constitucional en sentencia T-282 de 2016 resalto que la buena fe que caracteriza el contrato de seguros no solo debe predicarse del tomador sino también en el asegurador, de hecho, reconociendo que **son contratos de adhesión**, reitera que es obligación de las aseguradoras indicar de forma clara y taxativa todas las exclusiones del contrato y realizar exámenes médicos de ingreso antes de la suscripción del contrato de seguro, **además que es su obligación demostrar la mala fe del tomador para eximirse del pago de la indemnización**, y sobre este tema rebosa jurisprudencia constitucional, unas pocas son las sentencias T-018 de 2010, T-751 de 2012, T-222 de 2014, T-591 de 2017, **si bien todas estas sentencias fueron proferidas sin efectos erga omnes, su ratiodecidenti hace**

parte del precedente judicial constitucional que es obligatorio, como se explica en la sentencia C-539 de 2011.

Empero también es cierto que los pasos de la corte Suprema de Justicia en la materia no coinciden en exactitud con los que ha dado la Corte Constitucional; De todos modos, en la actualidad no distan tanto, **por ejemplo, estima la Sala de Cas. Civil en Sentencia SC2803-2016, que el artículo 1058 del C.Co. Consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas, ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca, y por dicha obligación predica que la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirán en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la buena fe exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio**, por un desequilibrio contractual como se explicare en sentencia SC. 1º jun .2007. En todo caso conoce la corte que al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocar la declaración del estado del riesgo mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlos.

Es provechoso transliterar de la misma sentencia que "el artículo 1058 en cita atenúa ese agravio, porque cuando el silencio o distorsión de la situación son producto de un ERROR INCULPABLE DEL TOMADOR sólo se disminuye el monto a indemnizar, pero eso sí, con la salvedad de que en el seguro de vida una vez TRANSCURRIDO DOS AÑOS EN VIDA DEL ASEGURADO, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato deja de aplicarse la reducción por expresa disposición del artículo 1160 ejusdem.

la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil Sentencia No.002 del 24 de enero de 1994, ha manifestado que de una lectura integral del título V, Capítulo I del Código de comercio se puede aseverar que: el referido contrato es aquel negocio en virtud del cual una persona se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina, prima, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un consentimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a

indemnizar al asegurado los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos, o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de daños de indemnización efectiva.

Si bien es cierto que en el artículo 1036 del Ccio, no figura la buena fe como elemento estructural del contrato de seguro, la Jurisprudencia ha coincidido en mencionar que ella hace parte integral del negocio.

En ese sentido la Sentencia C-232 de 1997 expuso: "aseverar que el contrato de seguro es ubérrima bone fidei contractus, significa sostener que en el no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridas requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto, es llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.

En sentencia T- 086 DE 2012, la Corte Constitucional sostuvo:

"(...) ambas partes en las afirmaciones relacionadas con el riesgo y las condiciones dl contrato se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1058 CCo. El tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, puesto que ello constituye la base de la contratación. En caso de presentarse reticencia o inexactitud en la declaración por el asegurador lo hubieren retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro. El asegurador también debe cumplir con el principio de buena fe evitando cláusulas que sean lesivas al asegurado, cumpliendo con la prestación asegurada a la ocurrencia del siniestro y comprometiéndose a declarar la inexactitud al momento en que la conozca y **no esperar la ocurrencia del siniestro para alegarla como una excepción al pago de la indemnización**".

Contexto concreto, el cual para el caso en estudio es objetable, a la demandada pretendiendo burlar la amplia línea jurisprudencial.

En sentencia T222 de 2014, reiterada en más de tres sentencias de la Corte Constitucional indican que la mala fe del tomador y/o asegurado debe ser probada por el asegurador, pero además la ley procesal también obliga al asegurador a probarlo, con fundamento en el artículo 167 del CGP., porque la norma cuya consecuencia pretende lograr vía medio exceptivo contiene un supuesto de hecho que debe probar y no lo ha hecho la demandada, es decir en el proceso no existe prueba alguna que acredite la mala fe del demandante. Por lo tanto no se le puede dar crédito a una serie de inconsistencias esgrimidas por la demandada al pretender excepcionar la responsabilidad de la demandada, alegando padecimientos y antecedentes que no fueron declarados de manera sincera por el Asegurado y afirmando muy subjetivamente que el demandante tenía plena conciencia de que se encontraba en tratamiento bajo formulación de fármacos evolución por neurología, y psicología, desde años atrás.

En tal suerte mi poderdante expresa con claridad que jamás había sido incapacitado temporalmente para la fecha alegada por la demandada, lo que ocurre es que el demandante acude a sus citas médicas rutinarias como cualquier ser humano por cualquier razón.

Así mismo la parte demandante comparte la tesis expuesta en reiteradas sentencias de la corte constitucional, en el sentido de **la carga que tienen las aseguradoras de verificar las historias clínicas de los candidatos a ser asegurados o realizar exámenes médicos previo al ingreso de la póliza seguros de vida, pues se tratan de seguros en los cuales la indemnización corresponde a un factor monetario.**

En este sentido se ha pronunciado la corte constitucional mediante sentencia T-027/2019, manifestando:

“La Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe:

a) probar la mala fe del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso y ;

b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar en las

aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión.

Del mismo modo existe una serie de pronunciamientos del órgano de cierre de esta jurisdicción, la corte suprema de justicia en sentencia de fecha veintisiete (27) de febrero de dos mil diecinueve (2019), STL3608-2019 Radicación No. 83059 reitera un pronunciamiento de esta misma corporación del 20 de junio de 2018 STL7955-2018, Rad 80083, en los cuales este tribunal estudio un caso de similares perfiles al que hoy nos entretiene, pronunciamiento que hizo de la siguiente manera:

"En criterio de la Sala, resulta contraevidente esa conclusión, si como lo ha analizado la Corte Constitucional en casos de similares contornos facticos al que aquí se analiza, de personas – especialmente de profesores que han sido calificados con una pérdida de capacidad laboral superior al 50% debido a problemas de la voz, que les impide volver a ejercer esa profesión- que contraen una obligación con una entidad bancaria, diligencian el formato de aseguramiento pero no se les realiza ninguna valoración médica al principio, pero que por alguna circunstancia, bien por su labor profesional ora por un hecho común, sufren alguna enfermedad, que a la postre es la que tiene incidencia en la invalidez declarada, y luego se les niega el pago del seguro, porque supuestamente actuaron de mala fe al no haber declarado esas afecciones, allí se ha indicado que eso no puede ser catalogado de reticencia, pues quienes deben probar esa figura son las aseguradoras, sin que se pueda concluir que por el hecho de padecer una enfermedad, esto es una preexistencia, se falte a la verdad, ya que en el momento del diligenciamiento la entidad debe ser diligente para que se realicen los exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado

Por el contrario, lo que se observa, y eso no lo pone en duda la entidad aseguradora en este trámite, es que simplemente no obra en el

formulario una relación de posibles enfermedades del demandante; pero lo que es más grave, acorde con lo narrado por la activa en el libelo, es que en el proceso, frente a los cuestionamiento, que ha venido ejerciendo la parte actora sobre las fallas de la demandada al no haber obrado con diligencia y, sencillamente se gestionaron los créditos, y se suscribieron los contratos en reclamo, con información incompleta.

La parte demandante objeta y rechaza los argumentos esgrimido por la demandada cuando señala que a la "aseguradora se le hace imposible físicamente inspeccionar el gran número de riesgo que asume, por lo que este contrae sus obligaciones generalmente en lo dicho por el asegurador", es decir el apoderado de la demandada avalo cualquier actuación de las entidades bancarias y aseguradoras para desembolsar el crédito, sin ser cuidadosas en el tipo de riesgo que están asumiendo, o llevando a los deudores a impresiones y maniobras facilistas para que no informen su estado de salud, y cuando ocurra el siniestro, aquellas puedan anteponer una preexistencia para negar la cobertura y así alegar reticencia

De manera que la demandada al haber sido negligente al omitir la realización de los respectivos exámenes o diagnósticos del estado de salud del actor, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, aquella alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso a los contratos de seguro.

Por otro lado es de notar que el promotor del amparo fue calificado en abril de 2015, como invalido con un PCL del 96%, debido a que por sus quebrantos de salud entre otras enfermedades, relacionadas con su labor como profesor, ya no podía ejercer dicha labor, la cual se estructuró en la misma anualidad, no puede concluirse que la activa actuó de mala fe pretendiendo esconder las enfermedades padecidas por este, con anterioridad a la suscripción de los contratos, pues es claro que la situación de invalidez se produjo con posterioridad al acuerdo negocial y en todo caso, si ello se puede considerar como una

enfermedad progresiva, descartándose cualquier indicio de mala fe del asegurado al no haber advertido el padecimiento físico.

Tampoco puede hablarse de mala fe, que se hubiera acreditado en el proceso que en el año 2014, la activa haya consultado al médico por afecciones psicológicas, y que años después hubiera buscado nuevamente a los especialistas por la misma razón, ya que eso lo que demuestra es que el trabajador en su labor de docente controló la enfermedad, lo que le permitió seguir ejerciendo su rol como trabajador para devengar unos ingresos, pero desafortunadamente su situación empeoró hasta el punto de llevarlo a la invalidez; de ahí que tampoco se puede llegar hasta el extremo de exigir una declaración pormenorizada de todos los chequeos médicos, dado que adversas enfermedades pueden ser superadas con el tiempo y los cuidados para permitir el desempeño normal de las actividades cotidianas.

De esta manera esta defensa reitera que la entidad demandada fue negligente, pues pudiendo averiguar la información desde el momento de la suscripción del contrato, solo vino a oponerse cuando se efectuó la reclamación, por lo que la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado solo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora, y aunque posteriormente se acreditó que existen ciertos antecedentes de la enfermedad, para la invalidez solo fue determinante el padecimiento con posterioridad a la firma del aseguramiento, desvirtuándose con ello la mala fe en el actuar del tomador.

Este tipo de comportamientos de la aseguradora, configuran una discriminación para toda persona que por alguna razón presenta una afección a su estado de salud, pues bastaría que se indague cualquier consulta o chequeo al médico para establecer la mala fe en ella, desconociendo que la posibilidad de recuperación y acceso al mercado laboral es propio del principio de la dignidad humana para garantizar unos ingresos económicos para satisfacer las necesidades básicas, de paso, esa conducta también implicaría que cualquier persona con cierta dolencia no puede acceder al crédito, ni al amparo del mismo.

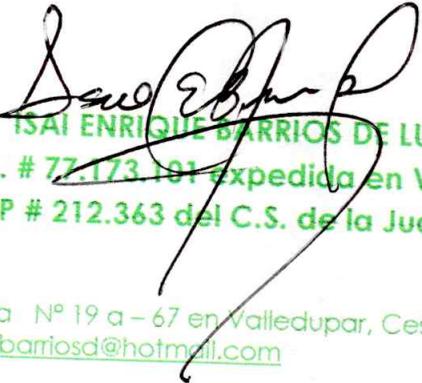
mediante un póliza de seguro que cubra la invalidez derivada de una enfermedad que ha evolucionado, hasta el punto de deteriorar la salud física y mental de la persona, originándose igualmente en un acto discriminatorio.

Por todo lo anterior Honorable Magistrado solicito con todo respeto,

Declarar que SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. es civilmente responsable con Responsabilidad Civil Contractual del pago de la indemnización contratada con el demandante con esta aseguradora como asegurado en la póliza N° 49 - 80 - 1000000056, a la cual ingresó a la compañía Seguros de Vida Del Estado S.A, el día 24/07/2014, según Código Condiciones Generales No.12702/2009- 1419-P - 37 -0000000EVI-030A, vigente desde el 24/07/2014, que como consecuencia de la anterior declaración se condene a la firma demandada a:

1. Pagar la suma de Cien Millones de Pesos (\$100.000.000) de la póliza N° 49 - 80 - 1000000056, a la cual ingresó el demandante mediante certificado de fecha 24/07/2014, vigente desde el 24/07/2014, a favor del demandante ALFONSO BECERRA AREVALO.
2. Condenar a la parte demandada al pago del interés moratorio de la suma antes mencionada (\$100.000.000) a la tasa más alta autorizada por la Superintendencia Financiera y conforme al Artículo 1080 del C.Co, desde el día 22 de Abril de 2015, hasta el día del pago total de la obligación.
3. Que se condene en costas y gastos de esta demanda a la empresa demandada.

Atentamente;


ISAÍ ENRIQUE BARRIOS DE LUQUEZ
C.C. # 77.173.181 expedida en Valledupar
T.P # 212.363 del C.S. de la Judicatura

NOTIFICACIONES

El suscrito en la Calle 17 a N° 19 a - 67 en Valledupar, Cesar.
Oficina Jurídica Email: isaibarriosd@hotmail.com
Cel. N° 3006738974

La Empresa recibe las notificaciones en la CR 11 No. 90 - 20. Bogotá D.C
E-mail denotificación Judicial: enrique.camacho@segurosdelestado.com