

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO CUARENTA Y CUATRO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D. C., dieciocho (18) de mayo de dos mil veintidós (2022)

Ref.: No. 11001 31 03 044 **2020 00055 00**

1. Obre en autos la manifestación que hace el togado de la parte actora frente a las diligencias del despacho comisorio (archivo 09). En conocimiento de las partes su llegada y agregación.
2. No obstante, lo anterior, se requiere **NUEVAMENTE** a la Alcaldía de la Localidad de Engativá, para que, en el término no mayor de 8 días, proceda a arrimar las diligencias **completas** del despacho comisorio, de conformidad con la comisión No. 0038, que usted realizó el 23 de agosto de los corrientes. Adviértaseles de las sanciones de ley por su silencio frente a este requerimiento. Oficiese. Por secretaría remítasele copia de los folios 108 a 112 del archivo 01 y el archivo 09.

NOTIFÍQUESE

La Juez,

Una firma manuscrita en tinta gris, que parece ser 'Paya' o similar, escrita con un trazo fluido y cursivo.

HENEY VELÁSQUEZ ORTIZ

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO CUARENTA Y CUATRO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D. C., dieciocho (18) de Mayo de dos mil veintidós (2.022)

RADICADO: 11001-31-03-044-2020-00343-00

De conformidad con inciso 3° del numeral 5° del canon 373 del Código General del Proceso, el Despacho procede a proferir la sentencia que en derecho corresponde, para lo cual se exponen los siguientes,

I. ANTECEDENTES

El señor Gilberto Ortega Rozo demandó a la Compañía de Seguros Bolívar S.A., solicitando, entre otros pronunciamientos, la declaración de incumplimiento del contrato de seguro contenido en las pólizas de seguro de vida Davida Integral números 5172100585201 y 5172100819701 por el no pago de las sumas reclamadas correspondientes al amparo por Incapacidad Total y Permanente. Consecuentemente, pidió se condene a la convocada a cancelar al demandante los valores asegurados en cuantías de \$48'503.131,00 y \$49'522.821,00 respectivamente, junto con los intereses moratorios comerciales.

Notificado el demandado, propuso las excepciones que denominó “nulidad relativa de los contratos de seguro por Reticencia y/o Inexactitud en las declaraciones del estado del Riesgo”; “Inoperancia de la Prescripción de la Nulidad Relativa del contrato por Reticencia y/o Inexactitud en la declaración del estado del Riesgo invocada por vía de excepción respecto del seguro de vida Davida Integral No. 5172100819701”; “falta de cumplimiento de los requisitos establecidos en el ANEXO de incapacidad total y permanente para acreditar la incapacidad total y permanente que se reclama respecto del seguro de vida Davida Integral póliza No. 5172100585201”; “limitaciones derivadas de la Póliza de Seguro” y la “Genérica”.

II. PROBLEMA JURIDICO

Bajo ese escenario y según la delimitación del problema jurídico planteado, la controversia que aquí se suscita gira en torno a tres aspectos fundamentales: (i) La ocurrencia o no de la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia e inexactitud en la declaración del estado del riesgo; (ii) La configuración o no de la prescripción de la nulidad relativa por reticencia en las declaraciones del estado del riesgo; y (iii) El cumplimiento o no de la condición establecida en el ANEXO para la configuración de la incapacidad total y permanente, que permita acceder al pago del seguro.

Aquí es menester anotar que, para desatar la *litis*, la valoración probatoria redundará sobre las circunstancias contractuales atinente al estado de salud del demandante, en tanto que el enervante de mérito esgrimido por la demandada (nulidad del contrato de seguro por reticencia) lo sustentó en la comprobación de aquel estado, así como en el análisis de los aspectos tendientes a probar la “condición” para la configuración de la incapacidad que permitiera el pago reclamado, y desde luego, el análisis de la inoperancia de la prescripción.

III. CONSIDERACIONES

1. Sea lo primero advertir que la súplica del libelo genitor antes expuesta, se soportó en el artículo 1137 y siguientes del Código de Comercio, esto es, la normatividad referente al **seguro de personas**.

Así mismo que no se discutió la existencia y vigencia de las pólizas que vinculan a las partes, pues además de existir prueba documental de ello, la convocada confesó la suscripción de las pólizas entre Gilberto Ortega Rozo y La Compañía de Seguros Bolívar S.A., con ocasión al seguro de vida Davida Integral números 5172100585201 y 5172100819701 (hechos 1, 2, 3, 6, 7, 8 y 9). Tampoco se controvertió que el demandante presentó reclamación con ocasión a la ocurrencia del siniestro y que la compañía la objetó por reticencia de información (hechos 15, 16, 17, 18, y 19).

Las precisiones que anteceden permiten constatar la legitimación en la causa por la cual cada una de ellas se hizo presente en esta *litis*.

2. Memórese que en el contrato de seguro tiene destacada importancia la buena fe, en tanto que el legislador, bajo exigencia perentoria, dispuso que el tomador debía efectuar una declaración sincera de todas las circunstancias que determinen el estado del riesgo (art. 1058 del C. de Co.), sin que -en principio- en nada influya el hecho de que el asegurador haya propuesto o no algún cuestionario en la solicitud del seguro.

En efecto, esa declaración del estado del riesgo la ha entendido la Corte Suprema de Justicia *“como uno de los más resonantes deberes impuestos al tomador (in potentia) que, circunscrito a la esfera precontractual, su escenario natural, permite al asegurador conocer, de primera mano, los pormenores atinentes al riesgo, ‘materia prima del seguro’ y, por contera, uno de sus elementos genéticos de mayor grandilocuencia, a la vez que relevancia funcional en el marco del desenvolvimiento de la relación asegurativa (arts. 1.037, 1.045 y 1.054 del C. de Co.)”, bajo la precisión atinente a que su función radica en “permitir que la entidad aseguradora, oportuna, reflexiva y suficientemente, pueda valorar la conveniencia de ‘asumir el riesgo’ o, por el contrario, de abstenerse de hacerlo -inhibición contractual (art. 1.055 C. de Co.)-, en un todo de acuerdo con lo disciplinado por los cánones técnicos, jurídicos y financieros que gobiernan la materia, los cuales, contrastados con la información suministrada (declaración de ciencia), le otorgarán los elementos de juicio necesarios para obrar con arreglo a su libertad contractual, genuina manifestación de la autonomía privada, máxime cuando ella ocupa el ‘rol’ de destinataria del deber en cuestión, consustancial a su calidad de desinformada –y por tanto pasible de tutela iuris-, dado que es el futuro*

tomador el que, por regla, está en condiciones de hacer cognoscible lo que la sociedad aseguradora desconoce acerca de su estado, en general”¹.

Por otro lado, las manifestaciones que al respecto haga el tomador pueden ser dirigidas o espontáneas, “[l]a primera se traduce en un cuestionario concreto sobre lo que es relevante para el asegurador en relación con la situación del riesgo. La espontánea se expresa en una solicitud genérica de información que el asegurador plantea al tomador sobre hechos y circunstancias del riesgo **que a juicio del solicitante resulten significativas para el asegurador**” (se resalta) “[e]n ambos casos el deber de información existe, pero en el segundo, o sea el de la declaración espontánea, necesaria y lógicamente se morigera su severidad, y por ende se reduce el nivel de exigencia para la configuración de la reticencia o la inexactitud como causales de nulidad relativa del contrato, porque si es el asegurador quien por razones técnicas cuenta con los elementos de juicio que permitieran precisar el tipo de información requerida, entonces debió acudir a una declaración dirigida”².

La doctrina igualmente ha referido que “Los parámetros tipificadores de la reticencia deben ser analizados frente a cada caso concreto para efectos de determinar la decisiva influencia que tienen las circunstancias calladas, presentadas de manera diversa o contrarias por entero a la realidad respecto de la posibilidad de celebrar el contrato por el asegurador, o de llevarlo a efecto pero en condiciones diferentes a las pactadas, pues siempre se debe tener en mira que para que la reticencia sea jurídicamente relevante es menester, como lo pregonan el inciso primero del art. 1058 del C. de Co., que ‘conocidas por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular en condiciones más onerosas’.

*“De todas maneras, desde el aspecto del diario acontecer, es lo cierto que si no se emplea la denominada solicitud de asegurabilidad o cuestionario en el cual la aseguradora indaga acerca de datos que estima básicos de conocer para los fines de llevar a cabo el contrato, es de difícil estructuración probatoria la reticencia como motivo de nulidad relativa del contrato, **pues es carga de la aseguradora probar la culpa del tomador en el encubrimiento de hechos o circunstancias que conlleven la objetiva agravación del riesgo**”³.*

3. En el asunto *sub examine*, la aseguradora demandada celebró con el Banco Davivienda un convenio denominado gastos de administración y recaudo, por medio del cual Seguros Bolívar S.A. expidió la póliza de seguro de vida Grupo en Unidades de Valor Real UVR -Davida Integral- en la cual Davivienda figura como tomador y en la que los asegurados son titulares en el banco de cuentas de ahorro, corrientes y tarjetas de crédito; y cuyas características básicas se encuentran en el documento obrante en el archivo 62 digital, al que también se refirió el representante legal, en el interrogatorio que absolvió.

Con ocasión a los productos que contrató el actor con el Banco Davivienda éste fue incluido como asegurado dentro del seguro de vida -Davida Integral-, quien autorizó para que la prima del seguro le fuera descontada de la cuenta de ahorros descrita en el libelo. Este hecho presupone, al

¹ C. S. J., s. c. c., sentencia del 2 de agosto de 2001. M. P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo. Exp. 6146.

² C. S. J., s. c. c., sentencia del 19 de mayo de 1999, M. P. José Fernando Ramírez Gómez. Exp. 4923.

³ López Blanco *Hernán Fabio*. Comentarios al Contrato de Seguro. Quinta edición, 2010. Pág. 159.

unísono, con lo que dijo el demandante, que fue abordado por una comercial del banco, quien le ofreció el seguro y que la prima le sería descontada de su producto (cuenta de ahorros).

Así mismo, que le entregó un formato (solicitud de seguro) concomitante con el formato de declaración de asegurabilidad (prediseñado) que debía ser firmado (sin mayores trabas, ni información) a lo cual accedió previo a responder verbalmente que no padecía ninguna de las enfermedades que le citó la “vendedora”, como cáncer, VIH, tensión arterial, que consideró “graves”.

Esto significó para el comprador, no analizar con mucho rigor, el producto adquirido, en tanto, “no estuvo debidamente asesorado por algún funcionario del intermediario de seguros o en su defecto de la misma compañía de seguros bolívar S.A., como es el deber ser y el recto proceder, en cabal y fiel cumplimiento de esa ineludible obligación de lealtad, asesoría y consejo con el potencial asegurado en pro del cumplimiento de la normatividad consagrada en las leyes 1328 de 2009...y 1480 de 2011)” (hecho segundo de la demanda).

Ahora, para el caso, al revisar el anverso del texto de las pólizas individuales Nros. 5172100585201 y 5172100810701 vistas a folios 37 y 39 de la contestación de la demanda, se observa lo siguiente:

Declaración de asegurabilidad

En mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge, con quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:

1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B, enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes.
2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades anunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma casual o consecuencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física ni mental alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitos y las hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1951, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestra historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar y divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aun después de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

Importante:

- No firme sin antes leer y entender el contenido del presente documento.
- Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Artículo 1056 y 1158 del Código del Comercio)
- No firme sin antes recibir el clausulado.

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: Usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con la Red 322 de Seguros Bolívar al 01-8000-123-322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Asegurado principal

CC. No.

11317485

Cónyuge

C.C. No.

Representante legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Tomador

Representante legal

Banco Páez S.A.

Huella Índice derecho del asegurado principal

37 de 133

Y respecto de la 5172100810701, lo siguiente:

Declaración de asegurabilidad

En mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge, con quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:

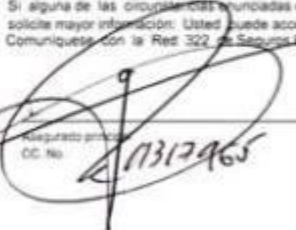
1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B, enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, vórices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes
2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades anunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma casual o consequential.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física ni mental alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitos y las hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestra historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar y divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aun después de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

Importante:

- No firme sin antes leer y entender el contenido del presente documento.
- Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Artículo 1056 y 1158 del Código del Comercio)
- No firme sin antes recibir el clausulado.

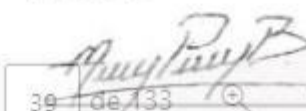
Si alguna de las enfermedades anunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información. Usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con la Red 322 de Seguros Bolívar al 01-8000-123-322, desde teléfonos móviles *322 o con su asesor de seguros.


Asegurado principal
C.C. No. 17317965

Cónyuge
C.C. No.


Huella dactilar derecho del asegurado principal


Representante legal
Compañía de Seguros Bolívar S.A.


39 de 133
Representante legal
Banco Promocional S.A.

3.1. Analizado lo expuesto, se extrae que, al tenor de las premisas jurisprudenciales y doctrinales anotadas al inicio de estos considerandos, la compañía demandada realizó una fusión para la declaración del estado de riesgo; pues el numeral primero contiene una afirmación (no un cuestionario) en virtud de la cual el tomador de la póliza al suscribirla, confirmaba no padecer las enfermedades relacionadas allí; pero en los restantes numerales 2º, 3º, y 4º, el tomador confirmaba aspectos más generales como procedimientos, síntomas o limitaciones. Ahora, de demostrarse lo contrario a lo así declarado, no sería necesaria mayor prueba de esa conducta reticente, la que por contera desvirtuaría la buena fe que en principio se presume del tomador (art. 835 del C. de Co).

Aquí, la demandada alegó la nulidad relativa por reticencia e inexactitud en la declaración del estado del riesgo, toda vez que para la fecha en que se diligenciaron y firmaron las declaraciones de asegurabilidad (23 de octubre de 2014, para la primera; y 16 de febrero de 2016, para la segunda), era evidente la existencia de padecimientos anteriores en tanto la Junta Médica Militar No. 717 de febrero 21 de 2004, había calificado al señor Ortega con una pérdida de capacidad laboral en porcentaje del 10.5% y en la H.C. del 25 de agosto de 2015, se emitió concepto de: “inclinación dorsolumbar de 5 grados con asimetrías del tórax. 2. Enfermedad Discogenerativa Lumbosacra. 3. Bursitis Hombros Bilaterales. 4. Condromalacia Patelofemoral Bilateral. 5. Fascitis Plantar con Espolones Calcáneos. **DIAGNOSTICO.** CODIGO M-519 NOMBRE TRASTORNO DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO” (fl. 17, contestación demanda), situación que, según la demandada, desmiente las afirmaciones el estado de salud del asegurado, lo que implicaba un actuar doloso o

culposo que correlativamente vicia el consentimiento del otro contratante, esto es de la aseguradora.

No obstante, encuentra el juzgado, varias situaciones que para resolver esta excepción, deben ponerse de presente, así: **(i)** la insuficiente información brindada al consumidor al momento de la contratación. En efecto, así se afirmó en el libelo de la demanda sin que, la demandada, hubiera destinado prueba a acreditar lo contrario, pese a su posición contractual. Recuérdese que el artículo 78 de la Carta Política alude a dos esferas de protección que se complementan; así el inciso primero prescribe que “la ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización”, esto es, el control de calidad en los servicios y el deber de informar de manera debida, completa y oportuna al consumidor respecto de esos bienes ofrecidos. Deber de información también consagrado en el literal b) del art. 5º de la ley 1328 de 2009 y en la ley 1480 de 2011, amén de que en materia de derechos de los consumidores no han sido pocas las manifestaciones de la Corte Constitucional con precisiones como las del siguiente tenor “La Constitución ordena la existencia de un campo de protección en favor del consumidor, inspirado en el propósito de restablecer su igualdad frente a los productores y distribuidores, dada la asimetría real en que se desenvuelve la persona que acude al mercado en pos de la satisfacción de sus necesidades” (Sent. C 313 de 2013). Deber de información reiterado por la Corte Suprema de Justicia, entre otras, en la sentencia de 30 de abril de 2009, exp. 25899 3193 992 1999 00629 01. **(ii)** Porque el inicio de las patologías presentadas por el señor Ortega Rozo hacia el año 2004, no se encuentran relacionadas en el formato de asegurabilidad, lo que, en rigor, permite inferir que la entidad no consideró relevante o agravante ese riesgo, no siendo posible extender el clausulado del listado a enfermedades no señaladas. **(iii)** Porque, para cuando se hizo el segundo diagnóstico al señor Ortega Rozo, ya había firmado por lo menos una de las dos declaraciones de asegurabilidad. Nótese que, para el 25 de agosto de 2015, ya había firmado la póliza No. 5172100585201; y **(iv)** Porque, aun aceptando una posible reticencia en la declaración del asegurado, la aseguradora no probó en este escenario, ni en otro, la mala fe, culpa o dolo en el encubrimiento de los hechos que agravarían el riesgo, carga probatoria, que, por ley y jurisprudencia, se asigna al profesional asegurador, según sentencia citada *ut supra*.

3.2. Por demás, frente a la declaración sobre el estado del riesgo, toda vez que de la segunda parte del texto así se extrae, Bolívar S.A., dejó al solicitante la tarea de determinar, bajo su real saber y entender, cuáles serían aquellas otros diagnósticos que para ese momento padecía, razón por la cual, la aseguradora se ve conminada a demostrar por otros medios probatorios la reticencia como motivo de nulidad relativa, esto es, desvirtuar la presunción de buena fe acreditando la culpa del tomador al ocultar situaciones que agraven el estado objetivo del riesgo amparado, como por ejemplo que el asegurado era consciente de que alguna enfermedad que estuviera padeciendo le implicaba el pago de una prima más onerosa o que rechazarían su solicitud, situación que tampoco fue acreditada.

3.3. En efecto, la convocada sólo centró su carga probatoria en aportar la historia clínica del señor Gilberto Ortega y el informe médico rendido por la Dra. Luz Marina Campo, la cual constituyó el soporte para su objeción al pago de la indemnización y la excepción que formuló sobre el particular, al señalar que el usuario había sido diagnosticado y tratado “cuando menos” con anterioridad a la celebración de uno de los dos contratos, por:

- En la historia clínica del 25 de agosto de 2015 emitida por el Hospital Militar Central se lee lo siguiente:

“MC/EA: PACIENTE ASISTE PARA REALIZACIÓN DE CONCEPTO MÉDICO PARA RETIRO DE FFMM.

(...)

PARACLINICOS Y ANÁLISIS

PACIENTE QUIEN ASISTE PARA CONCEPTO MÉDICO POR RETIRO DE FFMM. SE EMITE CONCEPTO DE 1. INCLINACION DORSOLUMBAR DE 5 GRADOS CON ASIMETRÍAS DEL TÓRAX. 2. ENFERMEDAD DISCOGENERATIVA LUMBOSACRA. 3. BURSITIS HOMBROS BILATERALES. 4. CONDROMALACIA PATELOFEMORAL BILATERAL. 5. FASCITIS PLANTAR CON ESPOLONES CALCÁNEOS

(...)

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO NOMBRE

M519 TRASTORNO DE LOS DISCOS INVERTEBRALES. NO ESPECIFICADO *(destacado ajeno al texto original).*

Al tamiz de lo discurrido, y tras la verificación que esa patología no se encontraba de forma expresa en las enfermedades que consideraba la aseguradora incrementaban el riesgo, debe decirse que en el plenario no existe evidencia científica de la cual se pueda concluir que, para el momento de la solicitud del seguro, o el diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad (octubre de 2014 y febrero de 2016), el señor Ortega padeciera de alguna de las enfermedades puestas de presente por la misma aseguradora, tanto más si no denotan haber sido catalogadas como crónicas, que eventualmente daría lugar a encajarla -apretadamente- dentro de la condición relatada en la declaración de asegurabilidad.

Por demás, téngase en cuenta que la aseguradora, frente a las enfermedades que consideró relevantes y propiciaban el aumento del riesgo, según el formato, fue enfática al señalar “*no hemos sufrido ni sufrimos actualmente...*” y más adelante “*En la actualidad no sufrimos síntomas...*”, enrostrando dos límites temporales de las patologías, sin que exista prueba alguna que para ese momento padecía las patologías enunciadas en el numeral primero.

Las precedentes conclusiones de orden fáctico sirven para afirmar que la demandada no acreditó mala fe o culpa en el tomador, al momento de declarar el estado de riesgo con la suscripción de la solicitud de póliza, circunstancias que se sancionarían con la nulidad relativa del contrato, pero que, se insiste, es huérfana de prueba dentro del asunto.

4. Ahondando en argumentos, y aun cuando apareciera demostrado que alguna de las patologías del tomador fuera “crónica”, y que la padecía desde antes del año 2016, es decir con anterioridad a la suscripción del segundo contrato de seguro, lo cierto es que la invocación de este medio de defensa no tiene vocación de éxito, habida consideración que, en oportunidad, el extremo activante puso de presente la extemporaneidad de tal formulación.

Al respecto, incumbe precisar que, en el *sub examine*, el término prescriptivo a contabilizar es el de tipo ordinario de dos (2) años y no el de cinco (5), de stirpe extraordinario, teniendo en cuenta que el plazo idóneo para la estructuración de este fenómeno es el que primero transcurra.

En esa dirección, el Alto Tribunal de Justicia en lo Civil, en sentencia SC 2803-2016, reiteró que la prescripción “(...) *ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, la floración -eficaz- de la reticencia o de la inexactitud en la declaración del estado de riesgo, etc.), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.*”

Allí mismo, recordó que, “[c]oncretándose al cómputo de la prescripción que corre frente al asegurador, ya sea para demandar o excepcionar la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia o inexactitud, precisó la Sala que la ordinaria «operará a partir del momento en que el asegurador conoció o debió conocer el hecho generador de la rescisión del contrato, es decir la inexactitud o reticencia comentadas, mientras que la extraordinaria es desde la fecha de materialización de la inexactitud o reticencia que, en sede contractual, será estrictamente aquella en la cual se perfeccione el contrato viciado por la mediación de tales irregularidades.»⁴

En otra oportunidad, adoctrinó que, “[l]uego de fenecido el quinquenio en referencia, la relación jurídica se tornará inescrutable, con todo lo que ello supone, como quiera que no podrá acudir, con éxito, al expediente prescriptivo, así se compruebe fehacientemente que el asegurador, por vía de elocuente ejemplo, no conoció el hecho detonante del surgimiento de su derecho impugnatorio (la reticencia o la inexactitud), que autorizan la petición de nulidad relativa del contrato celebrado (art. 1058, del C. de Co.), sino luego de expirado dicho período, en tal virtud fatal, concretamente cuando se le formuló la reclamación respectiva, acto éste que, de ordinario, es el que le permite enterarse al empresario, según las específicas circunstancias, de que su asentimiento fue arrancado en desarrollo de una declaración de asegurabilidad vacía de fidelidad o de sinceridad (art. 1.058, *ibídem*). (...) Lo propio debe decirse en torno a la excepción de nulidad emergente de las citadas circunstancias, toda vez que ésta es disciplinada, igualmente, por el artículo 1.081 del C. de Co., así la norma se refiera, *lato sensu*, a las acciones, vocablo dentro del cual, en línea de principio, deben quedar cobijadas este tipo de excepciones, pues conforme quedó expuesto en los antecedentes legislativos de la citada disposición transcritos al inicio de estas consideraciones, al vencerse el término de los cinco (5) años el asegurador

⁴ C.S.J. Sentencia de 4 de marzo de 2016. Exp. No. 05001-31-03-003-2008-00034-01.

‘...ya no podrá alegar la nulidad del contrato por vicios en la declaración de asegurabilidad’ ni por vía de acción ni de excepción, se agrega”⁵.

De igual modo, en distinto pronunciamiento, precisó que “(...) [e]l término de la ordinaria es de sólo dos años y el de la extraordinaria se extiende a cinco, ‘justificándose su ampliación por aquello de que luego de expirado, se entiende que todas las situaciones jurídicas han quedado consolidadas y, por contera, definidas’ (...) Las dos formas de prescripción son independientes y autónomas, aun cuando pueden transcurrir simultáneamente, adquiriendo materialización jurídica la primera de ellas que se configure’ (sentencia del 18 de diciembre de 2012, exp. 2007-00071). (...) En cuanto a la concurrencia que puede presentarse en el cómputo de ambos términos, resaltó la Corporación que ‘[e]n punto de su operancia, propio es notar que **las dos formas de prescripción son independientes, amén que autónomas, aun cuando pueden transcurrir simultáneamente, y que adquiere materialización jurídica la primera de ellas que se configure. Ahora bien, como la extraordinaria aplica a toda clase de personas y su término inicia desde cuando nace el respectivo derecho (objetiva), ella se consolidará siempre y cuando no lo haya sido antes la ordinaria, según el caso**’ (sentencia del 29 de junio de 2007, exp. 1998-04690).” (CSJ Sent. 4 de abril de 2013. Exp. 2004-00457-01).

4.1. Aplicando esas nociones al caso de marras, debe tenerse en cuenta que el ente asegurador dejó transcurrir más de dos años desde que conoció la reticencia alegada, o, al menos, debió conocerla, esto es, el 14 de diciembre de 2018, data en la cual la entidad fue conminada al pago de los amparos y/o ampliando ese término, desde el 8 y 26 de febrero de 2019 cuando resolvió negativamente sobre la reclamación indemnizatoria impetrada en relación con los hechos aquí ventilados; empero, solo hasta cuando contestó la demanda vino invocar tal irregularidad mediante excepción, cuando el bienio había fenecido, y ello porque, ni aun descontando el término de suspensión decretado por la emergencia sanitaria a causa del COVID 19, es suficiente para la interrupción del fenómeno prescriptivo.

Y se deduce que, al menos, desde dichas calendas Seguros Bolívar conoció o debió conocer los hechos constitutivos de la reticencia, toda vez que, en la documental glosada, refirió específicamente sobre el estado médico del asegurado.

4.2. Ahora, si se miran con mayor detenimiento las cosas, se tiene que la aseguradora ha podido conocer de la reticencia alegada, inclusive, desde la suscripción del contrato, pues si bien el tomador está compelido a declarar sinceramente el estado del riesgo, lo cierto es que el cariz profesional inherente a la actividad aseguradora, y las particularidades del asunto bajo estudio, permiten evidenciar que la demandada tenía a su alcance la posibilidad de hacer las averiguaciones que la llevaran a establecer el genuino estado de salud del asegurado a partir de la génesis contractual; ello por cuanto en la condiciones de la declaración, en uso de las facultades compelidas por la Ley 1581 de 2012 se autorizaba a la aseguradora a indagar y obtener incluso la historia clínica del paciente.

⁵ CSJ, SC, 3 de mayo de 2000, Exp. 5360.

En conclusión, el material probatorio obrante en las presentes diligencias es suficiente para colegir que la nulidad relativa del contrato de seguro, por reticencia del beneficiario, está llamada al fracaso, también por su invocación extemporánea.

5. Finalmente, pero no de poca monta, adujo la convocada que en el asunto no se configuraban los requisitos establecidos para acreditar la incapacidad total y permanente que se reclama respecto del seguro correspondiente a la póliza No. 5172100585201, en tanto, en su ANEXO y frente a la cobertura exige que la INCAPACIDAD determinada al paciente **“de por vida impida a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor a ciento cincuenta (150) días”**.

Esa excepción impone, entonces, al Juzgado, interpretar esa cláusula, pues nos adentramos en aquellas estipulaciones conocidas como cláusulas de exclusión, o limitaciones, o condiciones que reducen el riesgo asegurado, y por lo mismo, la cobertura puede devenir exigua de cara a la protección convenida.

Por eso la Corte Suprema de Justicia, en reciente pronunciamiento del 4 de abril de 2022, SC 487 de 2022, citó *“...En atención a las consecuencias limitativas de esas estipulaciones, se tiene establecido que sólo tienen eficacia en cuanto tengan «una justificación técnica y no obedezcan al capricho del asegurador (Cfr. SC191-2002 del 30 de septiembre de 2002, rad. n.º 4799, sobre las garantías)» (SC4527, 23 nov. 2020, rad. n.º 2011-00361-01); así mismo, «su interpretación es restrictiva, en cuanto se trata de una cláusula de exclusión, vale decir, que relaciona las circunstancias que le permiten exonerarse de la obligación de asumir la indemnización que le corresponde, motivo por el cual, atendiendo los deberes de claridad y precisión que le son exigibles, no le es dado intentar subsumir hechos no previstos puntualmente como tales» (SC, 4 nov. 2009, rad. n.º 1998- 4175-01)”*.

De manera que, aquí entran en tensión derechos de los contratantes, toda vez que, legalmente, la aseguradora cuenta con la posibilidad de excluir coberturas dentro del contrato, pero a la vez, al asegurado debe garantizársele, una cobertura cierta, clara, explicada, comprensible, en fin, que satisfaga la toma del seguro y por lo mismo, el pago de la prima.

Entonces, para tratar de definir este puntual aspecto, debe decirse que el artículo 1056 del Código de Comercio, como ya se dijo, permite a las aseguradoras asumir, a su arbitrio, todos o algunos de los riesgos objeto del contrato, sin requisitos adicionales a los connaturales de cualquier contrato de seguro, huelga recordarlos: claridad⁶, legibilidad⁷, comprensibilidad⁸, señalamiento en la primera página de la póliza e incorporación en caracteres destacados⁹. Requisitos que, en relación con la “condición” del caso en estudio, no se ajustan a la póliza contratada, no solo porque en este asunto se puso en duda la efectiva entrega del ANEXO contentivo de la condición al actor (falta al deber de información), sino

⁶ Literal f) del artículo 7º de la ley 1328 de 2009

⁷ Ib.

⁸ Literal b) del numeral 2º del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

⁹ Num. 2º del art. 44 de la ley 45 de 1990.

además, porque aun aceptando en gracia de discusión que hubiera sido enterado, tal supuesto no es claro, ni comprensible, ni su señalamiento se hizo en la primera pagina de la póliza, como tampoco en caracteres destacados, amen que la exclusión tiene tal grado de abstracción que desatiende el postulado fundamental de la buena fe, lo que impide otorgarle validez.

En efecto, nótese que cualquier interpretación comportaría un análisis “subjetivo” para entender ¿Qué significa de por vida?; ¿Qué significa que le impida a la persona desempeñar cualquier trabajo?; ¿Se refiere a un trabajo formal?; ¿Es posible admitir que el trabajo sea informal, por ejemplo, ventas ambulatorias?; ¿Exige la condición que sea remunerativo, que significa? ¿Exige que la remuneración recibida sea cuando menos un salario mínimo?; ¿La condición se cumple aun cuando el ingreso sea inferior al salario mínimo?; Para el caso específico, el tomador no ostenta título profesional o técnico, nos preguntaríamos ¿qué labor podría desempeñar?; etc. interrogantes que, sin duda, no pueden ser absueltos con la lectura textual de la misma.

Es más, en el asunto, están probadas las patologías padecidas por el señor Ortega, la asignación de porcentaje de perdida de capacidad laboral para cada uno de ellas, la asignación total de porcentaje de pérdida de capacidad laboral en un 66.99%, y aunque la aseguradora aportó la declaración de la médica Luz Marina Campo, quién asintió en que el actor podía realizar “otro trabajo”, lo cierto es que, ese testimonio sometido a valoración bajo el principio de la sana critica, no se considera suficiente prueba de su dicho, en tanto, de una parte, estribó en el examen físico que la Junta Medica Militar le hizo al actor, en el año 2018 (4 años atrás); la testigo médica no practicó ningún tipo de examen al demandante; pero además, no determinó, por ejemplo, qué clase de trabajo remunerado podía desempeñar el asegurado atendiendo sus condiciones particulares, a saber: edad, grado de estudios, patologías actuales, medicamentos que consume, porcentaje de pérdida de capacidad laboral, como para probar de manera contundente la ocurrencia, en el *sub lite*, de la exclusión.

6. Corolario de lo aquí discurrido, se impone declarar el incumplimiento de las obligaciones de la aseguradora, derivadas del contrato de seguro contenido en las pólizas base de este proceso, con la imposición de las respectivas condenas por los valores asegurados pedidos en la demanda en cuantías de \$48'503.131,00 y \$49'522.821,00 y/o las sumas que resulten como consecuencia de la conversión de los valores asegurados en UVR, más los intereses moratorios a la tasa de una y media vez el interés bancario corriente que certifique la superintendencia financiera liquidados desde el 15 de enero de 2019 y hasta cuando se verifique su pago total.

IV. DECISION

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

RESUELVE:

PRIMERO: Declarar no probadas las excepciones formuladas por la parte demandada.

SEGUNDO: Declarar que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. incumplió el contrato de seguro contenido en las pólizas Davida Integral números 5172100585201 y 5172100819701, al no pagar las sumas reclamadas por concepto de ocurrencia del siniestro de Incapacidad Total y Permanente del señor Gilberto Ortega Rozo.

TERCERO: En consecuencia, condenar a la demandada y en favor del demandante a pagarle las sumas de \$48'503.131,00 y \$49'522.821,00 y/o las que resulten como consecuencia de la conversión de los valores asegurados en UVR, más los intereses moratorios a la tasa de una y media vez el interés bancario corriente que certifique la superintendencia financiera liquidados desde el 15 de enero de 2019 y hasta cuando se verifique su pago total.

CUARTO: Condenar en costas a la demandada. Liquídense incluyendo como agencias en derecho la suma de \$5'000.000,00 M/cte.

NOTIFIQUESE

La Juez,



HENEY VELASQUEZ ORTIZ

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO CUARENTA Y CUATRO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D. C. dieciocho (18) de mayo de dos mil veintidós (2022)

Exp. No. 11001-31-03-044-**2020-0383-00**

Previo a resolver sobre la nulidad formulada por la parte pasiva -Chubb Seguros Colombia S.A.- (archivo 01), se requiere al Dr. Juan Felipe Torres Varela para que en el término de CINCO (5) DIAS acredite su calidad de apoderado judicial de dicha sociedad, so pena de no tener en cuenta el escrito aludido.

NOTIFÍQUESE

La Juez,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'H. Velásquez Ortiz', written over a faint rectangular stamp.

HENEY VELÁSQUEZ ORTIZ

**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**



JUZGADO CUARENTA Y CUATRO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D.C., dieciocho (18) de mayo de dos mil veintidós (2.022).

RADICADO: 11001-31-03-044-**2020-00464**- 00 –cuaderno principal-

Se tiene en cuenta para los fines procesales pertinentes, que los demandados contestaron la demanda -archivo digital 38-, sobre la cual se pronunció la parte actora –archivo digital 46-. Sin embargo, las partes deberán estarse a la nulidad decretada en proveído de esta misma data a favor del señor Juan Bautista Pérez.

Agréguese en autos y póngase en conocimiento de las partes la respuesta emitida por la ORIP –archivo digital 55-.

Notifíquese (2),

La Juez,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Heney Velásquez Ortiz', written over a light blue grid background.

HENEY VELÁSQUEZ ORTIZ

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO CUARENTA Y CUATRO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D. C., dieciocho (18) de mayo de dos mil veintidós (2.022).

RADICADO: 11001-40-03-044-2020-00464-00 –NULIDAD–

Surtido el trámite correspondiente, procede el Despacho a decidir la solicitud de nulidad que formuló el demandado, amparada en la causal de nulidad prevista en el numeral 8° del artículo 133 del C.G.P.

CONSIDERACIONES

Dada la trascendencia que tiene el cumplimiento del principio del Debido Proceso, el hecho de enterar en forma personal al demandado de la admisión de la demanda, o de la orden de pago proferida en su contra, ha establecido el legislador como causal de nulidad la indebida notificación de éstas. Se pretende así procurar el mayor rigor en el cumplimiento de dicho acto procesal, pues ello entraña la certeza que el enjuiciado conocerá la existencia de tal mandato, como la decisión que ulteriormente habrá de adoptar el órgano jurisdiccional, y propenderá si lo considera pertinente por intervenir en defensa de sus derechos.

Para el caso de marras se hace necesario rememorar lo señalado en el Decreto 806 de 2.020 y en primer lugar, debe tenerse en cuenta que en el citado Decreto *se adoptaron medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia*, pero en estas disposiciones no se *derogó* lo establecido en Rituario Procesal, razón por la cual, si la parte opta por agotar el procedimiento establecido en el C.G.P., debe dar cabal cumplimiento a todos los requisitos establecidos para tal fin y, en igual sentido cuando elige los trámites propios de la notificación instituidos en el ya citado Decreto.

Acorde con lo anterior, tenemos que el inciso final del canon 6° del Decreto 806, señala que *“en caso de que el demandante haya remitido copia de la demanda con todos sus anexos al demandado, al admitirse la demanda la notificación personal se limitará al envío del auto admisorio al demandado”*; a su vez el artículo 8° *ibídem*, establece que *“las notificaciones que deban hacerse personalmente también podrán efectuarse con el envío de la providencia respectiva como mensaje de datos a la dirección electrónica o sitio que suministre el interesado en que se realice la notificación, sin necesidad del envío de previa citación o aviso físico o virtual. Los anexos que deban entregarse para un traslado se enviarán por el mismo medio.”* (subrayado propio).

Quiere lo anterior decir que, si la parte que promueve un proceso judicial, remite con la presentación de la demanda, copia de ésta con todos sus anexos a su contraparte, puede proceder a remitir *solamente* la providencia a notificar; en caso contrario, como en el asunto que ocupa la atención del despacho, se debe remitir con esta *todos los anexos que deban entregarse para un traslado*, es decir aquellos de que trata el precepto 91 del Estatuto Procesal, y en todo caso, debe acreditarse el recibo de la documental o en su defecto afirmar *bajo la gravedad de juramento* que el mensaje de datos no “rebotó” y fue enviado en debida forma a la dirección electrónica de los convocados a juicio, cuando la notificación es electrónica. Ahora, si se prefiere realizar los trámites con apego a las normas procesales del Código Procesal, debe darse cumplimiento, se insiste, a los cánones 291 y 292 del C.G.P.

De lo acreditado en el presente trámite se tiene que desde el escrito genitor se indicó como dirección de notificación del demandado Juan Bautista Pérez Rubiano, la Carrera 14 No.112-41 de esta ciudad, lugar en el que efectivamente se realizaron los trámites de notificación –archivos digitales 25 y 28 carpeta 01-, sin embargo, de la instrumental aportada, la cual fue reiterada en el descorte de la presente nulidad –archivo digital 44 carpeta 01-, la parte actora procedió a remitir la notificación personal conforme lo preceptuado en el artículo 8° del ya citado Decreto, no obstante, pese a afirmarse en ésta que se remitía la providencia a notificar y el correspondiente traslado, de la documental cotejada por la empresa de correo, sólo obra la misiva con la notificación.

Puestas así las cosas, y al no haberse aportado copia cotejada de la providencia a notificar y el traslado de la demanda, es evidente que la notificación no se practicó en debida forma, dando paso a la configuración de la nulidad alegada, la cual será decretada.

Finalmente, y frente al *petitum* obrante en el archivo digital 09, esta oficina judicial considera que no cuenta con elementos suficientes para imponer sanción alguna al apoderado de la parte actora, sin embargo, se instará al togado, para que, en adelante, proceda a remitir a su contraparte vía electrónica las misivas que se remitan al presente Juzgado para el proceso de la referencia dando cumplimiento al Decreto 806 de 2.020.

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR PROBADA LA NULIDAD por indebida notificación, por las razones consignadas en el cuerpo de esta providencia, a partir del auto de fecha 18 de febrero de 2.021 –archivo digital 09 carpeta 01-, a favor del señor Juan Bautista Pérez Rubiano.

SEGUNDO: Tener por notificado por conducta concluyente al señor Juan Bautista Pérez Rubiano. secretaría proceda a controlar el término con el que cuenta el demandado para contestar la demanda y/o presentar medios exceptivos.

TERCERO: Instar al apoderado de la parte actora, para que en adelante, proceda a remitir a su contraparte vía electrónica las misivas que se remitan al presente Juzgado para el proceso de la referencia dando cumplimiento al Decreto 806 de 2.020.

NOTIFÍQUESE (2)

La Juez,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Heney Velásquez Ortíz', written in a cursive style.

HENEY VELÁSQUEZ ORTÍZ

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO CUARENTA Y CUATRO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D. C., dieciocho (18) de mayo de dos mil veintidós (2022)

Exp. No. 11001-31-03-044-**2022-0115-00**

Previo a resolver sobre el conflicto de competencia (archivo 01), se requiere a los Juzgado Once Civil Municipal de Bogotá y al Juzgado Décimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de esta ciudad, que remitan copia de la demanda acumulada, junto con los anexos que se presentó dentro del proceso No. 2020-609 y/o 2020-195, incoado por Gustavo Arango contra Manuel Ignacio Ramírez. Ofíciense.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

La Juez,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'H. Velásquez Ortiz', written over a faint rectangular stamp.

HENEY VELÁSQUEZ ORTIZ

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO CUARENTA Y CUATRO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D. C., dieciocho (18) de mayo de dos mil veintidós (2.022)

Exp. No. 11001-31-03-044-**2022-00142-00**

Como la demanda reúne los requisitos que prevén los artículos 82, 422, 430 y 468 del Código General del Proceso, el Despacho:

RESUELVE:

LIBRAR MANDAMIENTO DE PAGO por la **VÍA EJECUTIVA PARA LA EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA REAL** DE MAYOR CUANTÍA a favor del BANCO DE BOGOTÁ S.A. (antes Banco Coomeva), contra:

- RAÚL ARTURO HERNÁNDEZ CASTILLO
- ALEJANDRA MARÍA PÉREZ PATIÑO

Por las siguientes sumas de dinero:

1. Por \$64`909.600,00 por concepto de capital incorporado en el pagaré N°73152057 soporte de esta ejecución, más los intereses moratorios a la tasa máxima autorizada calculados desde el 03 de agosto 2.022 y hasta cuando se efectuó su pago.
2. Por \$163`214.215,00 por concepto de capital incorporado en el pagaré N°5072381960000 soporte de esta ejecución, más los intereses moratorios a la tasa a la tasa máxima autorizada calculados desde el 29 de marzo de 2.022 y hasta cuando se efectuó su pago.

Sobre las costas se resolverá en oportunidad.

Notifíquese esta providencia de manera personal, de conformidad con lo previsto en los artículos 291 y 292 del Código General del Proceso, en concordancia con el artículo 468 *ibídem*, haciéndole saber a la parte ejecutada que cuenta con cinco (5) días para pagar o diez (10) para excepcionar. **También** podrá efectuarse con el envío de la providencia respectiva como mensaje de datos a la dirección electrónica o sitio que suministre el interesado en que se realice la notificación, sin necesidad del envío de previa citación o aviso físico o virtual. Los anexos que deban entregarse para un traslado se enviarán por el mismo medio. Lo anterior atendiendo las previsiones de que trata el canon 8° del decreto 806 de 2020.

Dese aviso de que trata el artículo 630 del Estatuto Tributario.

Decrétese el embargo y posterior secuestro de los inmuebles objeto de garantía real. Oficiése.

En caso de existir terceros acreedores hipotecarios, ordénese su citación conforme a lo dispuesto en el numeral 4° del artículo 468 del C.G.P., para lo cual

la parte actora deberá indicar la dirección para efectuar la notificación y colaborar en el trámite de la misma.

Se reconoce personería al abogado Andrés Arturo Pacheco Ávila como apoderado de la parte demandante, en los términos y para los fines del mandato conferido.

En razón a la pandemia generada con ocasión del Covid-19 y la expedición del Decreto 806 de 2020, se le pone de presente a la parte actora, que deberá aportar el título valor del cual se sirve la ejecución, en el momento en que sea requerido por la Juez, pues esas piezas procesales son necesarias para adelantar el trámite (numeral 12 art. 78 C.G.P).

NOTIFÍQUESE

La juez,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'H. Velásquez Ortiz', is written over a faint rectangular stamp.

HENEY VELÁSQUEZ ORTIZ