



Tipo de proceso	:	Verbal
Demandante	:	Dagoberto Ospino Lozano
Accionada	:	Metlife Colombia Seguros de Vida S.A.
Radicación	:	11001310301920220041600
Actuación	:	Sentencia
Fecha	:	Treinta (30) de enero de dos mil veinticuatro (2024)

I. ASUNTO A TRATAR

Agotado en legal forma el trámite pertinente, y de conformidad con lo dispuesto en el inciso tercero del numeral 5 del art. 373 del C. G. del P., procede el despacho a proferir la decisión de fondo que le ponga fin a la instancia dentro del proceso verbal de la referencia.

II. ANTECEDENTES

A través de escrito de demanda se sostiene que el señor Dagoberto Ospino Lozano laboró inicialmente con Hughes Services S.A., desde el 01 de marzo de 1989 la cual cambió su denominación a BJ Services S.A, luego BJ Services Switzerland Sarl y posteriormente, en razón a una sustitución patronal producida en julio primero de 2012 continuó laborando con Baker Hughes de Colombia hasta el 23 de septiembre de 2016.

Se refiere también en el introductorio que Baker Hughes de Colombia suscribió con Metlife Colombia Seguros de Vida S.A., la Póliza de Vida Grupo No. 2005375 siendo el demandante un asegurado designado por el tomador, con vigencia desde el 01 de julio de 2012 hasta el 01 de abril de 2017, cuyo objeto, entre otros, era el de amparar los riesgos de *incapacidad total y permanente* con un valor asegurado de \$175.194.888.00 y *plan canasta por* ITP por valor de \$6.600.000.00.

De igual manera se indicó que el accionante se encuentra calificado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila mediante el Dictamen No. 12740 del 05 de enero de 2021, en donde se estudiaron las deficiencias denominadas *perdida de la agudeza visual, columna dorsal, columna lumbar, enfermedad de la próstata, tinnitus* y por *desórdenes del tracto digestivo superior*. Determinándose un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 58.01% de origen enfermedad y riesgo común con fecha de estructuración 18 de abril de 2016. Por lo que el 19 de febrero de 2021 el asegurado solicitó a la demandada el pago de la indemnización correspondiente a la póliza contratada por los riesgos amparados.

Que la aseguradora a través del escrito de fecha 05 de abril de 2021 objetó la solicitud de pago de la indemnización correspondiente aludiendo que las enfermedades calificadas por la Junta Regional de Invalidez del Huila se presentaron con posterioridad a la fecha de estructuración y a la fecha de vigencia de la póliza. El demandante presentó solicitud de reconsideración el 08 de abril de 2021, allegando dictamen de pérdida de capacidad laboral No. 2016168725 del 09 de agosto de 2016 expedido por Colpensiones para fines pensionales, sustentando que tal Administradora le determinó como fecha de estructuración 24 de mayo de 2016 la cual coincide con la determinada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila. Lo que demuestra que las enfermedades calificadas por la Junta Regional anteceden a la fecha de estructuración por lo que tienen su origen desde el año 2016, eso es, dentro del periodo de cobertura o vigencia de la póliza solicitada; allegándose de igual manera ponencia del dictamen emitido por la Junta en mención a fin de que se tuviera en cuenta que la fecha de estructuración 18 de abril de 2016 corresponde a la lectura de Ecocardiograma: *insuficiencia aortica, raíz aortica dilatada, función ventricular disminuida, dilatación biventricular, hipoquinesia lateral e insuficiencia mitral*.

Se refiere también que a través del escrito de fecha 21 de junio de 2021 la demandada despachó desfavorablemente la solicitud de reconsideración frente al pago de la indemnización correspondiente al

amparo de incapacidad total y permanente y plan canasta por ITP al no encontrar nuevos elementos de juicio que permitieran modificar su decisión inicial, ratificándose en la carta de objeción de fecha 05 de abril de 2021.

Concluye el fundamento fáctico del escrito de demanda que la aseguradora no valoró la historia clínica que origina la fecha de estructuración de la enfermedad y que conllevó a que se emitiera el dictamen por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila, por medio del cual se le determinó al demandante una pérdida de capacidad laboral superior al 50%, sin que existan elementos de juicio para negar el reconocimiento del pago de la indemnización correspondiente.

Como consecuencia de lo anterior,, pretende a través de la acción instaurada que se declare que el demandante adquirió con la demandada,, en calidad de asegurado,, la Póliza de Vida Grupo No. 2005375 con vigencia desde el 01 de julio de 2012 hasta el 01 de abril de 2017,, y por ende se condene a ésta última a reconocer y pagar la suma de \$181.794.888.00 con ocasión del acaecimiento del riesgo amparado por incapacidad total y permanente y plan canasta por ITP causado durante la vigencia del 01/07/2012 al 01/04/2017 junto con la indexación y los intereses de mora correspondientes,, así como la condena en costas y agencias en derecho.

Trámite procesal

Mediante el pertinente proveído el despacho admitió la demanda impetrada el cual fue notificado a la pasiva, quien dentro del término de ley contestó dicho libelo, oponiéndose a sus pretensiones, alegando como excepciones de fondo las siguientes:

- *La configuración del amparo de Incapacidad Total y Permanente contemplado en la Póliza expedida por METLIFE no se encuentra supeditada al cumplimiento de los requisitos previstos en el régimen normativo de la seguridad social.*
- *Ausencia de requisitos que determinan la exigibilidad del amparo de ITP: Las circunstancias que informan el reclamo elevado por el accionante no cumplen las exigencias previstas en la Póliza expedida por METLIFE.*
- *Pérdida del derecho a la indemnización.*
- *Ausencia de cobertura de la póliza frente a hechos meramente potestativos [y dolosos] del asegurado.*
- *Prescripción extintiva de las acciones y derechos que emanan del Contrato de Seguro y las normas que lo rigen.*
- *Prescripción de la acción de protección al consumidor financiero de seguros.*
- *Improcedencia de la causación de intereses moratorios*
- *Nulidad relativa del Contrato de Seguro y compensación.*
- *El eventual compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE se encuentra limitado a la suma asegurada prevista en la Póliza.*
- *La genérica.*
-

III. CONSIDERACIONES

1. Los presupuestos procesales que doctrinaria y jurisprudencialmente se han establecido como necesarios para poderse proferir sentencia de fondo, en este asunto se encuentran reunidos, como quiera que, la competencia, por sus distintos factores, se encuentra radicada en este juzgado; la demanda reúne los requisitos formales mínimos para tenerse como presentada en legal forma; las partes demostraron su existencia para así ser partes, y tuvieron su legal representación judicial. De otro lado, se observa que en el trámite del proceso se ha cumplido con todos los ritos propios de esta clase de procedimientos, sin que se vislumbre irregularidad alguna que pueda invalidar la actuación hasta el momento.

2. Para el caso de autos, ha concurrido el demandante a fin de que le sea reconocida y pagada la indemnización contenida en la póliza de seguro base de la acción, junto con la indexación y los intereses a que hubiere lugar. Ello con ocasión del acaecimiento del riesgo amparado por incapacidad total y permanente y plan canasta por ITP causado durante la vigencia del 01/07/2012 al 01/04/2017, teniendo en cuenta la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral en el grado de invalidez, lo que ocurrió el 18 de abril de 2016.

3. De conformidad con lo establecido en el artículo 1 de la ley 389 de 1997, modificatorio del art 1036 del Código de Comercio, el seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva, el que por ende se perfecciona con el mero consentimiento de las partes, requiriéndose no obstante, la prueba de su existencia por medio escrito o a través de confesión, estando obligado el asegurador (para fines exclusivamente probatorios) a entregar su original al tomador, dentro de los quince días siguientes a la fecha de su celebración, el documento contentivo de dicha convención, el cual se denomina póliza, que deberá redactarse en castellano y firmarse por el asegurador.

Del mismo modo, la Corte Constitucional mediante sentencia T-071 de 2017 precisó:

“El contrato de seguro consiste en una estipulación contractual, donde una persona llamada tomador se obliga al pago de una suma de dinero en forma de otra persona llamada asegurador, con el propósito de generar un ahorro que pueda servir para hacer frente a los daños causados por un riesgo determinado por ambos. De esta manera, se observa que esta modalidad contractual encuentra su piedra angular sobre la base de la inseguridad que produce un hecho futuro e incierto que tiene la virtualidad de generar una afectación ostensible sobre las capacidades y el patrimonio del interesado”

Por otra parte, en relación con dicha modalidad contractual por vía jurisprudencial se ha establecido:

“Sentado lo anterior, es necesario en primer lugar precisar lo relativo al contrato de seguro, con respecto al cual advierte el artículo 1037 del Código de Comercio, que son partes del mismo, el asegurador y el tomador del seguro, advirtiendo que el primero es la persona jurídica que asume los riesgos con la debida autorización para ello, con arreglo lógicamente a las leyes y a los respectivos reglamentos.

El tomador es la persona que actuando por cuenta propia o ajena, traslada al asegurador los riesgos, puede ser cualquier sujeto de derecho, persona natural o jurídica, pero igualmente puede además adquirir la calidad de asegurado y nada se opone para que al unísono también sea el beneficiario, puesto que no necesariamente el tomador debe tener interés asegurable, que sí se precisa para el asegurado, lo que permite concluir, que quien contrata un seguro, traslada el riesgo y puede ser el titular del interés asegurable y a más de ser el tomador puede ser asegurado, pero igualmente, tomador, asegurado o beneficiario y afianzado pueden ser personas distintas, lo que significa que las partes en el contrato de seguro, que es bilateral, son el asegurador, el tomador, beneficiario y asegurado.

A su vez y según lo previene el art 1045 del ordenamiento comercial, como elementos esenciales del contrato de seguro se tienen los siguientes, sin los cuales, el mismo no produce efecto alguno, a saber:

- 1) El interés asegurable;
- 2) El riesgo asegurable;
- 3) La prima o precio del seguro, y
- 4) La obligación condicional del asegurador.

De igual manera, define el art. 1054 *ibidem* como riesgo, “el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador...” refiriendo que, los hechos ciertos salvo la muerte y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro, sin que tampoco se

constituya como riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento.

En este espeto, establece la Corte Suprema de Justicia que:

“6.1.2. El riesgo, para ser materia de aseguramiento debe ser real, es decir, susceptible de potencial ocurrencia, lo cual descarta el amparo de riesgos inexistentes, bien porque el suceso no tendría la virtualidad de ocurrir, o porque se produjo antes de la vigencia del contrato de seguro.

“Lo anterior, sin perjuicio de algunas legislaciones que permiten asegurar el denominado riesgo putativo, el cual se presenta cuando las partes desconocen si el evento dañoso o siniestro se ha verificado o no; incertidumbre que en tales ordenamientos permite mantener la validez del contrato, así el suceso no resulte futuro. Empero, el derecho de seguros, en líneas generales, ha proscrito los seguros con riesgo inexistente, incluido el ya generado a lo que aparea a tales eventos la nulidad del contrato, en tanto fallaría la causa del mismo.

“ ...”¹

4. Presentadas las anteriores citas legales y jurisprudenciales, se pasa a examinar el caso concreto.

Es así como este despacho entra a valorar las pruebas allegadas al mismo con el ánimo de soportar la decisión que habrá de desatar esta instancia.

(i) Es base de la acción impetrada la Póliza No. 2005375 denominada: “VIDA GRUPO NO CONTRIBUTIVO”, cuyo ente asegurador lo es Metlife Colombia Seguros de Vida S.A., tomador Baker Hughes de Colombia y asegurado el demandante Dagoberto Ospino Lozano, cuya vigencia se pactó desde el 01 de julio de 2012 hasta el 04 de abril de 2017.²

En dicho documento se establecieron como amparos:

Amparos	Valor asegurado
Vida	\$175.194.888.oo
Incapacidad total y permanente	\$175.194.888.oo
Gastos funerarios	\$ 7.000.000.oo
Enfermedades graves	\$105.116.932.oo
Auxilio de maternidad	\$250.000.oo
Auxilio de paternidad	\$250.000.oo
Plan canasta por fallecimiento	\$6.600.000.oo
Plan canasta ITP	\$6.600.000.oo

Ahora bien, dentro de las condiciones generales y anexos se establecen los siguientes apartes:

“CONDICIÓN PRIMERA Cobertura en caso de incapacidad total y permanente

“INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.- LA COMPAÑÍA SE COMPROMETE A PAGAR AL ASEGURADO O AL (LOS) BENEFICIARIO(S), LAS PRESTACIONES PROPIAS DE CADA UNO DE LOS AMPAROS EXPRESAMENTE SEÑALADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO, SUFRA EL EVENTO CUBIERTO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS PARA CADA AMPARO Y HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.- LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO, EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EN CASO DE QUE ÉSTE, SE INCAPACITE TOTAL Y PERMANENTEMENTE.- SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO MENOR DE SESENTA Y CUATRO (64) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DIAS

¹ Sentencia **SC5327-2018** del 13 de diciembre de 2018 **Radicación n° 68001-31-03-004-2008-00193-01** Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. M.P. Dr. Luis Alonso Rico Puerta.

² Ello según se desprende del certificado individual de seguros de vida grupo expedido por Mitlife

DE EDAD QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO ASEGURADO BAJO EL PRESENTE CONTRATO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER OCUPACIÓN O EMPLEO REMUNERADO, SIEMPRE Y CUANDO LA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS.-

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARÁ COMO TAL LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE.-

LA PÉRDIDA: CONFORME AL CONCEPTO EMPLEADO EN ESTE CONTRATO, SIGNIFICA RESPECTO DE:

- MANOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA.
- PIES: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA.
- OJOS: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN.”

“CONDICIÓN TERCERA Prueba de la incapacidad total y permanente

“El Asegurado tiene libertad para probar el estado de incapacidad total y permanente; pero LA COMPAÑÍA entenderá que cumple con este requisito, cuando presente una Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral emitida por una Junta de Calificación Regional o Nacional, ARP o EPS emitida con base en el Manual de Calificación de Invalidez, cuyo porcentaje de calificación sea superior al cincuenta por ciento (50%), la fecha de estructuración de la invalidez haya ocurrido mientras la póliza se encontraba vigente, y, haya transcurrido el plazo mínimo en que la persona se encuentre incapacitada.-

A su vez de la documental obrante en el plenario se establecen entre otras, las siguientes condiciones particulares de la póliza bajo estudio.

“PERSONAL ASEGURADO: Empleados al servicio activo del Tomador, mediante contrato escrito y en jornada completa de trabajo.

“AMPAROS ADICIONALES 1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (C) Edad de ingreso mínimo 18 años hasta los 65 años, con permanencia hasta los 65 años.

“Valor Asegurado por Persona Opción de 24 Sueldos, Máximo \$1.000.000.000= PLAN CANASTA ITP Se otorga Bono ITP Canasta por valor de \$550.000= mensuales durante un año. VALOR MAXIMO ASEGURADO AMPARO DE VIDA E ITP \$1.000.000.000=”

(ii) Se recibió de igual manera el interrogatorio de parte del demandante quien manifestó que la relación laboral con su empleadora culminó como consecuencia de recorte de personal y ante la celebración de una conciliación, pero que, mientras estuvo vinculado le hicieron exámenes periódicos en los que aparecía con problemas del corazón, de rodillas y en la columna vertebral, por lo que fue reubicado en bodega, ejerciendo actividades que no tuvieran mayor movimiento, durando como 6 años en bodega y archivo.

En lo que a incapacidades médicas se refiere, el demandante informó que no las radicaba por temor a perder el empleo pues había persecución del personal que estaba mucho tiempo incapacitado, aseverando que no contaba con conceptos de mejoría médica máxima previo al mes de agosto de 2016 fecha en la que Colpensiones emitió el primer dictamen.

Que antes de 2016 todas las incapacidades se tramitaron a través de Colmédica pues la EPS no las recibía y que para tal época se generaron 5 o 6 incapacidades, sin presentarlas toda vez que iba a trabajar estando incapacitado.

(iii) Por su parte, el representante legal de la demandada en el interrogatorio de parte practicado indicó que la póliza base de la acción para el momento de la desvinculación del demandante de la empresa en que trabajaba se encontraba vigente hasta que se desvinculó de la misma.

Manifestó a su vez que se objetó la reclamación realizada por el actor en la medida que se evidenció la ausencia de soportes que confirmaran la calificación realizada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila, pues con la documental allegada no se podía determinar la fecha de estructuración de las patologías calificadas, sin que contare el reclamante con los 150 días consecutivos de incapacidad.

(iv) Obra también en el plenario el Informe de Auditoría Pericial presentado por el Dr. Rubén Darío Reyes Díaz, médico con especialización en Seguridad y Salud en el Trabajo, Medicina del Trabajo y Ergonomía. Documento en el que se estableció como objeto de la experticia el de *“llevar a cabo un estudio médico especializado y análisis de la historia clínica y documentación aportadas del señor Dagoberto Ospino Lozano, en relación a concepto emitido el 05/01/2021 por la Junta Regional De Calificación Del Huila Dictamen número 12740 determinando una pérdida de capacidad laboral o del estado de invalidez 58.01% con fecha de estructuración 18/04/2016 firmada por Dr. Hernández, Dr. Cortes y Fisiot Perdomo soportado en el decreto 1507 de 2014”*.

Estudio que además arrojó las siguientes conclusiones:

“Del total de documentos obrante para la revisión en el caso del señor Dagoberto Ospino Lozano, a través de un proceso de observación retrospectiva encontrándose que en el año de 2016 el fondo de pensiones Colpensiones a través de Asalud genero calificación en primera oportunidad de pérdida de capacidad laboral donde las deficiencias se enmarcan en condición cardio vascular soportada en un único hallazgo de paraclínico que reporta compromiso el cual para su corroboración se solicita un ecocardiograma bajo estrés que desvirtúa los hallazgos, sin embargo, el calificador de Colpensiones soporta la mayor parte de la deficiencia en su condición cardiovascular, teniendo en cuenta 5 diagnósticos de los cuales 3 eran del aparato cardiovascular y por consiguiente la asociación anatómico funcional y su reflejo en el título II conlleva a genera un calificación superior al 50% con fecha de estructuración soportada en consulta de medicina interna de fecha 24/05/2016 y respecto una segunda calificación de perdida realizada por la Junta Regional de Calificación del Huila lo primero que llama la atención es el tema de la jurisdicción de las juntas asociada al sitio de vivienda del calificado que lo establece la norma es un calificación realizada 5 años después para condonación de deuda y otros define invalidez soportada en patología de afectación de agudeza visual difícilmente identificada en la historia clínica y se define calificarlo sin tener en cuenta los criterios establecidos en el decreto 1507 de 2014 para este tipo de condición donde es claro y refiere que debe calificarse con corrección, en adición esta su condición de columna vertebral con hallazgo de deterioro sin signos de radiculopatía así como valoración de fisioterapia que refiere adecuada movilidad y menor compromiso, sin embargo, estas condiciones son las que generan la deficiencia alcanzando el concepto de invalidez al sobrepasar también el 50% respecto a la fecha de estructuración se toma la fecha de 18 de abril de 2016 sin ningún sustento y al revisar se encuentra que la fecha tiene que ver con paraclínico de su condición cardíaca que en esta calificación no se tuvo en cuenta. Llama la atención que son calificaciones hechas por personas de gran experiencia y con muchos años desempeñando esta actividad, se pudiera considerar que si existieron fallas en el conocimiento documental del caso, pero en esta revisión es fácil evidenciar lo dicho, adicionalmente no se evidencia remisor para la primera calificación, así como el cumplimiento de criterios para la calificación como los procesos de rehabilitación, ausentismo médico, concepto de mejoría médica máxima ni el total de proceso que acompañan estos procesos; en la calificación de la Junta Regional de calificación del Huila y luego realizando el ejercicio de calificación con la información aportada en el dictamen se realiza la calificación sin alcanzar la condición de invalidez y de igual manera deja grandes dudas en los modelos de actuación para la emisión de dichos dictámenes; se define el título II realizar la valoración como si

fuera población no económicamente activa y en la revisión de las directrices de la Junta Nacional de calificación en una directriz establece el criterio de calificación del título II; las juntas de calificación tiene de acuerdo al proceso de selección al personal más idóneo y con vigencia de conocimiento para hacer este tipo de actividad , pero son los errores, omisiones entre otras lo que llama la atención en este caso por parte de estos calificadores y respecto del caso mismo no se considera que el señor Ospino Lozano fuera invalido al momento de realizar estas dos calificaciones, según lo explicado a través del cuestionario, allegado para este concepto pericial y el tema del reconocimiento económico por invalidez enmarcado en el seguro de vida es potestativo de la empresa de seguros que se puede soportar en los conceptos dados en seguridad social o no; siempre y cuando se cumpla con el clausulado que hace parte de la póliza que firman el tomador en este caso la empresa contratante y la aseguradora MetLife que toma decisión entorno a un clausulado y a conceptualizaciones técnicas emitidas por sus grupos de expertos.”

A su vez, el auxiliar de la justicia en la respectiva audiencia sustentó el dictamen allegado al plenario, indicando que el soporte utilizado para establecer la pérdida de la capacidad laboral del demandante no era suficiente para poderlo determinar cómo invalido, desvirtuándose la fecha de estructuración, sin que existiere dentro de la documental analizada referentes de incapacidad.

También manifestó que el principal cuadro clínico del demandante y de mayor afectación reportado en las dos calificaciones tiene que ver con un problema cardiovascular, un cuadro hipertensivo el cual posteriormente se asocia, se define como una incompetencia valvular cardiaca la cual fue identificada y superada a través de un ecocardiograma que dado a que generaba incertidumbre en abril de 2016, 3 meses después se practica un electrocardiograma a efectos de determinar si existía el grado de severidad que mostraba el ecocardiograma base, lo cual fue soportado por el médico tratante estableciéndose una condición leve y sin compromiso valvular.

Indica el perito que en 2020 se realizó una nueva ecografía en la que se establece que la condición médica no tiene el compromiso establecido de la insuficiencia mitral de la cardiopatía dilatada, sin que el tema de la hipertensión arterial cumpliera los criterios establecidos por el Decreto 1507 para un porcentaje de pérdida de capacidad tan alto como el que le calificaron.

Experticia que no fue puesta en tela juicio por la parte demandante en la forma indicada por el artículo 228 del C. G. del P., teniendo valor probatorio dicho estudio según lo previene tal disposición.

(v) Entre las pruebas recaudadas se encuentran también los testimonios rendidos por Jorge Rincón Puerta y Andrea Sanabria.

Jorge Rincón Puerta quien manifestó ser médico administrativo y ser consultor médico de la demandada en 2 campos a saber:

- A) En el estudio del estado del riesgo de los aspirantes a contratar seguros de vida según el tipo de póliza y sugerir si se debe contratar o no y la forma de contratación.
- B) Ayuda en el análisis de los siniestros de las reclamaciones presentadas por parte de los asegurados, quienes al presentar documentos médicos deben ser analizados a la luz del contrato de seguro.

En lo que al caso concierne, aseveró el declarante que el demandante presentó reclamación para afectar la póliza por incapacidad permanente, allegándose un dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila del 05 de enero de 2021, en donde se registran 5 o 6 diagnósticos con un 58% de pérdida de capacidad laboral y fecha de estructuración 2016.

Alude que los diagnósticos eran menores, tratables y reparables, sin que la reclamación reflejare un estado de salud que implicara una invalidez.

Por su parte, Paola Sanabria quien informó ser economista, luego de hablar de las características de la póliza base de la acción, su vigencia y los amparos cobijados refirió que conoció de la reclamación del actor y que después de la evaluación médica realizada, el área médica concluyó que la fecha de estructuración no podía ser anterior al 01 de abril de 2017 y que con los documentos aportados era imposible que fuera en 2016 razones por las cuales se objetó la solicitud respectiva.

5. Conforme a las evidencias médicas allegadas al plenario, entre las cuales se encuentran historias médicas y exámenes clínicos, las cuales fueron analizadas tanto por la aseguradora demandada al momento de estudiar la reclamación que hoy nos ocupa (objetándola al considerar que durante atenciones médicas al actor no registran la presencia de antecedentes médicos relevantes, ni se encuentren hallazgos físicos relacionados con los diagnósticos por los cuales es calificado con invalidez desde la fecha de estructuración, aludiendo también que la hipertensión arterial no fue tomada en cuenta como deficiencia calificable por el grupo interdisciplinario de la Junta Regional de Calificación del Huila) como por el perito médico al momento de presentar la experticia encomendada, corroboradas por las declaraciones de las partes y los testigos que rindieron declaración al interior del trámite de la referencia, se puede establecer la ausencia de pruebas que determine el cumplimiento de los requisitos a efectos de obtener el pago perseguido mediante la demanda base de estudio, en lo que tiene que ver con el riesgo asegurable.

6. De igual manera se pone de presente a la parte demandante que, si bien es cierto, de conformidad con lo establecido en los Decretos 1072 de 2015 y 1352 de 2013 pueden los particulares acceder de manera privada a una calificación del estado de invalidez, sin que las decisiones allí proferidas puedan recurrirse, lo cual no fue objeto de contradicción por parte de la demandada; es más, como ya se anotó en precedencia, dentro del clausulado de la póliza en discusión se estableció como una de las maneras de acreditar dicha calificación los dictámenes emitidos por las Juntas de Calificación de Invalidez; también lo es que tales experticias podían ser controvertidas en la forma y términos establecidos en el Código General del Proceso, como en efecto lo realizó la pasiva, sin que, entre tanto el extremo actor pusiera en tela de juicio las pruebas arrojadas por su contraparte para acreditar los supuestos en que basó sus medios de defensa.

Situaciones de las cuales se desprende entonces que el demandante dentro del proceso no acreditó que para el año 2016 contaba con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral superior al 50%, con fecha de estructuración durante la vigencia de la póliza que aquí se pretende hacer valer, y soportada con incapacidades no inferiores a 150 días consecutivos, como en efecto se pactó en el contrato en mención, a fin de que los conceptos allí consignados fueran reconocidos por vía judicial.

Luego, al encontrar este estrado judicial demostrada la ausencia de uno de los elementos esenciales del contrato de seguro, determinados en el art. 1045 *e jusdem*, esto es, el riesgo asegurable, deben entonces declararse probadas las excepciones legadas por la pasiva, denominadas *“La configuración del amparo de Incapacidad Total y Permanente contemplado en la Póliza expedida por Metlife no se encuentra supeditada al cumplimiento de los requisitos previstos en el régimen normativo de la seguridad social”* y *“Ausencia de requisitos que determinan la exigibilidad del amparo de ITP: Las circunstancias que informan el reclamo elevado por el accionante no cumplen las exigencias previstas en la Póliza expedida por Metlife”* por lo que se negaran entonces las pretensiones del libelo introductorio, con las consecuencias que de tal declaración se desprenden, condenando en costas a la activa.

Ello en atención a lo normado en el art. 365 del C. G. del P., sin que fuere necesario entonces, conforme lo reza el inciso tercero del art. 282 del C. G. del P., entrar al análisis de los demás medios exceptivos alegados en el escrito de contestación de demanda.

IV. DECISIÓN

Corolario de todo lo expuesto, el Juzgado Diecinueve Civil del Circuito de Bogotá administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por la autoridad de la Ley,

V. RESUELVE

Primero. Declarar probadas las excepciones denominadas “La configuración del amparo de Incapacidad Total y Permanente contemplado en la Póliza expedida por Metlife no se encuentra supeditada al cumplimiento de los requisitos previstos en el régimen normativo de la seguridad social” y “Ausencia de requisitos que determinan la exigibilidad del amparo de ITP: Las circunstancias que informan el reclamo elevado por el accionante no cumplen las exigencias previstas en la Póliza expedida por Metlife” alegadas por Metlife Colombia Seguros de Vida S.A., dadas las razones expuestas en precedencia.

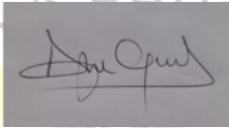
Segundo. Como consecuencia de lo anterior, negar las pretensiones de la demanda.

Tercero. Se condena en costas a la parte demandante. Liquídense.

Cuarto. Se fijan como agencias en derecho la suma de \$6.000.000.00

Quinto. Cumplido lo anterior archívese la actuación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.



(firma escaneada exclusiva para decisiones de Juez 19 Civil Circuito de Bogotá, conforme al artículo 105 del Código General del proceso, en concordancia con las disposiciones de la Ley 2213 de 2022)

ALBA LUCIA GOYENECHÉ GUEVARA
JUEZ

JUZGADO 19 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

Hoy _____ se notifica la presente providencia por anotación en **ESTADO No.** _____

GLORIA STELLA MUÑOZ RODRÍGUEZ
Secretaria