

06-07-2021



Señor:  
JULIO ALFREDO OÑATE ARAÚJO  
JUEZ PROMISCUO MUNICIPAL DE BOSCONIA (CESAR)  
E. S. D.

*Rebato Pleno 6/2021*  
*7/5*  
*133*

Referencia: Indexación Condena  
Proceso Verbal - Responsabilidad Civil Contractual  
Demandante: AUGUSTO BAYONA ÁLVAREZ  
Demandado: SUPERSIGNS COLOMBIA S.A.S.

Radicado: 00067/2018

HAROLD DAVID GULLO PINTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.065.613.812 de Valledupar (Cesar) y portador de la tarjeta profesional No. 257.083 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi Calidad de APODERADO del Señor AUGUSTO BAYONA ÁLVAREZ, mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 9.690.983 de Aguachica (Cesar), demandante dentro del proceso de la referencia, respetuosamente me permito presentar la actualización de la condena y el respecto reajuste monetario ordenado por el despacho en sentencia de 22 de noviembre de 2019.

Fecha de Presentación de la Demanda: 7 de febrero de 2018

Valor de Condena: \$25.383.418

\$25.383.418

$$Ra = Rh \times \frac{IPC \text{ Final}}{IPC \text{ Inicial}}$$

$$Ra = \$25.383.418 \times \frac{108,84}{98,22}$$

Ra = \$28.127.990

El valor correspondiente a la condena con reajuste es veintiocho millones ciento veintisiete mil novecientos noventa pesos (\$28.127.990).

De igual forma, solicito se expida una comunicación a la Compañía de Seguros Mundial S.A. con el valor total de la obligación impuesta en la Sentencia, como consecuencia de la caución contenida en la Póliza de Seguros Judicial No. NB - 100322947, No. Certificado 70694810, la cual tiene como objeto garantizar el pago de los perjuicios. Esta comunicación (según lo indicado por la aseguradora) deberá señalar el término de tres (3) días para pagar el valor reclamado, puesto que no excede el valor asegurado en la póliza.

Atentamente,

*H-D-Gullo P.*  
HAROLD DAVID GULLO PINTO

C.C. No: 1.065.613.812 de Valledupar (Cesar)  
T.P. No.: 257.083 del C. S. de la J.

Señores

JUZGADO PROMISCOU MUNICIPAL  
BOSCONIA - CESAR

E. S. D.

REF.: PROCESO VERBAL

DEMANDANTE: EDELSY BENJUMEA LIÑAN

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

RAD: 2019-00472

OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS, mujer, mayor de edad, vecina de la ciudad de Barranquilla, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.006.745 expedida en El Banco (Magdalena), abogada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional No. 23.817 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderada judicial de la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. de conformidad con el poder especial, amplio y suficiente, debidamente otorgado por la Doctora ALEXANDRA ELIAS SALAZAR, mayor de edad, vecina de la ciudad de Bogotá, actuando en su calidad de Representante Legal de la precitada sociedad, todo lo cual acredito con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia que anexa al presente escrito; al señor Juez respetuosamente le manifiesto que procedo dentro del término de traslado que se le concediera a mi representada, a contestar la demanda en los siguientes términos:

Inicialmente, solicito muy respetuosamente, se me reconozca personería para actuar como apoderada judicial de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., con plenas facultades para actuar dentro de todas y cada una de las diligencias que se practiquen dentro del presente proceso.

#### MANIFESTACIÓN PRELIMINAR

Manifiesto al despacho que procedo a contestar la demanda instaurada en contra de mi representada, dentro del término legal, teniendo en cuenta la notificación por correo electrónico realizada por la apoderada de la parte demandante el día 31 de agosto de 2020, en cumplimiento de lo estipulado en el Decreto 806 de 2020.

#### SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

**AL HECHO PRIMERO:** Este hecho es cierto, sin embargo, es importante aclarar que la póliza vida grupo deudores No. 0110043 fue expedida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. con el fin de amparar la obligación No. 9603332897 contraída por la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN con el BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

Dentro de la mencionada póliza se registra al BANCO BBVA COLOMBIA S.A. como tomador y beneficiario, y teniendo en cuenta que la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN diligencio y firmo la solicitud/certificado individual de seguro, fue incluida como asegurada dentro de la póliza, con la cual se contrataron los amparos de vida e incapacidad total y permanente.

Debemos resaltar el objeto de la póliza es amparar el saldo insoluto de la obligación, al momento de la ocurrencia del riesgo amparado, por lo que el valor asegurado siempre dependerá del saldo que el asegurado tenga de la obligación con la entidad bancaria.

**AL HECHO SEGUNDO:** Es cierto, dentro de la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 0110043 se contrataron los amparos de vida e incapacidad total y permanente, y el valor asegurado corresponde al saldo insoluto de la obligación al momento del siniestro.

**AL HECHO TERCERO:** Manifiesto al despacho que este hecho no le consta mi representada, toda vez que no fue participe ni concedora del proceso de calificación de invalidez efectuado a la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN, por lo que no tuvo mi representada la oportunidad de objetar o controvertir dicha calificación de invalidez efectuada. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales del presente proceso.

**AL HECHO CUARTO:** No es cierto este hecho como se encuentra redactado, toda vez que, si bien la hoy demandante presentó reclamación ante el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., debemos destacar que una vez realizado el estudio de la reclamación se pudo evidenciar que el contrato de seguro se encontraba viciado de nulidad relativa por reticencia de la asegurada. Teniendo en cuenta lo anterior, la parte demandante no logro demostrar la ocurrencia del siniestro y que se cumpliera la obligación condicional para que mi representada procediera hacer efectiva la póliza de vida grupo deudores.

**AL HECHO QUINTO:** Es cierto este hecho en cuanto a que la hoy demandante presentó reclamación ante mi representada, sin embargo cabe indicar, que dicha reclamación fue objetada de manera seria y fundada y dentro del término legal, siendo que se logró evidenciar con la historia clínica de fecha 4 de noviembre de 2011 que la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN tenía antecedentes de ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, ARTROSIS, GLAUCOMA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, hechos este relevante, que no fue declarado dentro de la solicitud de asegurabilidad, por lo que esta fue reticente o inexacta al declarar su verdadero estado de salud, ya que calló u omitió información relevante para su aseguramiento. Por lo tanto, la objeción planteada por mi representada tiene fundamento en las normas que regulan el contrato de seguro, como lo es el artículo 1058 del Código de Comercio.

**AL HECHO SEXTO:** Es cierto este hecho, en cuanto a que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. procedió a dar respuesta a la mencionada reclamación, objetándola de manera seria y fundada dentro de la oportunidad legal establecido para ello, toda vez que se logró evidenciar con la historia clínica de fecha 4 de noviembre de 2011 que la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN tenía antecedentes de ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, ARTROSIS, GLAUCOMA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, hechos este relevante, que no fue declarado dentro de la solicitud de asegurabilidad, por lo que esta fue reticente o inexacta al declarar su verdadero estado de salud, ya que calló u omitió información relevante para su aseguramiento. Por lo tanto, la objeción planteada por mi representada tiene fundamento en las normas que regulan el contrato de seguro, como lo es el artículo 1058 del Código de Comercio.

**AL HECHO SEPTIMO:** No es cierto este hecho, toda vez que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. no argumento la objeción planteada con fundamento en que la hoy demandante tuviera una pérdida de capacidad laboral parcial. Por el contrario, la objeción planteada por mi representada tiene fundamento en las normas que regulan el contrato de seguro, como lo es el artículo 1058 del Código de Comercio, toda vez que se logró evidenciar con la historia clínica de fecha 4 de noviembre de 2011 que la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN tenía antecedentes de artritis reumatoide seropositiva de un año de evolución, artrosis, glaucoma, hipertensión arterial, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hechos estos relevantes, que no fueron declarados dentro de la solicitud de asegurabilidad, por lo que esta fue reticente o inexacta al declarar su verdadero estado de salud, ya que calló u omitió información relevante para su aseguramiento.

**AL HECHO OCTAVO:** Es cierto, toda vez que el objeto de la póliza es amparar el saldo insoluto de la obligación al momento de la ocurrencia del riesgo amparado, por lo que el valor asegurado siempre dependerá del saldo que el asegurado tenga de la obligación con la entidad bancaria. Igualmente, el seguro cuenta con los amparos de vida e incapacidad total y permanente.

Sin embargo, es importante aclarar que el seguro de vida grupo deudores contenido en la póliza No. 0110043 se encuentra sujeto a condiciones generales y particulares, además, de las normas que rigen el contrato de seguro y que se encuentran consignadas en el Código de comercio.

**AL HECHO NOVENO:** Es cierto.

#### FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Mi prohilada se opone de manera expresa a las pretensiones formuladas en la demanda por ausencia de presupuestos fácticos y sustanciales, así:

**A LA PRIMERA:** Esta pretensión no está llamada a prosperar, toda vez que el contrato de seguro, recogido bajo la Póliza de Seguro de Vida Grupo No. 0110043, está viciado de nulidad relativa, de conformidad con lo señalado por los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

**A LA SEGUNDA:** Esta pretensión no está llamada a prosperar, toda vez que el contrato de seguro, recogido bajo la Póliza de Seguro de Vida Grupo No. 0110043, está viciado de nulidad relativa, de conformidad con lo señalado por los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. Igualmente, el único beneficiario del valor asegurado (saldo insoluto de la obligación) es el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., por lo tanto, no existe obligación de mi representada de realizar pagos o reembolsos a la hoy demandante.

**A LA TERCERA:** Esta pretensión no está llamada a prosperar, toda vez que el contrato de seguro, recogido bajo la Póliza de Seguro de Vida Grupo No. 0110043, está viciado de nulidad relativa, de conformidad con lo señalado por los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. Igualmente, no existe obligación de reconocer intereses moratorios a favor de la hoy demandante, toda vez que el único beneficiario del valor asegurado (saldo insoluto de la obligación) es el BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

**A LA CUARTA:** Esta pretensión no está llamada a prosperar, por ser consecuencia directa de las anteriores.

#### OBJECCION FRENTE A LA CUANTIA FORMULADA POR LA DEMANDANTE EN EL JURAMENTO ESTIMATORIO

Por medio de la presente manifiesto al despacho, que OBJETO la cuantía de los supuestos perjuicios realizada por la apoderada de la demandante en su escrito de demanda en el acápite que denomina JURAMENTO ESTIMATORIO. Con respecto a la póliza de vida grupo deudor No. 0110043, tenemos que es seguro que tiene como finalidad servir de garantía personal al beneficiario oneroso, para el pago insoluto de la obligación, que en este caso es el titular de la obligación que se encuentra consignada en el certificado individual de la póliza vida grupo deudor, en este caso, tenemos que la obligación respaldada es la No. 9603332897, y el único beneficiario de la póliza es el Banco BBVA Colombia S.A., es por ello que el valor asegurado no puede ser reconocido en ningún momento a favor de la demandante, ni mucho menos el pago del saldo del valor asegurado a la hoy demandante, toda vez que lo que se asegura en estos casos es el saldo insoluto de la obligación contraída por el deudor.

Así las cosas, objeto el juramento estimatorio señalado por la parte demandante con fundamento en el artículo 206 del Código General del Proceso, y en el caso que se reconozca sumas de dineros a favor de la demandante que no alcancen los baremos señalados en el precitado artículo, solicito al señor juez que imponga la correspondiente multa.

## EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Con el propósito de oponerme a las pretensiones de la demanda, formulo con el carácter de perentorias las siguientes excepciones de mérito:

**1. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA DE SEGURO PERSONALES POR RETICENCIA O INEXACTITUD.**

Los conceptos de reticencia e inexactitud hacen mención a las obligaciones precontractuales del tomador, como lo es la declaración del estado del riesgo, ya que sobre ella se sustentarán todas las bases del contrato de seguro. La declaración del estado del riesgo debe tener dos características; debe ser sincera y versar sobre los hechos y circunstancias determinantes del estado del riesgo.

La inexactitud presupone una conducta activa del tomador e implica discordancia objetiva entre la declaración expresa (la absolución afirmativa o negativa de una pregunta, la afirmación espontánea de un hecho) y la realidad del hecho o circunstancia sobre que ella recae. La reticencia, en cambio, entraña por definición, una conducta pasiva: es el silencio, es la omisión, el encubrimiento de un hecho o circunstancia sobre los cuales se reclamado la atención del tomador o cuya importancia ha debido motivar su declaración espontánea.<sup>1</sup>

Es decir que la declaración debe ser ajustada a la verdad de la situación de los bienes y las personas; no se deben omitir por parte del candidato al seguro hechos que pudieran afectar la voluntad del asegurador al momento de valorar el riesgo; el candidato al seguro está en mejor condición para conocer el verdadero estado del riesgo y es su deber informarlas al asegurador para que haga una adecuada calificación del riesgo, ya que ésta se sujeta a la información suministrada por el tomador asegurado o beneficiario en su declaración.

El seguro es un contrato peculiar, fundado bajo el apotegma de la buena fe, elevada a su máxima expresión; el carácter de *uberrimae bonae fidei* le da la connotación particular de la que se anota, de tal suerte que este axioma debe verificarse desde la etapa precontractual del seguro, inclusive, en los tratos preliminares también debe observarse so pena de generarse intereses negativos como lo son la nulidad relativa del contrato.

El tratadista Joaquín Garrigues expresa que la exigencia de la ubérrima buena fe obedece al hecho de que " *el seguro es un contrato celebrado en masa, en el que se ofrecen las características propias de un contrato de adhesión*" agregando que la exigencia de la buena fe lleva en el contrato de seguro a consecuencias extremas, desconocidas en los demás contratos, en tal sentido se dice que el seguro es *uberrimae fidei contractus*, esta nota peculiar se manifiesta no solo en la ejecución del contrato, sino en el momento anterior al contrato. Esto es justamente lo típico del seguro. Pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante seguro en el momento en que esté todavía no lo es, se trata de un deber precontractual a cargo del tomador-asegurado del seguro, consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos cuyas circunstancias el asegurador va a asumir<sup>2</sup>.

Ahora bien, el fenómeno de la reticencia en el contrato de seguro se encuentra regulado en el código de comercio, para una mayor ilustración me permito transcribir las normas que la regulan:

**"Art. 1058. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de**

<sup>1</sup> Teoría general del seguro – El contrato. J. Efrén Ossa G. Temis. Pag 330

<sup>2</sup> Joaquín Garrigues, Ob. Cit. Pags 256 y 257

celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro... (Negrillas y subrayado por fuera del texto original)

(...)

"Art. 1158. Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción de lugar." (Negrillas y subrayado por fuera del texto original)

Es claro que, por disposición legal, los artículos 1058 y 1158 del C. de Co. imponen un deber, como imperativo de conducta, en el candidato a asegurado dentro de la póliza dada la especialidad de este contrato, previendo que en caso de incumplimiento en la declaración sincera de los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo tal situación conlleva a la sanción prevista en el citado artículo 1058.

La sanción prevista en el artículo 1058 del código de comercio, se justifica en la medida en que la reticencia o inexactitud en la que incurre el tomador, en la declaración del estado del riesgo, representa un "vicio en el consentimiento del asegurador el cual es inducido a un error en su manifestación de voluntad frente al tomador".

La doctrina sobre el particular ha indicado:

*"Como no es razonable exigir al asegurador el aseguramiento "a ciegas" de los riesgos por cuanto ello desvirtuaría el fundamento técnico de la operación aseguradora –la ley de los grandes números y el cálculo de probabilidades–, y como tampoco será posible en todos o en muchos casos la comprobación directa de los riesgos por asumir, dadas (sic) la dispersión geográfica de los riesgos y las numerosas propuestas de aseguramiento que recibe el asegurador en virtud de la contratación en masa, él que tiene que confiar o tener fe en lo que le manifiesta el candidato a tomador y, por ende, se justifica plenamente la existencia de un régimen especial que regule cabalmente el deber de información a cargo de este último y las consecuencias de su incumplimiento. Ese voto de confianza en lo que manifiesta el candidato a tomador se torna en núcleo fundamental del seguro pues el asegurador, en cierta forma, se abandona, entrega o se pone en las manos de aquel, y estará tranquilo sólo si espera y efectivamente se produce un comportamiento honrado, leal, eficiente, transparente y diligente por parte de quien le proporcionó la información."*<sup>3</sup>

Ahora, de acuerdo a lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, el candidato al seguro debe declarar en forma sincera el estado del riesgo, esta declaración se puede hacer en forma dirigida, es decir, cuando la aseguradora provee un formulario de preguntas, o de manera espontánea cuando no se entregue el mismo por parte de la compañía de seguros.

En el primer escenario, el hecho de que la aseguradora haya suministrado un cuestionario que debe ser respondido por parte del candidato al seguro, conlleva unos efectos prácticos, como es que se presume que las preguntas que se incluyen en el cuestionario son determinantes para efectos de que la compañía de seguros forme su juicio en torno a la celebración o no del contrato de seguro o su celebración en condiciones más gravosas.

El cuestionario puede contener preguntas referentes a aspectos objetivos o aspectos subjetivos o morales del riesgo. Existiendo omisión de información sobre alguno de esos hechos objetivos o subjetivos o una información imprecisa o inexacta sobre los mismos, se viciaría el consentimiento de la compañía de seguros. Razón por la cual

<sup>3</sup> Asociación Colombiana de Derecho de Seguros. Deberes de información en la etapa precontractual a cargo del asegurador y del candidato a tomador. Ponencia del Dr. José Fernando Torres Fernández de Castro. XXIII Encuentro Nacional. Santiago de Cali, octubre de 2002.

el tomador de seguro está obligado a responder sinceramente el cuestionario que le proporcione la compañía de seguros previo a la celebración del contrato.

En cuanto a la declaración dirigida, la doctrina ha expuesto que *"Cuando la declaración obedece a un cuestionario planteado por el asegurador, mediante una declaración dirigida, la buena fe del declarante opera sobre hechos o circunstancias de orden objetivo y subjetivo. En este caso sólo hace falta la existencia de la reticencia o inexactitud para dar fundamento a la procedencia de la acción rescisoria"*<sup>4</sup>

Igualmente, en fallo de casación de 2 de agosto de 2001, expediente número 6146, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, insistió:

*"(...) la declaración de asegurabilidad debe contener una información fidedigna, amén de veraz y oportuna, como quiera que, en función suya, preponderantemente, el asegurador expresará su voluntad de establecer una relación contractual con el sujeto que, en la etapa precedente: la precontractual, fungió en calidad de candidato a tomador del seguro -llamado en algunos círculos asegurando, por su potencialidad-. Ello explica el empleo de la expresiva y diciente locución: "sinceramente", inmersa en el primer inciso del artículo 1058 del Código de Comercio, relativa al deber -o carga- de declarar, que sirve para ilustrar el justiciero deseo que le asiste al legislador, consistente en que el asegurando, con responsabilidad y solvencia, asuma tan revelador compromiso, base fundamental del asentimiento del asegurador, quien ha depositado su confianza en su cocontratante.*

*Todo ello justifica, en demasía, no sólo la consagración positiva en el derecho nacional del referido deber informativo (o carga, stricto sensu), como se indicó de penetrante valía, sino también la adopción de un severo régimen sancionatorio, para el evento de que el futuro tomador lo pretermite, en muestra de inequívoco resquebrajamiento del axial principio de la buena fe, piedra angular de los negocios de confianza, como lo es el seguro, por antonomasia, sin perjuicio de eventuales investigaciones o inspecciones que, motu proprio, efectúe la entidad aseguradora -facultativamente-, para mejor proveer, si así lo estima aconsejable (art. 1.048 C. de Co), ya que, en rigor, no está obligada a realizarlas. No en balde, son un arquetípico plus -y no un prius-.*

(...)

3. *Aplicado el discurso que antecede al contrato de seguro, concretamente a su fase precontractual (buena fe in contrahendo), salta a simple vista su conexión y pertinencia, puesto que la carga (onere u obliegenheit) de declarar el estado del riesgo, radicada en cabeza del candidato a tomador, no se agota por completo al momento de responder el cuestionario formulado por el asegurador, como prima facie pudiera parecer de una inconexa y avara lectura del primer inciso del artículo 1.058 del C. de Co, habida consideración que la plausible -y terminante- exigencia de 'declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo', en sí misma considerada, posee un espectro más amplio y, por contera, es titular de una proyección sustancialmente mayor, como tal llamada a trascender el diligenciamiento del cuestionario en comento, que servirá como aquilatada brújula para orientar la tipología de sus respuestas, pero en manera alguna para entender que, una vez obtenidas, cesa -o fenece- dicha exigencia.*

*Tan cierto será lo afirmado, que la declaración de asegurabilidad puede hacerse en Colombia -al contrario de otras naciones- sin '...sujeción a un cuestionario determinado' (inciso segundo, art. 1.058, C. de Co.),*

<sup>4</sup> GONGORA NAVIA, Luis Jorge; BERNOSKE MERINO, Elizabeth Ann. Declaración Inexacta y Reticente sus efectos en el seguro de vida. En: Memorias XVII Encuentro Nacional Asociación Colombiana de Derecho de Seguros ACOLDESE, octubre de 1992 Paipa (Boyacá).

*lo que demuestra que éste no se erige en frontera infranqueable, a la vez que insustituible. Tan sólo es un útil instrumento que, al arbitrio del asegurador, puede o no emplearse, sin que por ello se pueda pretextar que, en este supuesto, el tomador no esté igualmente obligado a "...declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo", ya que es un deber general -lato sensu- (...)"*

En el caso concreto, se tiene que la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN presentó reclamación para el pago del amparo "INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE" en virtud de PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES No. 0110043 en la cual figura como asegurada. Una vez estudiada dicha reclamación, se le dio respuesta negativa a la misma por parte de mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., fundamentada en la reticencia de la asegurada, ya que con base en la historia clínica de la Fundación Medico Preventiva de fecha 4 de noviembre de 2011, se logró establecer que la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN tenía antecedente médicos de ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, ARTROSIS, GLAUCOMA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, lo que permite establecer que la asegurada tenía pleno conocimiento de las patologías al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el día 28 de abril de 2014, inmersa en la solicitud/certificado individual de seguro de vida grupo deudores, en la cual se le formularon preguntas específicas sobre su estado de salud y esta omitió informar tales antecedentes médicos ya conocidos por ella, por lo cual se configura una nulidad relativa del contrato de seguro y la pérdida de cualquier derecho en virtud del cual se pretenda una indemnización por los amparos establecidos dentro de la póliza.

Dentro del mencionado cuestionario, se pueden evidenciar las siguientes preguntas:

*"¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?"*

*¿Trastornos mentales o psiquiátricos?*  NO

*¿Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna?*  NO

*¿Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón?*  NO

*¿Enfermedades de los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problema de órganos de los sentidos?*  NO

(...)

*¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?*  NO

Dentro de la historia clínica de la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN que fuera aportada junto con la reclamación, se pudo establecer que esta presentaba con anterioridad a la suscripción de la solicitud individual de seguro, antecedentes médicos de HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Sin embargo, a la siguiente pregunta, la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN respondió negativamente.

*¿Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón?*  NO

Al respecto la Corte Suprema de justicia, en sentencia de fecha 4 de marzo de 2016, con ponencia del Dr. Fernando Giraldo, en un caso similar, estableció lo siguiente:

*"En sentido contrario, a sabiendas de que la aseguradora daba por sentado que su salud era óptima y no le habían detectado algún padecimiento, calló sobre una dolencia de alto riesgo, como lo es la hipertensión,*

descubierta y medicada desde cinco (5) años atrás, a pesar de que en la historia clínica siempre se advirtió sobre su presencia, patentizándose la importancia, lo que constituía claramente reticencia.

(...)

No puede pasarse por alto que, como lo enseña la literatura médica, la hipertensión es una enfermedad crónica que se caracteriza por unas cifras elevadas de la presión arterial, lo que quiere decir que su presencia es constante y amerita atención permanente, por lo que el hecho de que el afectado estuviera controlado al momento en que convino los seguros no quería decir que no fuera latente el riesgo."

Respecto de lo consignado por la apoderada de la parte demandante en su escrito de demanda, es menester manifestar que no es procedente jurídica ni legalmente lo pretendido, debido a que la negativa de mi representada se encuentra sustentada fáctica, legal y probatoriamente, en el entendido que es clara la incurrancia de la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN en reticencia al ocultar información acerca de su verdadero estado de salud al momento de declarar sobre el estado del riesgo, tal y como pasa a explicarse a continuación:

Como se puede observar, la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad omitió información esencial sobre su estado de salud, puesto que padecía la patología de ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, ARTROSIS, GLAUCOMA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, siendo conocidas por ésta antes de suscribir el respectivo contrato de seguro, circunstancia que de ser conocida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., habría sido fundamental para efectos de la consideración del riesgo asumido no asumiendo el riesgo o haciéndolo en condiciones más onerosas. Es así, como en el presente caso se vislumbra claramente la configuración de reticencia por parte del asegurado, y, en consecuencia, se originó la respectiva sanción al negocio jurídico, que como ya se ha estudiado previamente consiste en la nulidad relativa del contrato de seguro, extinguiendo de esa manera la obligación condicional de la aseguradora de acceder al pago de la indemnización reclamada por el asegurado.

Dentro de la historia clínica se puede evidenciar lo siguiente:

**HISTORIA CLINICA**

Nombre del Paciente:	EDELSY BENJUMEA LIÑAN	Documento:	CC 42494052	CRA 19A NO. 16B-4
Fecha de Nacimiento:	26/01/1957 00:00:00	Ingreso:	717392	
Medico Familiar:	NAVARRO DELGADO SANDRA MILENA	Tipo Régimen:	CONTRIBUTIVO	Tipo Afiliación: COTIZANTE

---

Edad:	61 Años	Sexo:	FEMENINO	Raza:		Estado Civil:	UNION LIBRE	Ocupación:	
Dirección:	CRA 19A NO. 16B-25 BARRIO DANGOND			Teléfono:	3008288763				
Email:	edelsy.benj@hotmail.com			Municipio:	VALLEDUPAR - CESAR				
Entidad:	UT5 FUNDACION MEDICO PREVENTIVA CESAR			Nivel o Estrato:	06 - REGIMEN ESPECIAL				
Nombre responsable	.NULL.			Parentesco responsable	AFILIADO - TITULAR COTIZANTE				
Dirección responsable	.NULL.			Teléfono responsable	.NULL.				
Acompañante:	ASITE SOLA			Teléfono Acompañante:	5714357				
Fecha de Ingreso:	Noviembre 04 de de 2011			Fecha de Atención:	Noviembre 04 de de 2011				

Motivo de Consulta:  
" SIGO MAL CON MIS ARTICULACIONES"  
CONSULTA PRIMERA VEZ POR HTA

**ANAMNESIS.**

Enfermedad Actual:  
PACIENTE DOCENTE ACTIVA DE 20 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA DE 1 AÑO EVOL. ARTROSIS GRALIZADA. GLAUCOMA. RECIENTEMENTE HTA. TNO MIXTO ANSIEDAD DEPRESION. EN MANEJO INTERDISCIPLINARIO CON MED FAMILIAR PSICOLOGIA. NUTRICION. MED SALUD OCUPACIONAL. EN MANEJO FARMACOLOGICO CON DELTASONE 10 MG X1( LUN A VIERNES) + FORMULA MAGISTRAL + CICLOBENZAPIRINA + FORMULA MAGISTRAL ORDENADO POR REUMATOLOGIA. TUVO ANTECEDENTE DE RETENCION DE AZOADOS POR USO CRONICO DE AINES. EN EL MOMENTO REFIERE QUE HA MEJORADO DE LAS SINTOMAS ARTICULARES. PERO HA NOTADO LA PRESENCIA DE NODULOS EN DEDOS MANOS.

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Patológicos:  
 SINUSITIS, esofagitis severa,  
 gastritis severa (jul/01) TTO NEXIUN  
 HIPERPROLACTINEMIA.  
 GLAUCOMA  
 COLON IRRITABLE  
 LUMBALGIA.  
 DISLIPIDEMIA .  
 DEPRESION E INSOMNIO  
 FIEBRE REUMATICA EN LA INFANCIA  
 AR  
 ERC (estadio III) Glucosuria?  
 Transfusionales:  
 0  
 Quirúrgicos:  
 cesarea,  
 legrado  
 HISTERECTOMIA EN 21 JUNIO 2005 POR MIOMAS Y  
 QUISTE DE OVARIO DERECHO  
 Ocupaciones:  
 0  
 Farmacológicos:

**TOXICOS / ALERGICOS**

Toxicos: SI Alcohol: NO Cigarrillo: SI Estimulantes: NO Otros: N  
 Descripción:  
 Frecuencia: 1/2 paquete por día  
 Alérgicos:  
 Sulfas: NO Aines: NO Penicilina: NO  
 Alérgicos Medicamentos:  
 Detergentes: NO  
 Medicinas: NO

ESTE DOCUMENTO ES  
 FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE  
 REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA  
 FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA

*Marlene Parra*  
 MARLENE PARRA DÍAZ  
 SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA  
 Y FINANCIERA

**HISTORIA CLINICA**

Nombre del Paciente: EDELSY BENJUMEA LIÑAN Documento: CC 42494052 CRA 19A NO. 16B-4  
 Fecha de Nacimiento: 26/01/1957 00:00:00 Ingreso: 947716  
 Medico Familiar: NAVARRO DELGADO SANDRA MILENA Tipo Régimen: CONTRIBUTIVO Tipo Afiliación: COTIZANTE

Edad: 61 Años Sexo: FEMENINO Raza: Estado Civil: UNION LIBRE Ocupación:  
 Dirección: CRA 19A NO. 16B-25 BARRIO DANGOND Teléfono: 3008288753  
 Email: edelsy.benj@hotmail.com Municipio: VALLEDUPAR - CESAR  
 Entidad: UT5 FUNDACION MEDICO PREVENTIVA CESAR Nivel o Estrato: 06 - REGIMEN ESPECIAL  
 Nombre responsable .NULL. Parentesco responsable AFILIADO - TITULAR COTIZANTE  
 Dirección responsable .NULL. Telefono responsable .NULL.  
 Acompañante: ASÍTE SOLA Teléfono Acompañante: 5714357  
 Fecha de Ingreso: Diciembre 30 de de 2013 Fecha de Atención: Diciembre 30 de de 2013

**ANAMNESIS.**

Motivo de Consulta:  
 CONTROL DE PATOLOGIAS CRONICAS  
 "HIPERTENSION Y DISLIPIDEMIA"

Enfermedad Actual:  
 PACIENTE EN CONTROL Y SEGUIMIENTO DE HIPERTENSION ARTERIAL Y DISLIPIDEMIA  
 NIEGA EFECTOS ADVERSOS A LOS MEDICAMENTOS  
 REFIERE DOLOR PERSISTENTE EN PIE CON DIAGNOSTICO ERRADO DE ARTROSIS POR CITA MEDICA PARTICULAR DIAGNOSTICAN  
 TRASTORNOS DE TENDON, EN PROXIMA CITA MEDICA PARA RESOLUCION DE AFECCION ACTUAL.  
 NIEGA SEÑALES DE ALARMA CARDIOVASCULAR  
 NO REPORTA HOSPITALIZACIÓN.  
 CASI SIEMPRE CONTROL DE SAL Y GRASAS EN LAS COMIDAS  
 ACTIVA FISICAMENTE (ELIPTICA) DURANTE 30 MINUTOS TRES VECES POR SEMANA.

Con el fin de afianzar y darle un poco más de claridad a su despacho al respecto del tema de la reticencia. Me permito traer a colación una sentencia de la Corte Suprema de Justicia.

En sentencia proferida por la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil y Agraria No. T1100122030002017 – 01366 – 01 de 27 de julio de 2017 esta se pronunció al respecto de una acción de tutela interpuesta por una providencia emitida en segunda instancia por un Juzgado Civil del Circuito, el cual decidió declarar la nulidad relativa del contrato por reticencia manifestando los siguientes argumentos:

*“Para ello, el Despacho enjuiciado adujo, en suma, que en el caso sub iudice, el asegurado tenía «la obligación de manifestar con absoluta sinceridad y sin ningún tipo de reserva su real estado de salud, pues debe observarse que se parte del presupuesto de la buena fe», al margen que sean o no practicados los respectivos exámenes clínicos al momento de la suscripción de la póliza, más aún cuando el tomador, contrario a lo que mostraba su registro médico, afirmó encontrarse en «óptimas condiciones de salud», lo*

*cual no correspondía a la realidad, en tanto que se encontraron «serios antecedentes dentro de la historia clínica que demuestran sin lugar a equívocos que el señor B.B. (...) presentaba un estado mental deplorable. Bajo ese entendido (...) a la aseguradora se le ocultó esa situación. Es lo que se conoce técnicamente como una reticencia, es decir, cuando el tomador oculta su real estado» haciendo creer a la aseguradora que no existen riesgos patentes que pongan en potencial peligro la vida del beneficiario.*

Por su parte la Corte Constitucional en sentencia T- 463 de 2017, expuso lo siguiente:

*“Lo anterior implica que, para el 7 de abril de 2014, fecha en que diligenció el formato de apertura de productos del banco y suscribió la póliza Grupo Deudores para amparar la obligación correspondiente a su cuenta corriente, no sólo conocía que padecía VIH sino también era consciente de las*

*complicaciones de su enfermedad, pues un mes antes se le había practicado una prueba neuropsicológica que confirmaría que su enfermedad se encontraba en un estadio G2 y que presentaba demencia asociada a la misma. Incluso se observa que, según se expuso, poco después de vincularse financieramente con Citibank no continuó trabajando. De esta manera, la historia clínica del accionante demuestra que sus padecimientos datan del año 2000, es decir, desde mucho antes de que presentara la solicitud de los productos ante el banco y que fue diagnosticado en un estadio avanzado de la enfermedad, al menos un mes antes de adquirir sus créditos con la entidad.*

*De esta manera, se advierte que el accionante al haber declarado que no padecía ninguna enfermedad incumplió lo establecido en el artículo 1058 del Código del Comercio, en virtud del cual “[e]l tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador”, con la finalidad de que el asegurador conozca de manera fiel el riesgo que va a amparar y pueda decidir de manera libre si contrata y bajo qué condiciones.*

*Este deber de actuar con apego a la verdad se basa en el principio constitucional de la buena fe, el cual toma mayor relevancia cuando se trata de suministrar información relacionada con el estado de salud del asegurado, lo que le permite a las partes al momento de contratar tomar las decisiones más adecuadas para sus intereses.*

*La Sala considera que el señor José no declaró el estado real del riesgo, pues no le informó a la aseguradora sobre todos los hechos que atentaban contra su integridad física, incidían en su capacidad laboral y afectaban su vida. Y exigir al asegurado que declare sobre su estado real de salud no resulta ser una carga desproporcionada que sea imposible de cumplir.*

*De esta manera, para la Sala, el actuar del accionante no se produjo dentro del marco de la buena fe, pues no sólo omitió declarar con sinceridad su estado de salud, sino que aun a pesar de ello contrajo obligaciones conscientes de que no podía sufragarlas y a la espera de hacer efectiva la póliza de seguro.”*

Dicho de otra manera, y en términos de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN traicionó la extrema confianza de la aseguradora, derivada del principio de ubérrima buena fe que rige la celebración del contrato de seguro, por no responder con total honestidad, veracidad y exactitud el cuestionario diligenciado en la declaración de asegurabilidad al momento de realizar la solicitud de inclusión dentro de la PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 00110043. La cual es una carga precontractual que se encontraba en cabeza de esta y que, de haberse cumplido, habría permitido a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. determinar con mayor exactitud el estado del riesgo.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-272 de 2018 “Cargas y Deberes del Asegurado: 12. Declarar verazmente el estado del riesgo, según lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, para que el asegurador tenga los elementos de juicio suficientes para decidir si asegura o no el riesgo, de no ser así esto puede derivar en la reducción o en la nulidad de la prestación asegurada.”

Con base en todo lo anteriormente expuesto, es evidente que en el presente caso se encuentran todas las bases jurídicas y legales que fundamentan la posición de mi representada en cuanto a la negativa del pago de las pretensiones del demandante por incurrir la asegurada en reticencia, teniendo como consecuencia directa la nulidad relativa del contrato de seguro.

Por último, es necesario aclarar que la prosperidad de la presente excepción lleva implícita la desestimación de las demás pretensiones reclamadas por el demandante en el proceso judicial de marras. De conformidad con lo reglado en el artículo 282 del C.G.P. el cual establece que *"Si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes"*.

Por lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente al despacho que se declare probada la presente excepción de fondo.

## 2. INEXISTENCIA DE OBLIGACION DE REALIZAR INSPECCION DEL ESTADO DEL RIESGO (EXAMENES MEDICOS) A CARGO DE MI REPRESENTADA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

En materia de contrato de seguro, el código de comercio en lo concerniente a la reticencia establece lo siguiente:

*"Art. 1058. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro..." (Negrillas y subrayado por fuera del texto original)*

(...)

*"Art. 1158. Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción de lugar."*

Al respecto de la carga de la declaración del estado del riesgo la doctrina, ha expuesto:

*"La carga de la declaración del estado del riesgo es de la exclusiva incumbencia del tomador. El asegurador no está legalmente obligado a controlar su fidelidad, a confrontar con la realidad los hechos o circunstancias declarados, a investigarlos superficial o exhaustivamente. Si lo hace, en ejercicio de una política técnico- comercial, en desarrollo de una función preventiva, su conducta no está ciertamente exenta de consecuencias jurídicas"<sup>6</sup>.*

*"El asegurador debe conocer todas las circunstancias que influyen en la apreciación del riesgo. En todos los demás contratos, la verificación del estado del riesgo o condiciones del bien objeto de la contraprestación queda, generalmente librada a la diligencia de la parte interesada. Esta actividad del asegurador se hace imposible, no sólo por onerosa, sino también por incompleta: no está en condiciones de establecer por sus propios medios, por grande que sea la diligencia aplicada, los elementos de hecho que le permitirían apreciar el riesgo"<sup>7</sup>.*

<sup>6</sup> OSSA GOMEZ, J. Efrén. Op. cit., pág. 329.

<sup>7</sup> HALPERIN, Isaac. Seguros. 2ª. edición actualizada por Juan Carlos Félix Morandi. Volumen I. Buenos Aires: Editorial DE ALMA, 1986. p. 268.

La Corte Suprema de Justicia, también se ha pronunciado en lo referente a hasta dónde debe llegar la diligencia y cuidado del asegurador para conocer el estado del riesgo, lo siguiente:

*“Esa extrema diligencia y cuidado, correspondiente a la culpa levísima, no se le impone al asegurador; su responsabilidad en este contrato, sólo llega hasta la llamada “culpa leve” (Art.63 C.C.) por consiguiente no es razonable imponer a una sociedad aseguradora el deber de verificar la sinceridad y exactitud de las declaraciones de un tomador del seguro haciendo indagaciones en las demás empresas dedicadas a la misma actividad mercantil, y no sólo a sus casas principales sino a la totalidad de las sucursales o agencias que tengan en el territorio nacional”<sup>8</sup>*

De todo lo anteriormente expuesto es claro, que no es obligación del asegurador, realizar ningún tipo de inspección del riesgo o practicar exámenes médicos al candidato del seguro, pues ni la ley, ni la misma jurisprudencia así lo han indicado. Me permito hacer alusión a jurisprudencia reciente, de la Corte Suprema de Justicia en la cual ha sostenido lo siguiente sobre este punto:

*“No puede, entonces, exigirse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».*

*Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculparable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.*

(...)

*Ahora bien, no puede pasarse por alto que, tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo<sup>1</sup>.”*

La Corte Constitucional, en sentencia T-058 de 2016, se pronunció con respecto a los fallos de tutela que consideraba que era una obligación de la aseguradora realizar exámenes médicos con el fin de determinar el estado de salud del tomador del seguro, manifestado lo siguiente:

*“En relación con este último punto, es preciso advertir que en algunas sentencias se ha considerado que las aseguradoras (al margen de que no se trate de contratos de medicina prepagada o pólizas médicas), deben realizar con anterioridad a la suscripción de la póliza, un examen médico o exigir que se allegue uno por parte de los asegurados, con el fin de determinar su estado de salud, cuya exigibilidad permite tener un mayor grado de certeza sobre la aplicación del régimen de coberturas y exclusiones del contrato.*

*Esta exigencia cuya aplicación se ha vinculado con la resolución de casos concretos, a partir de las condiciones fácticas y jurídicas de suscripción del contrato de seguro, ha permitido considerar que la falta de realización del examen dada la ocurrencia del siniestro excluye la posibilidad de la aseguradora de*

<sup>8</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia de 28 de julio de 1976. Magistrado Ponente Dr. José María Esguerra Samper.

*alegar que determinadas enfermedades no se encontraban amparadas y que, por ende, el riesgo es anterior a la celebración del contrato.*

*El alcance de las providencias en las que se estableció la obligación de realizar un examen médico previo a la celebración del contrato de seguro se limitó a las circunstancias que rodearon cada uno de esos casos, en virtud de los efectos inter-partes que por regla general tienen las sentencias de tutela.*

*Por tanto, no puede entenderse lo anterior como una regla sobre la materia, pues en el contrato de seguro rige con amplia intensidad el principio de autonomía de la voluntad privada, conforme al cual las partes cuentan con la posibilidad de fijar cláusulas específicas y particulares que regulen la relación de aseguramiento según el tipo, categoría o modalidad de póliza, siempre que no se desconozcan normas imperativas, por ejemplo, respecto del surgimiento del riesgo, los actos que resulten inasegurables, la temporalidad de las coberturas, las garantías que se deben brindar por el asegurado y el procedimiento y/o autoridad competente para definir el supuesto que da lugar a la ocurrencia del siniestro.*

*Por lo anterior, la jurisprudencia de esta Corporación ha advertido que las reglas de los contratos de medicina prepagada o las pólizas médicas, como ocurre con la exigencia del examen previo del estado de salud, no son imperativas ni extensivas frente a todas las modalidades del contrato de seguro, pues cada una de ellas responde a unas particularidades propias, incluso amparadas por el postulado de normatividad de los contratos, como se advirtió en la Sentencia T-832 de 2010[71] y se reiteró en la Sentencia T-751 de 2012,[72] en los siguientes términos:* (Negrilla y subraya fuera del texto)

*"(...) no resulta plausible suponer que la Corporación extendió a todos los contratos de seguros las reglas propias de los contratos de medicina prepagada, previamente ampliadas al contrato de seguro de salud. La relevancia constitucional del segundo tipo de negocio implica la existencia de reglas particulares que obedecen a límites y vínculos constitucionalmente impuestos a una actividad a la que se asocia un claro interés público."*

*Reiterando la posición adoptada por la Sala Primera de Revisión de este Tribunal en la providencia en cita, es innegable que el deber de realizar exámenes médicos previos a la celebración de un contrato de medicina prepagada o pólizas médicas, en los términos previamente expuestos, tiene razón de ser en tanto está involucrada la prestación del servicio público de salud. No obstante, en el caso de los demás seguros, como ocurre con el de vida o el de daños, están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la ley. Por el contrario, en dichas hipótesis la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes.*

*Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: "Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar"*

La Corte Constitucional en sentencia T 463 de 2017, reitero esta decisión, referente a la realización de exámenes al asegurado.

*"El artículo 1058 del Código de Comercio establece la obligación de declarar de forma abierta y sincera sobre los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, obligación que se deriva del carácter bilateral, oneroso y aleatorio del contrato. Así, en la medida en que el asegurador va a asumir un riesgo, debe conocer razonablemente su naturaleza, como condición para la manifestación libre de su*

*voluntad o consentimiento, y para determinar el alcance de la contraprestación que exigirá a manera de prima por parte del tomador, lo que explica y justifica la obligación citada, siempre que esto sea exigido en la solicitud de aseguramiento.*

*De esta manera, la Corte ha establecido, por una parte, que sobre el tomador del seguro recae el deber de informar acerca de las circunstancias reales que determinan la situación de riesgo, y por otra parte, que le corresponde a las aseguradoras dejar constancia de las preexistencias o de la exclusión de alguna cobertura al inicio del contrato, para evitar en un futuro ambigüedades en el texto del contrato.<sup>9</sup>*

*En relación con este último punto, es preciso advertir que en algunas sentencias se ha considerado que las aseguradoras (al margen de que no se trate de contratos de medicina prepagada o pólizas médicas),<sup>10</sup> deben realizar con anterioridad a la suscripción de la póliza, un examen médico o exigir que se allegue uno por parte de los asegurados, con el fin de determinar su estado de salud, cuya exigibilidad permite tener un mayor grado de certeza sobre la aplicación del régimen de coberturas y exclusiones del contrato.<sup>11</sup>*

*Esta exigencia cuya aplicación se ha vinculado con la resolución de casos concretos, a partir de las condiciones fácticas y jurídicas de suscripción del contrato de seguro, ha permitido considerar que la falta de realización del examen dada la ocurrencia del siniestro excluye la posibilidad de la aseguradora de alegar que determinadas enfermedades no se encontraban amparadas y que, por ende, el riesgo es anterior a la celebración del contrato.*

*El alcance de las providencias en las que se estableció la obligación de realizar un examen médico previo a la celebración del contrato de seguro se limitó a las circunstancias que rodearon cada uno de esos casos, en virtud de los efectos inter partes que por regla general tienen las sentencias de tutela.<sup>12</sup>*

*Por tanto, no puede entenderse lo anterior como una regla sobre la materia, pues en el contrato de seguro rige con amplia intensidad el principio de autonomía de la voluntad privada, conforme al cual las partes cuentan con la posibilidad de fijar cláusulas específicas y particulares que regulen la relación de aseguramiento según el tipo, categoría o modalidad de póliza, siempre que no se desconozcan normas imperativas, por ejemplo, respecto del surgimiento del riesgo, los actos que resulten inasegurables, la temporalidad de las coberturas, las garantías que se deben brindar por el asegurado y el procedimiento y/o autoridad competente para definir el supuesto que da lugar a la ocurrencia del siniestro.<sup>13</sup>*

*Por lo anterior, la jurisprudencia de esta Corporación ha advertido que las reglas de los contratos de medicina prepagada o las pólizas médicas, como ocurre con la exigencia del examen previo del estado de salud, no son imperativas ni extensivas frente a todas las modalidades del contrato de seguro, pues cada una de ellas responde a unas particularidades propias, incluso amparadas por el postulado de normatividad de los contratos, como se advirtió en la Sentencia T-832 de 2010<sup>14</sup> y se reiteró en la Sentencia T-751 de 2012,<sup>15</sup> en los siguientes términos:*

<sup>9</sup> Corte Constitucional, Sentencias T-152 de 2006 (MP Rodrigo Escobar Gil), reiterada en la Sentencia T-832 de 2010 (MP Nilson Pinilla Pinilla).

<sup>10</sup> Ver, entre otras, Corte Constitucional, Sentencia T-152 de 2006 (MP Rodrigo Escobar Gil).

<sup>11</sup> Consultar, entre otras, Corte Constitucional, Sentencias T-832 de 2010 (MP Nilson Pinilla Pinilla), T-222 de 2014 y T-830 de 2014 (MP Luis Ernesto Vargas Silva).

<sup>12</sup> El artículo 36 del Decreto 2591 de 1991 dispone que: "Las sentencias en que se revise una decisión de tutela sólo surtirán efectos en el caso concreto y deberán ser comunicadas inmediatamente al juez o tribunal competente de primera instancia, el cual notificará la sentencia de la Corte a las partes y adoptará las decisiones necesarias para adecuar su fallo a lo dispuesto por ésta".

<sup>13</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-058 de 2016 (MP Luis Guillermo Guerrero Pérez).

<sup>14</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-832 de 2010 (MP Nilson Pinilla Pinilla).

<sup>15</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-751 de 2012 (MP María Victoria Calle Correa).

*"(...) no resulta plausible suponer que la Corporación extendió a todos los contratos de seguros las reglas propias de los contratos de medicina prepagada, previamente ampliadas al contrato de seguro de salud. La relevancia constitucional del segundo tipo de negocio implica la existencia de reglas particulares que obedecen a límites y vínculos constitucionalmente impuestos a una actividad a la que se asocia un claro interés público."*

*En este sentido, el deber de realizar exámenes médicos previos a la celebración de un contrato de medicina prepagada o pólizas médicas, en los términos previamente expuestos, tiene razón de ser en tanto está involucrada la prestación del servicio público de salud.<sup>16</sup> No obstante, en el caso de los demás seguros, como ocurre con el de vida o el de daños, están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la ley. Por el contrario, en dichas hipótesis la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes.*

*Así, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que dispone: "Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción de lugar".*

En ese sentido, y tomando en consideración a todos los preceptos de índole jurisprudenciales y doctrinales citados anteriormente, es claro que, no es admisible pretender endilgar en cabeza de mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., la obligación de realizar exámenes médicos o inspeccionar el estado del riesgo de los posibles candidatos a ser asegurados, pues, al ser el contrato de seguros de vida grupo deudores un contrato peculiar, el mismo se erige o fundamenta sobre el principio de la buena fe, el cual le otorga especial importancia al deber de información que se deben las partes intervinientes durante todo el desarrollo del negocio contractual.

Por lo anteriormente expuesto, esta excepción está llamada a prosperar y así solicito al señor Juez declararla al momento de proferir decisión de fondo.

### **3. FALTA DE LEGITIMACIÓN POR ACTIVA PARA SOLICITAR QUE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. CANCELE AL DEMANDANTE EL VALOR ASEGURADO CON CARGO A LAS OBLIGACIONES.**

Es menester resaltar, que en la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 0110043 figura como tomador y beneficiario el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. y como asegurada la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN.

La Corte Suprema de Justicia Sala Civil se ha pronunciado con respecto al seguro de vida grupo deudor y afirma que el mismo nace como una necesidad para "proteger el patrimonio del acreedor"<sup>17</sup>, cuyo instrumento más sofisticado es el seguro el cual puede amparar la incertidumbre del acreedor sobre el cobro de la deuda, por consiguiente, el seguro se torna en "una garantía personal, según la cual, a la muerte o incapacidad física del deudor, otro, el asegurador, asume el pago".<sup>18</sup>

Sin embargo, en el caso objeto de estudio, el demandante en sus pretensiones solicita la afectación de la póliza de vida grupo deudores para que se le pague el valor asegurado, lo cual no está llamado a prosperar de conformidad a que el demandante no ostenta la calidad de beneficiaria de la póliza No. 0110043, por consiguiente, esta carece de legitimidad por activa para solicitar que se reconozca el valor asegurado de la póliza. Con respecto a este punto, la Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado respecto a la legitimación en causa por activa para efectos de reclamar el valor asegurado de una póliza de vida grupo deudores. En sentencia SC-248/2005 la máxima

<sup>16</sup> Al respecto, en la Sentencia T-751 de 2012, (MP María Victoria Calle Correa

<sup>17</sup> Corte Suprema de Justicia Sala Civil Exp. No. 76001-31-03-006-1999-00019-01M.P. Edgardo Villamil Portilla

<sup>18</sup> Ibidem

Corporación de la jurisdicción ordinaria, Sala de casación Civil, Magistrado Ponente: Jaime Alberto Arrubla Paucar se indicó:

*“El estudio conjunto de los cargos obedece a que en ambos se denuncia la violación de las mismas disposiciones legales y porque se orientan a desvirtuar la declarada por el Tribunal falta de legitimación en causa por activa.*

*2.- Como se recuerda, luego de superar lo relativo a la existencia del contrato de seguro grupo de vida deudores, el Tribunal, para llegar a la conclusión que se controvierte, se refirió el causante (...) como el “cónyuge y padre de los demandantes”.*

*A partir de dejar sentado, con vista en el contrato de seguro y sus anexos, que el causante era el asegurado, sin que figurara como “beneficiario de dicho contrato”, el sentenciador concluyó que los demandantes no tenían derecho a reclamar valor alguno por concepto de indemnización, porque el seguro de vida tenía como “especial destinación” cubrir el “saldo insoluto de la obligación” a la muerte del deudor asegurado.*

*Por esto, al constatar que el tomador del seguro, esto es, el Banco (...), aparecía como el “exclusivo titular del crédito”, o lo que es lo mismo, del saldo de la obligación, el ad-quem señaló que dicho acreedor, en su calidad de beneficiario del seguro, como así constaba expresamente, era el “único legitimado para efectuar la reclamación”.*

*Legitimación que como lo señaló, no se desvirtuaba por haber renunciado a cobrar el valor del seguro o por no haber insistido en el pago luego de que la aseguradora objetara la reclamación. Tampoco por haber obtenido el pago del saldo de la obligación, “mediante la figura de la dación en pago” del inmueble hipotecado, según se advertía en las copias del proceso ejecutivo, porque apoyado en un antecedente que cita, la obligación había sido satisfecha por un codeudor solidario.*

*3.- En suma, como en la sentencia se reconoció que el “único” beneficiario del seguro de vida grupo deudores, era el citado banco, (...), claramente se advierte que en ningún error de hecho, con las características de manifiesto y trascendente, pudo incurrir el Tribunal, porque el adjetivo “único” necesariamente descartaba que otras personas, incluidos los demandantes, por las circunstancias que fueren, pudieran serlo, menos cuando expresamente se refirió, para confirmar la legitimación en causa de aquellos, a todos los hechos que en el cargo segundo se mencionan.” (Negritas y Subrayado fuera de texto).*

Por consiguiente, resulta diáfano que el factor determinante para la legitimación es la designación de beneficiario consignado en el contrato de seguros, en el caso objeto de estudio tenemos que en la casilla de beneficiario figura únicamente BANCO BBVA COLOMBIA S.A., así las cosas, la referida entidad bancaria, es la única legitimada para reclamar el valor asegurado de la póliza para cubrir el saldo insoluto de la deuda, sin que ello implique que el remanente sea a favor del asegurado, con fundamento en que no se estipuló de este modo.

Por lo anteriormente expuesto, esta excepción está llamada a prosperar y así solicito al señor Juez declararla al momento de proferir decisión de fondo.

#### 4. BUENA FE DE MI REPRESENTADA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. EN CELEBRACION DEL CONTRATO DE SEGURO CONTENIDO EN LA POLIZA VIDA GRUPO DEUDORES No. 0110043.

Nuestra constitución política en el artículo 83 consagra el principio de buena fe, el cual debe estar inmerso en todas las actuaciones tanto de los particulares como de la administración pública, concebido como un mecanismo para buscar la protección de los derechos de las personas al interior de las relaciones de negocios.

Es decir, la buena fe pasó de ser un principio general, consagrado inicialmente en el artículo 769 del Código Civil, a uno de carácter constitucional, lo que conlleva a que, tanto los particulares con las autoridades públicas actúen de forma honesta, leal y correcta, características estas que dan confianza, seguridad y credibilidad a las partes.

Al respecto, del principio de la buena fe la Corte Constitucional<sup>19</sup>, sostuvo lo siguiente:

*“La Corte Constitucional ha considerado que en tanto la buena fe ha pasado de ser un principio general de derecho para transformarse en un postulado constitucional, su aplicación y proyección ha adquirido nuevas implicaciones, en cuanto a su función integradora del ordenamiento y reguladora de las relaciones entre los particulares y entre estos y el Estado, y en tanto postulado constitucional, irradia las relaciones jurídicas entre particulares, y por ello la ley también pueda establecer, en casos específicos, esta presunción en las relaciones que entre ellos se desarrollen”.*

De lo anterior, se permite concluir que, la buena fe debe estar presente en todos los contratos, cualquiera sea su naturaleza, de acuerdo con lo preceptuado por el Código Civil en su artículo 1603, el cual establece que *“los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no solo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación o que por la ley pertenecen a ella”.*

Igualmente, dentro de la legislación comercial existe, en el mismo sentido, norma expresa que indica que los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe. (Artículo 871 del Código de Comercio).

Ahora, con respecto al contrato de seguro, si bien en el artículo 1036 del Código de Comercio no figura la buena fe como elemento estructural del dicho contrato, la jurisprudencia ha coincidido en mencionar que ella hace parte integral del negocio.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, es diáfano que la buena fe es un principio fundamental que debe estar presente en toda relación jurídica negocial, bien sea de carácter civil o comercial. Sin embargo, y como ya es sabido, en el contrato de seguro esta máxima toma una mayor relevancia y un mayor carácter y exigencia, el de la ubérrima buena fe.

Esta ubérrima buena fe les exige a las partes vinculadas a un contrato de seguros, que actúen con *“Honradez, Probidad, Honorabilidad, Transparencia, Diligencia, Responsabilidad y sin dobleces. Identifícase entonces, en un sentido muy lato, la bona fides con la confianza, la legítima creencia, la honestidad, la lealtad, la corrección y, especialmente en las esferas pre-negocial y negocial, con el vocablo ‘fe’, puesto que “fidelidad, quiere decir que una de las partes se entrega confiadamente a la conducta leal de la otra en el cumplimiento de sus obligaciones, fiando que ésta no la engañará.”*

En tal sentido la sentencia T-251 de 2017 expuso lo siguiente:

*“Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bonae fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente 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”.*

*Así las cosas, la buena fe constituye un principio que disciplina y constituye un eje fundamental en los contratos de seguro, obligación que recae en el tomador, quien se encuentra en el deber de declarar de manera cierta todas las circunstancias inherentes al riesgo.*

<sup>19</sup> Sentencia C-1194 de 2008

Así, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que dispone: "Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción de lugar". (Negrilla y subraya fuera del texto)

Es por ello que la ubérrima buena fe representa en el contrato de seguro la encontramos consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, donde se impone al tomador del seguro "declarar sinceramente" todas las circunstancias o hechos que puedan influir en la valuación del riesgo que se pretende asegurar por parte de la compañía aseguradora, y que ayuden al asegurador a conocer su verdadero estado, exigencias relevantes ya que el conocimiento del real estado del riesgo se constituye como la motivación del asegurador para contratar.

Tal como lo ha establecido la Corte Suprema de Justicia "Se trata como ya se anotó, de exigencias legales para la contratación, tendientes a que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que pueda conocer en toda su extensión el riesgo que va a asumir, exigencias que deben cumplirse cualquiera que sean las circunstancias en que se produzcan tales declaraciones, esto es, que bien se hagan a iniciativa del particular o de la compañía aseguradora; ora sea precedidas o no de efectos, situaciones o contrataciones anteriores. Es decir, de una u otra manera, lo primordial, lo importante es que las declaraciones que el tomador del seguro haga, sean sinceras, exactas y sin reticencias"

De lo anterior, se puede concluir sin temor a equívocos que cómo esta declaración de asegurabilidad es el medio que tiene el asegurador para enterarse del estado de ese riesgo del candidato al seguro, por esta razón, nuestra legislación castiga severamente esta falta a la ubérrima buena fe. Dentro de la suscripción del contrato de seguros amparado en la póliza No. 0110043 mi representada actuó de buena fe toda vez que con base en la información suministrada por la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN en el certificado individual sobre su estado de salud, este manifestó que no padecía o había padecido las enfermedades enunciadas en el cuestionario, razón por la cual mi representada procedió a incluirlo como asegurado de dicha póliza, actuación que no se puede predicar del candidato al seguro toda vez que se encuentra plenamente demostrado que omitió o calló, padecimientos o patologías que venían en estado de evolución, como son antecedentes médicos de ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, ARTROSIS, GLAUCOMA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN lo cual se encuentra probado en el historial clínico, antes de haber suscrito la solicitud de seguro y el cuestionario de asegurabilidad propuesto por mi representada, para la inclusión como asegurada en la Póliza de Seguro de Vida Grupo No. 0110043.

Al respecto del principio de la buena fe que gobierna el contrato de seguros la Sentencia T-058 de 2016, establece lo siguiente:

"Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer.

Es claro que no se puede desmaterializar el contrato de seguro, pues deben confluir los elementos esenciales para que produzca efectos, tales como el que debe existir una obligación condicional del asegurador frente a la ocurrencia del riesgo y que se trate de un hecho futuro e incierto, esto sin contar con la presencia de un vicio en

el consentimiento en cabeza del candidato al seguro, pues al no conocer el asegurador de manera adecuada el estado del riesgo no se le permite hacer uso de la facultad discrecional que le otorga el artículo 1056 del Código de Comercio, de asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a los que este expuesto el interés asegurable.

Bajo el presente caso podemos concluir que no existe vulneración alguna de derechos fundamentales al hoy demandante al negar por parte de mi representada la afectación de la póliza con ocasión del ocultamiento por parte del asegurado de información relacionada con su estado de salud, ya que se encuentra plenamente demostrado que la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN omitió o calló, padecimientos o patologías que venían en estado de evolución, como son antecedentes médicos de ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, ARTROSIS, GLAUCOMA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, constituyendo el evento por el que se reclama además de un hecho cierto (inasegurable), lo que conlleva a una clara reticencia o inexactitud del asegurado, pues ante las enfermedades diagnosticadas con antelación al ingreso a la póliza.

Ahora es importante mencionar, que a pesar de la posición proteccionista de la Corte Constitucional, es importante recordar que la buena fe se predica de ambas partes en las relaciones contractuales y cuando de información relevante para suscribir el contrato de seguro se trata, la parte que es concedora de la misma debe suministrarla de manera clara y exacta, con el fin de que en este caso la aseguradora emita su consentimiento de manera consiente y voluntaria, asumiendo el riesgo de manera adecuada y realizando los cálculos actuariales pertinentes que conlleven a la seguridad y respaldo del resto del grupo asegurado.

Es claro que si el candidato al seguro tiene pleno conocimiento de su estado de salud y omite dar información a la aseguradora para ser asegurado, haciendo parecer que es un riesgo normal, desequilibra el contrato de seguro, desconoce sus elementos esenciales, vulnera otros derechos fundamentales, afecta el principio de solidaridad y desconoce la función del mismo, independientemente de que se trate de un sujeto de protección especial por su condición de invalidez o discapacidad, debido a que dicho sujeto pretende acceder a una cobertura, sin haber cumplido con los requisitos mínimos de obrar de buena fe, pagar una prima acorde a su riesgo y tener derecho a la indemnización que reclama.

Por lo anteriormente expuesto, es claro que mi representada actuó bajo el principio de buena fe al incluir como asegurada a la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN quien al momento de suscribir el certificado de asegurabilidad no obro de igual manera, es decir actuó de mala fe ocultando su verdadero estado de salud para ser asegurado, por lo anteriormente expuesto esta excepción está llamada a prosperar y así solicito al señor Juez declararla al momento de proferir decisión de fondo.

#### **5. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE RECONOCER INTERESES MORATORIOS A FAVOR DE LA PARTE DEMANDANTE SOLICITADA CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 1080 DEL CODIGO DE COMERCIO.**

La presente excepción tiene como fundamento el hecho de que mi representada no tiene obligación de realizar pago alguno por concepto de intereses moratorios a la parte demandante, toda vez que dentro de la póliza de vida grupo deudores No. 0110043, la suma asegurada la constituye el saldo insoluto de la obligación al momento del siniestro, es decir el fallecimiento del asegurado o de la declaratoria de incapacidad. La Superintendencia Bancaria hoy Superintendencia Financiera estableció que, por saldo insoluto de la obligación, se entenderá el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados a la fecha del siniestro. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no cancelados por el deudor.

La Corte suprema de Justicia<sup>20</sup>, al respecto del contrato de póliza de vida grupo deudores ha manifestado lo siguiente:

*"Ahora bien, en el estado actual de la legislación y para el caso concreto, la única limitación que existe en este campo, es que en el seguro de vida grupo deudores, la indemnización a favor del acreedor-tomador no puede ser mayor al saldo insoluto de la deuda, tal y como reza el artículo 120 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 2 de abril de 1993) al prever que "en los seguros de vida del deudor el valor asegurado no excederá el del saldo insoluto del crédito". Ello, en lo fundamental, coincide con lo previsto en la Resolución 2735 de 1990 y en la Circular Externa 037 del mismo año, dictadas por la Superintendencia Bancaria y vigentes para la época de celebración del contrato de mutuo referido en la demanda, que como se recuerda, ocurrió en noviembre de 1992.*

*Por ende, la indemnización que debe pagar la aseguradora, en caso de ocurrir el siniestro, está vinculada necesariamente a una obligación concreta a cargo del deudor, en el cual la prestación debida -determinada o determinable- tiene una magnitud que va aparejada a la extensión del riesgo; entonces, cualquier monto adicional ya no es deuda y, bajo ese entendido, no hay interés asegurable -ni siquiera indirecto- para el acreedor."*

Para mayor ilustración me permito indicar los parámetros bajo los cuales se desarrolla la citada póliza basada, en el literal c), subnumeral 6.1, numeral 6° del capítulo segundo, título sexto de la Circular Básica Jurídica 07 de 1996 de la Superintendencia Bancaria.

#### **1.6. Saldo insoluto de la deuda**

*Por saldo insoluto de la deuda, se entenderá el capital no pagado más los intereses corrientes calculados hasta la fecha de fallecimiento del asegurado. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no cancelados por el deudor.*

*Cuando la indemnización tiene como causa el amparo de la incapacidad total y permanente, el saldo insoluto de la deuda será aquel que se registre en la fecha en la cual el asegurador informe por escrito al tomador su aceptación respecto de la declaratoria de incapacidad del asegurado.*

Igualmente, la Corte, en diferentes pronunciamientos ha hecho relación a casos que han versado sobre esta modalidad aseguraría.

En fallo de 29 de agosto de 2000, se dijo que *"el fin de éste es el pago del saldo de la deuda del asegurado fallecido... En este caso concreto... el valor del seguro va a la par con el saldo de la deuda, de modo que nunca quedarán remanentes. Pero, además, ese valor del seguro tiene una destinación específica: ser aplicado a la deuda del asegurado fallecido"* (Exp. No. 6379).

En fallo de 17 de octubre de 2006, se dejó sentado que *"si el valor del seguro correspondía no más que al monto impagado del crédito y sus accesorios al momento del fallecimiento del asegurado, la indemnización debía ascender a ese valor y, por lo mismo, sólo alcanzaría para satisfacer el derecho de crédito del acreedor beneficiario"* (Exp. No. 11001-3103-008-1996-0059-01).

<sup>20</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. M. P. Edgardo Villamil Portilla. Sentencia del 30 de junio de 2011. Expediente 76001-31-03-006-1999-00019-01.

Dentro del proceso del asunto la parte demandante en sus pretensiones solicita que se declare que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA además del pago del saldo insoluto de la obligación debe pagar a los demandantes los intereses moratorios a la tasa máxima legal desde la fecha del fallecimiento de la demandada.

Al respecto me permito manifestar los siguiente:

En cuanto al beneficiario, la Corte Suprema de Justicia, estipuló que en los seguros de vida de deudores sea individual o de grupo, el acreedor es el beneficiario a título oneroso y no la mera liberalidad del asegurado que sustenta la designación.

Al respecto la Corte Suprema de Justicia<sup>21</sup> manifestó, que *"en el seguro de vida grupo deudores se asume específicamente el suceso incierto de la muerte del deudor sin dejar de lado que se cubra también el riesgo de la incapacidad permanente total del deudor. Se asegura la muerte independientemente de si el préstamo que deja el deudor permite que la acreencia sea pagada a la entidad bancaria prestamista, no se asegura la imposibilidad de pago del deudor por causa de muerte porque esto tendrá un contenido patrimonial y se asemejaría a una póliza de seguro de crédito.*

*Es un seguro de vida hasta por el saldo de la deuda al momento de su muerte, o al momento de su incapacidad total y permanente, con el único y exclusivo fin de aplicar su valor a la deuda del asegurado. El valor asegurado no excederá el del saldo insoluto del crédito."*

Por su parte el artículo 1080 del Código de Comercio, establece lo siguiente:

*"ARTÍCULO 1080. PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN E INTERESES MORATORIOS.*

*El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad."*

Nótese como de la norma antes mencionada, la obligación del asegurador es pagar al asegurado o beneficiario, la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite el derecho por parte de estos, la norma hace mención al asegurado o beneficiario, disyuntiva que quiere decir que el pago de la indemnización se debe realizar a uno u a otro, en caso de que el asegurado no sea el mismo beneficiario, como es el caso que nos ocupa donde el beneficiario del pago del saldo insoluto de la obligación es el BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

Así las cosas, es claro que mi representada no tiene ninguna obligación de hacer pago de intereses moratorios a los hoy demandantes, ya que el único beneficiario a título oneroso es la entidad bancaria, y el valor asegurado en la póliza corresponde al saldo insoluto al momento del siniestro, por lo cual no habría lugar a reconocer o pagar los intereses moratorios establecidos en el artículo 1080 del código de comercio.

Por lo anteriormente expuesto, esta excepción está llamada a prosperar y así solicito al señor Juez declararla al momento de proferir decisión de fondo.

<sup>21</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. (agosto 29 de 2002. Sala de Casación Civil). Magistrado Ponente. Dr. Jorge Santos Ballesteros.

## 6. AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONTITUTIVOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN CABEZA DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

En cuanto al régimen de responsabilidad civil contractual, en el derecho civil colombiano se han señalado los siguientes elementos que la conforman, y, por ende, que surja una obligación de indemnizar por parte del deudor, los cuales son: un perjuicio, una culpa contractual y un vínculo de causalidad entre la culpa y el perjuicio, todo lo cual, debe girar en torno a un contrato válidamente celebrado entre las partes. Por ser este un aspecto que no se encuentra regulado legalmente, la jurisprudencia colombiana ha señalado como elementos comunes entre la responsabilidad contractual y extracontractual que:

*... deben encontrarse acreditados en el proceso los siguientes elementos: una conducta humana, positiva o negativa (...) un daño o perjuicio, esto es, un detrimento, menoscabo o deterioro, que afecte bienes o intereses de la víctima(...) una relación de causalidad entre el daño y la conducta de aquel a quien se imputa su producción o generación, y finalmente, un factor o criterio de atribución de la responsabilidad, por regla general de carácter subjetivo (dolo o culpa) y excepcionalmente de naturaleza objetiva (riesgo).*

En el presente caso la parte actora, solicita como fundamento de sus pretensiones supuestos incumplimientos por parte de las demandadas en el cubrimiento de los riesgos amparados en la póliza de vida grupo deudores No. 0110043

Teniendo en cuentas lo anterior, tenemos que la acción encuentra su respaldo legal aunque la parte demandante no lo indique en la demanda en la armonización de los artículos 1602 y 1546, en los que se dispone que en caso que uno de los contratantes incumpla sus obligaciones, opera la condición resolutoria, y en tal caso, por efecto de la ley se faculta al otro contratante para pedir a su arbitrio, o el cumplimiento del contrato o su resolución y en ambos casos la indemnización de perjuicios que corresponda.

La jurisprudencia ha determinado que, para la prosperidad de dicha pretensión, se requiere establecer unos supuestos, que ha precisado en los siguientes términos:

*"dos son los requisitos para la prosperidad de tal acción. A.-) Que el contratante contra el cual se dirige la demanda haya incumplido a su carga; y b.- Que el contratante que la proponga haya cumplido o se haya allanado a cumplir lo pactado a cargo suyo<sup>22</sup>.*

Lógicamente, lo anterior impone al demandante el traer con el mismo libelo demandatorio la prueba de la existencia y validez del contrato del cual brota la o las obligaciones que se enrostra a los demandados como incumplidas.

Pues bien en el caso bajo estudio, tenemos que la parte demandante arguye incumplimiento de obligaciones en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pero tenemos que no aporta prueba alguna que demuestre la conducta sobre la cual se funde un supuesto incumplimiento por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., solo se menciona que se presentó reclamación y que en virtud de ello teniendo en cuenta las coberturas de la póliza no se hizo efectiva la misma, pero no aporta prueba, teniendo la carga de hacerlo, la cual sea demostrativa de conducta por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., en la cual se ponga en evidencia un incumplimiento.

Ahora, tampoco existe una relación de causalidad entre el supuesto daño y la conducta despegada por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. pues debe tenerse en cuenta, que, de la reclamación presentada ante el Banco BBVA, por parte del demandante, fue atendida indicando su imposibilidad de continuar la misma hasta tanto no fueran aportados nuevos documentos demostrativos del amparo reclamado.

<sup>22</sup> CSJ Cas 23 de mayo de 1976 Tomada del CC de la Superintendencia de Notariado.

Así también, es menester mencionar, que es necesario que sea presentada una reclamación aparejada de los comprobantes que permiten acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en los términos del artículo 1077 del C. de Co., pues a partir de la formalización del reclamo empieza a correr el término para que la aseguradora reconozca el valor asegurado u objete la misma, de lo contrario dicha reclamación no puede ser considerada formal.

Por último, no existe un factor o criterio de atribución de la responsabilidad, en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., por el cual se le pueda endilgar a título de culpa o dolo, que este incurrió en conducta sobre la cual pueda enrostrársele algún tipo de incumplimiento.

Así las cosas, es claro que no se encuentran reunidos los elementos necesarios para que pueda endilgársele responsabilidad civil contractual en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pues no se cumplen con los presupuestos para que proceda la acción de resolución contractual, por lo que ello conduce necesariamente a la declinación de la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

Por lo anteriormente expuesto, esta excepción está llamada a prosperar y así solicito al señor Juez declararla al momento de proferir decisión de fondo.

**7. CUALQUIER OTRA EXCEPCIÓN QUE RESULTE PROBADA DENTRO DEL PRESENTE PROCESO EN VIRTUD DE LA LEY, CONFORME AL ARTICULO 282 DEL CODIGO GENERAL DEL PROCESO.**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso frente a la demanda, incluida la de prescripción, sin que constituya reconocimiento de responsabilidad por parte de mi procurada.

**PRUEBAS**

Para que se declaren probadas las excepciones propuestas en este escrito, solicito que en la oportunidad procesal correspondiente se decreten, tengan en cuenta y practiquen como pruebas las siguientes:

**DOCUMENTALES**

- Solicitud certificado individual suscrita por la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN para amparar la obligación No. 9603332897.
- Condiciones generales de la póliza vida grupo deudores No. 0110043.
- Carta de objeción de fecha 5 de junio de 2018 expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.
- Copia de la historia clínica de la señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN

**INTERROGATORIO DE PARTE**

Que se cite a la demandante señora EDELSY BENJUMEA LIÑAN para que absuelva el interrogatorio de parte que les formularé en la respectiva audiencia o diligencia, sobre los hechos de la demanda y su contestación, su citación se puede efectuar en la dirección indicada en la demanda y a ella me remito.

**ANEXOS**

- Los enunciados en el acápite de prueba documental.
- Poder especial otorgado a la suscrita.
- Certificado de existencia y representación legal de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

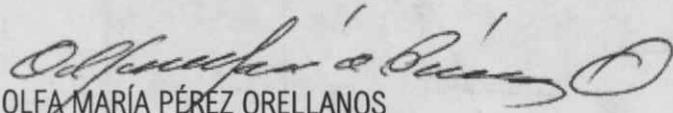
NOTIFICACIONES

El demandante y su apoderada reciben notificaciones en las direcciones aportadas en la demanda y a ellas me remito.

La sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12, Edificio Los Venados, en la ciudad de Bogotá D.C.

Por mi parte las recibiré en la secretaría de su Despacho o en la Carrera 58 No. 70-110 Oficina 4 de la ciudad de Barranquilla, o al correo electrónico: [operez@ompabogados.com](mailto:operez@ompabogados.com)

Del señor Juez, atentamente,



OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS  
C.C. No. 39.006.745 de El Banco-Magd  
T.P. No. 23.817 del C.S.J.

LASA



M02630000000601589603332897

**BBVA Seguros**

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL  
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES PÓLIZA No. 0310043

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización e Incapacidad Total Temporal, Desempleo.

FECHA DE CONTRATACIÓN DEL CRÉDITO: Año Mes Día CIUDAD

BBVA COLOMBIA S.A. 860.003.020-1

INICIACIÓN DEL CRÉDITO: Año Mes Día FIN DEL CRÉDITO A LAS 24 HORAS

NOMBRE Y APELLIDO: **Edelys Bonny Hernández** EDAD: **47 años** CIUDAD: **Valledupar**

FECHA DE NACIMIENTO: Año **1972** Mes **01** Día **26** M **5** OCUPACIÓN/PROFESIÓN: **Docente**

PRIMA ANUAL: \$ **1.200.000** VI: PRIMA

ESTATURA: **166** cm PESO: **70** Kg. FUMAR: **Si** No **No** Cantidad cigarrillos Diarios: **10**

Deportes que practica: **Estática**

HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? **No**

SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL? **No**

¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?

TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS	<input type="checkbox"/>
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TAMBOR, BOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	<input type="checkbox"/>
DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO	<input type="checkbox"/>
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES DEL RAZO, ANEMIAS, INFILTRACION DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS	<input type="checkbox"/>
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS	<input type="checkbox"/>
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO; ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	<input type="checkbox"/>
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE	<input type="checkbox"/>

SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS? **No**

¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO. **No**

¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE? **No**

SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:

EXPRESAMENTE DECLARO QUE TODAS LAS RESPUESTAS AQUÍ SON ENAFES, COMPLETAS, VERDICAS Y ACEPTO QUE CUALQUIER OMISIÓN, INEXACTITUD O RETICENCIA DE LAS MISMAS, SEAN TRATADAS DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 105B DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

EN CRÉDITOS DE LIBRANZA, SI HAY LUGAR A PAGO DE INDEMNIZACIÓN QUE EXCEDA EL VALOR DE LA DEUDA, LA PROPORCIÓN EN EXCESO SE ENTREGARÁ A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO A LOS BENEFICIARIOS DE LEY.

LAS ACTIVIDADES A LAS QUE ME DEDICO SON LÍCITAS Y NO GENERAN NINGÚN RIESGO O AZAROSIDAD CONTRA MI VIDA.

EN DESARROLLO AL ARTÍCULO 34 LEY 23 DE 1981, AUTORIZO A CUALQUIER MÉDICO, HOSPITAL, CLÍNICA, COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA INSTITUCIÓN PARA SU MINISTRAR A LOS BENEFICIARIOS O A BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. TODA INFORMACIÓN QUE POSEA SOBRE MI SALUD Y/O EPICRISIS O HISTORIAS CLÍNICAS AÚN CON POSTERIORIDAD A LA OCURRENCIA DE LOS RIESGOS AMPARADOS. LA PRESENTE SOLICITUD FORMARÁ PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO QUE AQUÍ SE SOLICITA, SI ÉSTE LLEGARE A CELEBRARSE.

AUTORIZO A BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. O A CUALQUIERA DE SUS FILIALES, SUBSIDIARIAS Y SUBORDINADAS, O A QUIEN REPRESENTE SUS DERECHOS U OSTENTE EN EL FUTURO LA CALIDAD DE ASEGURADOR Y A SU MATRIZ, PARA CONSULTAR CUALQUIER BASE DE DATOS QUE CONTENGA INFORMACIÓN SOBRE MIS ANTECEDENTES COMERCIALES Y FINANCIEROS, ASÍ COMO PARA REPORTAR, PROCESAR, CONSERVAR, SOLICITAR, COMPARTIR, ACTUALIZAR Y DIVULGAR DICHA INFORMACIÓN A CUALQUIER ENTIDAD NACIONAL O EXTRANJERA QUE MANEJE BASES DE DATOS CON FINES ESTADÍSTICOS Y DE INFORMACIÓN COMERCIAL IGUALMENTE AUTORIZO A LAS EMPRESAS DEL GRUPO BBVA PARA CONSULTAR, SUMINISTRAR, INTERCAMBIAR Y/O REMITIRSE ENTRE ELAS LA INFORMACIÓN, LOS ANEXOS Y SOPORTES QUE HE SUMINISTRADO CON OCASIÓN DE MI RELACIÓN COMERCIAL CON DICHAS ENTIDADES O CUALQUIER OTRO TIPO DE INFORMACIÓN SOBRE LA TRANSPARENCIA Y LICITUD DE MIS ACTIVIDADES PARA QUE ANALICEN, EVALÜEN Y CONCLUYAN SOBRE HÁBITOS, TENDENCIAS Y APTITUDES E, INTERCAMBIEN, CON FINES ESTADÍSTICOS Y UTILICEN PARA ENCUESTAS, MUESTREOS Y PRUEBAS DE MERCADEO, MI COMPORTAMIENTO COMO USUARIO DE CUALQUIER OPERACIÓN FUTURA O PASADA.

ASISTENCIA A LAS PERSONAS POR DESEMPEÑO Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL

ADICIONAL AL PAGO DEL 100% DE LAS CUOTAS DEL PRÉSTAMO ADEUDADO (HASTA 6 CUOTAS) SE PRESTARÁN LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ASISTENCIA PARA LA COBERTURA DE DESEMPEÑO QUE CONSISTE EN: TENDENCIAS LABORALES, FORMACIÓN Y DESARROLLO, ASESORÍA LABORAL, ELABORACIÓN DEL CURRÍCULUM VITAE, REFERENCIACIÓN DE BOLSA DE EMPLEO, ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MODA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO ART. 106B CÓDIGO DE COMERCIO.

Para constancia se firma en **Valledupar** a los **15** días del mes de **Abril** de **2011**

**Edelys Bonny Hernández**

ASSEGURADO BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 0180093402 y en Bogotá 4232224  
Consumidor Financiero Carrera 9 N 72-21 Piso 2 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co

ORIGINAL CLIENTE-COPIA 1 BANCO COPIA 2 ASEGURADORA

CERTIFICADO DE ASEGURABILIDAD



M026300000006001589603332897

## PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

### AMPARO BÁSICO

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., EN ADELANTE DENOMINADA "LA COMPAÑÍA", CUBRE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO EL SUICIDIO Y HOMICIDIO DESDE EL PRIMER DÍA, HASTA POR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO.

### EXCLUSIONES

EL AMPARO BÁSICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES

### CONDICIONES GENERALES

#### CLÁUSULA PRIMERA – EL TOMADOR

Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas.

#### CLÁUSULA SEGUNDA – GRUPO ASEGURADO

Es el constituido por un conjunto de personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (TOMADOR) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el único propósito de contratar el seguro de vida.

#### CLÁUSULA TERCERA – PAGO DE PRIMAS

El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

Para el pago de las demás primas anuales o fraccionadas, "LA COMPAÑÍA" concede sin recargo de intereses un plazo de gracia de un mes a partir de la fecha de cada vencimiento. Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurre algún siniestro, "LA COMPAÑÍA" tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las primas posteriores a la primera no fueran pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación del contrato y "LA COMPAÑÍA" quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

#### CLÁUSULA CUARTA – FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

Las primas están calculadas con forma de pago anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante aplicación de recargos.

En grupo deudores las primas dependen de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, por lo tanto estas primas no están sujetas a recargo por pago fraccionado.

#### CLÁUSULA QUINTA – REVOCACIÓN DEL CONTRATO

Si el Tomador avisa por escrito a "LA COMPAÑÍA" para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha del recibo de tal comunicación por "LA COMPAÑÍA" o en la fecha especificada por el tomador, si esta es posterior a la fecha de recibido para tal terminación y el tomador será responsable de pagar a "LA COMPAÑÍA" todas las primas adeudadas en esa fecha.

"LA COMPAÑÍA" devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación. El valor de la prima devengada y de la devolución se calculará a prorrata.

#### CLÁUSULA SEXTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por "LA COMPAÑÍA".

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por "LA COMPAÑÍA", la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud produce igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculparable del tomador, el contrato no será nulo, pero "LA COMPAÑÍA" sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicará lo contenido en el artículo 1058 del código de comercio.

## CLÁUSULA SÉPTIMA - IRREDUCTIBILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha en que se perfecciona el contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

## CLÁUSULA OCTAVA - TERMINACIÓN DEL AMPARO BÁSICO

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

- a. Por falta de pago de prima.
- b. Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del seguro, excepto en el seguro de deudores.
- c. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- d. Al vencimiento de la póliza si ésta no se renueva.
- e. A la terminación o revocación del contrato por parte del tomador.
- f. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza.
- g. Por la extinción total de la obligación en el caso de seguros de deudores.
- h. Al momento en que a un asegurado se le indemnicen los porcentajes de la suma asegurada contemplados en el anexo de Incapacidad Total y Permanente, desmembración o inutilización, si han sido contratados por el tomador.
- i. En el momento de disolución del grupo asegurado.

Se entenderá disuelto, cuando el grupo quede integrado por un número inferior a 10 asegurados durante la vigencia de la póliza.

## CLÁUSULA NOVENA - RENOVACIÓN

La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes, con anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestare lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un periodo igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula quinta de la presente póliza.

## CLÁUSULA DÉCIMA - CONVERTIBILIDAD

Los asegurados que se separen del grupo tendrán derecho a asegurarse sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta póliza, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite "LA COMPAÑÍA", con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la

tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán los certificados individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extra-prima que corresponda.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza de vida individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (mediante solicitud o pago de prima) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación aseguradora bajo la póliza respectiva.

## CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA - INEXACTITUD DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados de la tarifa de "LA COMPAÑÍA", el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- b. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por "LA COMPAÑÍA".
- c. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b.

## CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

"LA COMPAÑÍA" o el Tomador cuando sea autorizado, expedirá para cada asegurado un certificado individual con aplicación a esta póliza. En caso de cambio de beneficiarios o de valor asegurado, se expedirá un nuevo certificado que reemplazara al anterior.

## CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El beneficiario puede ser a título oneroso y debe nombrarse expresamente al suscribirse el seguro.

Cuando el beneficiario sea título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación escrita a "LA COMPAÑÍA".

Cuando no se designen los beneficiarios o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro, y los herederos legales de éste en la otra mitad. Igual solución se les dará si la designación del beneficiario ha sido a título gratuito y ocurre uno de los eventos siguientes: Si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o

se ignora cuál de los dos ha muerto primero y si la designación ha sido a título oneroso y ocurre cualquiera de los dos últimos eventos mencionados, el seguro será provecho únicamente de los herederos del beneficiario.

## CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o el beneficiario según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieran otros medios o documentos engañosos o dolosos.

## CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA – AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro de cualquiera de los asegurados, el tomador o beneficiario deberá dar aviso a "LA COMPAÑÍA" dentro de los 60 días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

## CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA – PAGO DE INDEMNIZACIONES

"LA COMPAÑÍA" pagará el valor del seguro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o el beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante "LA COMPAÑÍA". Vencido este plazo, "LA COMPAÑÍA" reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario además del valor a indemnizar, lo estipulado en el artículo 1080 del código de comercio.

Para el pago de la indemnización, el tomador o beneficiarios, entregarán a "LA COMPAÑÍA" las pruebas legales necesarias y cualquier otro documento indispensable que "LA COMPAÑÍA" esté en derecho de exigir para acreditar la ocurrencia del siniestro.

El tomador o el beneficiario, a petición de "LA COMPAÑÍA", deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, "LA COMPAÑÍA" podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

"LA COMPAÑÍA" pagará por conducto del tomador a los beneficiarios, o directamente a estos la indemnización a que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere.

## CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA – DERECHOS DE INSPECCIÓN

"LA COMPAÑÍA" se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del tomador que se refieran al manejo de esta póliza.

## CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA – ADHESIÓN

Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales de la póliza, legalmente aprobados y que representen un beneficio a favor del asegurado, estas modificaciones se considerarán automáticamente incorporadas a la póliza, siempre que el cambio no implique un aumento a la prima originalmente pactada.

## CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA – NOTIFICACIONES

Para cualquier notificación que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito (cuando la ley así lo exija) y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA – PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de las partes de la presente póliza, se regirá de acuerdo con la ley.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA – DISPOSICIONES LEGALES

Para los demás efectos contemplados en este contrato, la presente póliza se regirá por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – OBLIGACIONES DEL TOMADOR / ASEGURADO

Con fundamento en normas legales el tomador o asegurado de la póliza mantendrá vigente la información que exige la Compañía como requisito para la vinculación de clientes según los formularios propuestos y, para efecto, la actualizará al momento de renovación o por lo menos anualmente. Cuando se trate de un beneficiario diferente al asegurado que reciba la indemnización del seguro, deberá suministrar la información como requisito previo para el respectivo pago.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA – DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, D.C. en la República de Colombia.

## ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el tomador, el presente anexo hace parte de la póliza de vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

### 1. AMPAROS

#### 1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Si durante la vigencia de la póliza a la cual accede y antes de cumplir el asegurado la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza, quedare incapacitado en forma total y permanente, la compañía pagará la indemnización hasta por el monto del valor asegurado contratado para esté anexo y que consta en la carátula de la póliza y/o en sus condiciones particulares.

Para efectos de este beneficio, incluyendo los regímenes especiales, se entiendo por incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado como resultado de una lesión o enfermedad, que le impida total y permanentemente realizar cualquier actividad u ocupación. Dicha incapacidad se considerará siempre y cuando haya persistido por un periodo continuo no inferior a ciento veinte (120) días comunes y cuando la pérdida de la capacidad laboral calificada en primera instancia por el médico determinado por la aseguradora y en las demás instancias por las juntas regional y nacional de calificación de invalidez, sea superior al 50% y no haya sido provocada a sí mismo por el asegurado.

Sin perjuicio de cualquier causa de incapacidad total y permanente, para efectos de este amparo se considerará como tal: (i) la pérdida de la visión por ambos ojos, (ii) la pérdida de ambas manos o ambos pies, (iii) la pérdida de toda una mano y de todo un pie; (iv) la pérdida de toda una mano o de todo un pie junto con la visión por un ojo; (v) la pérdida del habla o de la audición.

Este amparo se configura exclusivamente con la fecha de Calificación de la incapacidad, la cual se considerará la fecha del siniestro, y su indemnización no es acumulable al seguro de vida; por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la compañía quedará liberada de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de vida del asegurado incapacitado

#### 1.2 DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

Mediante el presente anexo, la compañía se obliga a pagar al asegurado las sumas que resulten de aplicar al valor asegurado señalado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares para dicho anexo, los porcentajes que a continuación se enlistan, si dentro de

los 120 días calendario contados desde la fecha en que el asegurado sufra lesiones corporales, éstas dan lugar a

una desmembración o inutilización en los términos que a continuación se señalan:

a.	POR LA PÉRDIDA DE UNA MANO	60%
b.	POR LA PÉRDIDA DE UN SOLO PIE	60%
c.	POR LA PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN POR UN OJO	60%

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO:

(I) Se considera pérdida de:

- a. manos: la inutilización o amputación traumática o quirúrgica por la muñeca o parte proximal de ella.
- b. pies: la inutilización o amputación traumática o quirúrgica por el tobillo o parte próxima de él.
- c. visión: la pérdida total e irreparable de la visión
- d. audición: la pérdida total e irreparable de la audición de ambos oídos.
- e. habla: la pérdida total e irreparable del habla.

(II) Se considera "inutilización": la pérdida funcional total.

En ningún caso la indemnización acumulada por los beneficios del presente anexo podrá ser superior al 100% del valor asegurado señalado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares para dicho anexo

### 2. CONVERTIBILIDAD

El derecho de conversión previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

Por convenio entre "LA COMPAÑÍA" y el tomador, el presente anexo hace parte de la Póliza de Vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

### AMPARO

AMPARA CONTRA EL RIESGO DE MUERTE A LOS DEUDORES DEL TOMADOR DE LA PRESENTE PÓLIZA

### CAUSALES DE TERMINACIÓN

- A. Por extinción total de la obligación
- B. Por muerte o incapacidad total y permanente (si se ha contratado este amparo) del deudor.

### CONDICIONES PARTICULARES

1. La edad mínima de ingreso a la póliza es de 18 años.
2. Para los efectos del presente anexo, la iniciación del seguro para cada uno de los asegurados individualmente considerados amparados por la presente póliza, queda condicionada a la entrega real del dinero, por lo tanto la cobertura individual se inicia en la fecha del desembolso del mismo.
3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor.

En el evento de existir mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y

las primas del seguro de vida grupo deudores no pagadas por el deudor.

4. Cuando el valor de la deuda a la cual se vincula el seguro, se expresa en Unidades de Valor Real UVR, adeudadas será calculada con base en la cantidad de Unidades de Valor Real UVR adeudas en la fecha del fallecimiento, liquidada a la cotización del día en que se efectúe el pago del siniestro o en la fecha en la cual "LA COMPAÑÍA" informe por escrito al tomador su aceptación de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente del deudor según el caso y si ha contratado este amparo.
5. La vigencia de la póliza depende de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, motivo por el cual no supone recargo en la prima correspondiente.

### CLÁUSULA PARTICULAR PARA TODOS LOS AMPAROS - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Aplica para el amparo básico:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 74 años más 364 días.
- Permanencia: Hasta el fin del crédito.

Aplica para el anexo de incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 69 años más 364 días.
- Permanencia: 71 años más 364 días.

# BBVA Seguros

Bogotá, 05 de Junio de 2018

Señores  
BBVA COLOMBIA S.A.  
Gerente Sucursal Valledupar  
Valledupar

<b>Referencia</b>	<b>Tomador</b>	<b>BBVA COLOMBIA S.A.</b>
	<b>Asegurado</b>	<b>EDELSY BENJUMEA LINAN CC 42494052</b>
	<b>Póliza</b>	<b>VGDB No. 0110043</b>
	<b>Siniestro</b>	<b>VGDB 8588</b>
	<b>Obligación</b>	<b>9603332897</b>

Respetados Señores

Por medio de la presente les informamos que después del análisis de la reclamación presentada, afectando el amparo de incapacidad total y permanente del asegurado de la referencia, nos permitimos indicarle que de acuerdo con la historia médica remitida de fecha 04 de noviembre de 2011, encontramos que la señora EDELSY BENJUMEA LINAN tiene antecedentes de: artritis reumatoide seropositiva de un año de evolución, artrosis, glaucoma, hipertensión arterial, trastorno mixto de ansiedad y depresión.

En la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declararon las enfermedades arriba indicadas.

Nuestra legislación atribuye vital importancia con fundamento en el principio de máxima buena fe, a la carga contractual del tomador dentro del contrato de seguro, su obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, so pena de que el asegurador se vea precisado a objetar el pago de un seguro por la reticencia o el dolo negativo producida por la omisión de información.

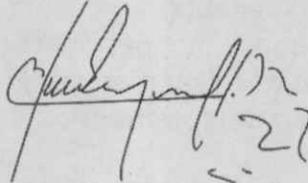
Es importante recordarle que la objeción no se fundamenta en que las enfermedades o padecimientos causantes de la reclamación tengan relación directa con las enfermedades padecidas y no declaradas por el asegurado al momento de tomar el seguro, sino porque de acuerdo con el Principio de la Buena fe contractual y en aplicación del Artículo 1058 del Código de Comercio, el asegurado está obligado a declarar sinceramente todos los hechos o circunstancias relevantes que determinaban su estado del riesgo, según el cuestionario que le fue propuesto por el asegurador, hecho que no fue atendido correctamente al obviar mencionar la enfermedad citada anteriormente; la que por su connotación tenía que ser de conocimiento para la aseguradora, para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.

**adelante.**

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Teniendo en cuenta que al diligenciar la solicitud de Seguro de Vida Grupo Deudores, el día 28 de abril de 2014, se omitió declarar dichas patologías, obligado a hacerlo en virtud del citado artículo; por tanto, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., dentro del término legal se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y /o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Cordialmente,



Apoderado General  
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

KYGA

Anexo:

- Fragmento de la Historia Clínica con base en el cual se aplica lo previsto en el Artículo 1058 del Cod. Cio.
- Declaración de Asegurabilidad.

adelante.

## HISTORIA CLINICA

Nombre del Paciente: EDELSY BENJUMEA LIÑAN Documento: CC 42494062 CRA 19A NO. 16B  
 Fecha de Nacimiento: 28/01/1957 00:00:00 Ingreso: 717392  
 Medico Familiar: NAVARRO DELGADO SANDRA MILENA Tipo Régimen: CONTRIBUTIVO Tipo Afiliación: COTIZANTE

Edad: 51 Años Sexo: FEMENINO Raza: Estado Civil: UNION LIBRE Ocupación:  
 Dirección: CRA 19A NO. 16B-25 BARRIO DANGOND Teléfono: 3006288763  
 Email: edelsy.berj@hotmail.com Municipio: VALLEDUPAR - CESAR  
 Entidad: LTS FUNDACION MEDICO PREVENTIVA CESAR Nivel o Estrato: 06 - REGIMEN ESPECIAL  
 Nombre responsable: NULL Parentesco responsable: AFILIADO - TITULAR COTIZANTE  
 Dirección responsable: NULL Teléfono responsable: NULL  
 Acompañante: ASITE SOLA Teléfono Acompañante: 5714357  
 Fecha de Ingreso: Noviembre 04 de 2011 Fecha de Atención: Noviembre 04 de 2011

Motivo de Consulta:  
 " SIGO MAL CON MIS ARTICULACIONES"  
 CONSULTA PRIMERA VEZ POR HTA

### ANAMNESIS.

#### Enfermedad Actual:

PACIENTE DOCENTE ACTIVA DE 20 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA DE 1 AÑO EVOL. ARTROSIS GRALIZADA. GLAUCOMA. RECIENTEMENTE HTA. TNO MIXTO ANSIEDAD DEPRESION. EN MANEJO INTERDISCIPLINARIO CON MED FAMILIAR. PSICOLOGIA. NUTRICION. MED SALUD OCUPACIONAL. EN MANEJO FARMACOLOGICO CON DELTASONE 10 MG X1( LUN A VIERNES); + FORMULA MAGISTRAL + CICLOBENZAPIRINA + FORMULA MAGISTRAL. ORDENADO POR REUMATOLOGIA. TUVO ANTECEDENTE DE RETENCION DE AZODOS POR USO CRONICO DE AINES. EN EL MOMENTO REFIERE QUE HA MEJORADO DE LAS SINTOMAS ARTICULARES. PERO HA NOTADO LA PRESENCIA DE NODULOS EN DEDOS MANOS.

### REVISION POR SISTEMAS.

Generales:  
 NO

Cabeza y Cuello:  
 NO

Organos de Sentidos:  
 NO

Tórax:  
 NO

Gastrointestinal:  
 NO

Genitourinario:  
 NO

Extremidades:  
 LO ANOTADO EN EA

Neurológico:  
 APREHENSIVA, DEPRIMIDA CON SU ENFERMEDAD ARTICULAR

Espora Mental:  
 NO

#### ANTECEDENTES PERSONALES

#### TOXICOS / ALERGICOS

Patológicos:  
 SINUSITIS, esofagitis severa,  
 gastritis severa (jul'01) TTO NEXIUN  
 HIPERPROLACTINEMIA.  
 GLAUCOMA  
 COLON IRRITABLE  
 LUMBALGIA  
 DISLIPIDEMIA

Toxicos: SI Alcohol: NO Cigarrillo: SI Estimulantes: NO Otros: N

Descripción:

Frecuencia: 1/2 paquete por

PRESENTE DOCUMENTO ES  
 FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE  
 REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA  
 FUNDACION MEDICO PREVENTIVA

adelante.

## HISTORIA CLINICA

Nombre del Paciente: EDELSY BENJUMEA LIÑAN Documento: CC 42494052 CRA 19A NO. 16B-4  
 Fecha de Nacimiento: 26/01/1957 00:00:00 Ingreso: 717392  
 Medico Familiar: NAVARRO DELGADO SANDRA MILENA Tipo Régimen: CONTRIBUTIVO Tipo Afiliación: COTIZANTE

Edad: 61 Años Sexo: FEMENINO Raza: Estado Civil: UNION LIBRE Ocupacion:  
 Dirección: CRA 19A NO. 16B-25 BARRIO DANGOND Teléfono: 3008288763  
 Email: edelsy.benj@hotmail.com Municipio: VALLEDUPAR - CESAR  
 Entidad: UT5 FUNDACION MEDICO PREVENTIVA CESAR Nivel o Estrato: 06 - REGIMEN ESPECIAL  
 Nombre responsable .NULL. Parentesco responsable AFILIADO - TITULAR COTIZANTE  
 Dirección responsable .NULL. Telefono responsable .NULL.  
 Acompañante: ASITE SOLA Teléfono Acompañante: 5714357  
 Fecha de Ingreso: Noviembre 04 de de 2011 Fecha de Atención: Noviembre 04 de de 2011

Motivo de Consulta:

### ANAMNESIS.

" SIGO MAL CON MIS ARTICULACIONES"  
 CONSULTA PRIMERA VEZ POR HTA

Enfermedad Actual:

PACIENTE DOCENTE ACTIVA DE 20 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA DE 1 AÑO EVOL. ARTROSIS GRALIZADA. GLAUCOMA. RECIENTEMENTE HTA. TNO MIXTO ANSIEDAD DEPRESION. EN MANEJO INTERDISCIPLINARIO CON MED FAMILIAR. PSICOLOGIA. NUTRICION. MED SALUD OCUPACIONAL. EN MANEJO FARMACOLOGICO CON DELTASONE 10 MG X1( LUN A VIERNES) + FORMULA MAGISTRAL + CICLOBENZAPIRINA + FORMULA MAGISTRAL ORDENADO POR REUMATOLOGIA. TUVO ANTECEDENTE DE RETENCION DE AZOADOS POR USO CRONICO DE AINES. EN EL MOMENTO REFIERE QUE HA MEJORADO DE LAS SINTOMAS ARTICULARES. PERO HA NOTADO LA PRESENCIA DE NODULOS EN DEDOS MANOS.

### REVISION POR SISTEMAS.

Generales: NO Cabeza y Cuello: NO  
 Órganos de Sentidos: NO Tórax: NO  
 Gastrointestinal: NO Genitourinario: NO  
 Extremidades: LO ANOTADO EN EA Neurológico: APREHENSIVA, DEPRIMIDA CON SU ENFERMEDAD ARTICULAR.  
 Espera Mental: NO

#### ANTECEDENTES PERSONALES

#### TOXICOS / ALERGICOS

Patológicos:  
 SINUSITIS, esofagitis severa,  
 gastritis severa (jul/01) TTO NEXIUN  
 HIPERPROLACTINEMIA.  
 GLAUCOMA  
 COLON IRRITABLE  
 LUMBALGIA.  
 DISLIPIDEMIA .  
 DEPRESION E INSOMNIO  
 FIEBRE REUMATICA EN LA INFANCIA  
 AR  
 ERC (estadio III) Glucosuria?  
 Transfuncionales:  
 0  
 Quirúrgicos:  
 cesarea,  
 legrado  
 HISTERECTOMIA EN 21 JUNIO 2005 POR MIOMAS Y  
 QUISTE DE OVARIO DERECHO  
 Ocupaciones:  
 0  
 Farmacológicos:

Toxicos: SI Alcohol: NO Cigarrillo: SI Estimulantes: NO Otros: N

Descripcion:

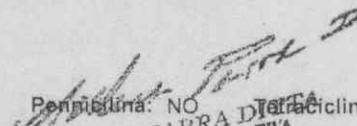
Frecuencia: 1/2 paquete por 4 dias

Alérgicos:

Sulfas: NO Aines: NO

Alérgicos Medicamentos:

EL PRESENTE DOCUMENTO ES  
 FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE  
 REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA  
 FUNDACIÓN MEDICO PREVENTIVA

  
 MARLENE PARRA DIRECTORA  
 SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA  
 Y FINANCIERA

Penicilina: NO Tetraciclinas: NO

## HISTORIA CLINICA

Nombre del Paciente: EDELSY BENJUMEA LIÑAN Documento: CC 42494052 CRA 19A NO. 16B-1  
 Fecha de Nacimiento: 26/01/1957 00:00:00 Ingreso: 717392  
 Medico Familiar: NAVARRO DELGADO SANDRA MILENA Tipo Régimen: CONTRIBUTIVO Tipo Afiliación: COTIZANTE

61 FEMENINO Estado Civil: UNION LIBRE Ocupacion:  
 Nombre responsable .NULL. Parentesco responsable AFILIADO - TITULAR COTIZANTE  
 Direccion responsable .NULL. Telefono responsable .NULL.

ITS:

Otros:

### GINECOOBSTETRICOS:

G : 2 P : 0 A : 1 C : 1 M : E : MENARQUIA : 0 GESTANTE :  
 FUR : FECHA POSIBLE PARTO: 01/01/1900  
 CICLOS : 25 X : 3 REGULARE SI  
 PLANIFICA: ANTICONCEPTIVOS: Preservativo OTRO  
 ULTIMA MAMOGRAFIA: RESULTADO:  
 U.AUTOEXAMEN DE RESULTADO:  
 OBSERVACIONES: menarquia a los 14 años MENOPAUSIA

### ANTECEDENTES FAMILIARES

Hipoacusia Familiar: NO Luxacion congenita de cadera: NO Hipertension Arterial: NO Enfermedad Coronaria: NO  
 Diabetes Melitos: NO Dislipidemia: NO  
 Cancer de: Seno: NO Colon: NO Prostata: NO Gástrico: NO Melanoma: NO  
 Otros Antecedentes Familiares: madre hipertensa, artritis  
 tios maternos ca prostata

### EXAMEN FISICO.

TA:	FC:	FR:	Temperatura:	Glucometría:	Sat. de O2:	Peso: Kg	Talla: Mts	Perim. Abdominal:	IMC:
130 90	88	20	0	0.00 %	72.00	1.66	0.00	26.1	

Impresión General:

ACEPTABLE ESTADO

Cabeza-Cuello-Examen Visual:  
 NORMOCEFALO CUELLO MOVIL NO MASAS

ORL:  
 MUCOSA ORAL HUMEDA FARINGE SANA OIDOS CON CERUMEN ABUNDANTE EN OIDO DERECHO. TIMPANO IZDO SANO

Cardiopulmonar:  
 CORAZON RITMICO SIN SOPLOS PULMONES VENTILADOS

Abdomen:  
 NO MASAS NI MEGALIAS PERISTALSIS PRESENTES

Genitourinario:  
 NO SE EXPLORO

Osteomuscular:  
 CEPILLO LEVE EN RODILLA IZDA. CEPILLO EN TOBILLO IZDO.

Piel y Franeras:  
 SIN LESIONES

Neurológico:  
 SIN DEFICIT NO LASEGUE. NO TEPE.

Autoexamen de Seno: NO MASAS

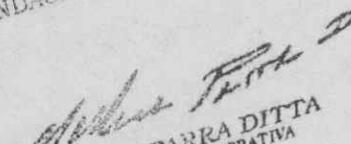
Extremidades: PULSOS PRESENTES

Otros:

### DIAGNOSTICOS- PROCEDIMIENTOS - PLAN DE MANEJO- INDICACIONES

Codigo:	Descripcion:	Cantidad:
E782	HIPERLIPIDEMIA MIXTA	DIAGNOSTICO SECUNDARIO
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	DIAGNOSTICO PRINCIPAL

EL PRESENTE DOCUMENTO ES  
 FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE  
 REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA  
 FUNDACION MEDICO PREVENTIVA

  
**MARLENE PARRA DITTA**  
 SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA  
 Y FINANCIERA

## HISTORIA CLINICA

Nombre del Paciente: EDELSY BENJUMEA LIÑAN Documento: CC 42494052 CRA 19A NO. 16B-4  
 Fecha de Nacimiento: 26/01/1957 00:00:00 Ingreso: 947716  
 Medico Familiar: NAVARRO DELGADO SANDRA MILENA Tipo Régimen: CONTRIBUTIVO Tipo Afiliación: COTIZANTE

Edad: 61 Años Sexo: FEMENINO Raza: Estado Civil: UNION LIBRE Ocupacion:  
 Dirección: CRA 19A NO. 16B-25 BARRIO DANGOND Teléfono: 3008288763  
 Email: edelsy.benj@hotmail.com Municipio: VALLEDUPAR - CESAR  
 Entidad: UT5 FUNDACION MEDICO PREVENTIVA CESAR Nivel o Estrato: 06 - REGIMEN ESPECIAL  
 Nombre responsable .NULL. Parentesco responsable AFILIADO - TITULAR COTIZANTE  
 Dirección responsable .NULL. Telefono responsable .NULL.  
 Acompañante: ASITE SOLA Teléfono Acompañante: 5714357  
 Fecha de Ingreso: Diciembre 30 de de 2013 Fecha de Atención: Diciembre 30 de de 2013

Motivo de Consulta:  
 CONTROL DE PATOLOGIAS CRONICAS  
 "HIPERTENSION Y DISLIPIDEMIA"

### ANAMNESIS.

**Enfermedad Actual:**

PACIENTE EN CONTROL Y SEGUIMIENTO DE HIPERTENSION ARTERIAL Y DISLIPIDEMIA  
 NIEGA EFECTOS ADVERSOS A LOS MEDICAMENTOS  
 REFIERE DOLOR PERSISTENTE EN PIE CON DIAGNOSTICO ERRADO DE ARTROSIS POR CITA MEDICA PARTICULAR DIAGNOSTICAN  
 TRASTORNOS DE TENDON, EN PROXIMA CITA MEDICA PARA RESOLUCION DE AFECCION ACTUAL.  
 NIEGA SEÑALES DE ALARMA CARDIOVASCULAR  
 NO REPORTA HOSPITALIZACIÓN.  
 CASI SIEMPRE CONTROL DE SAL Y GRASAS EN LAS COMIDAS  
 ACTIVA FISICAMENTE (ELIPTICA) DURANTE 30 MINUTOS TRES VECES POR SEMANA.

### REVISION POR SISTEMAS.

Generales:  
 BUEN ESTADO GENERAL APARENTE

Cabeza y Cuello:  
 SIN ALTERACIONES APARENTE

Órganos de Sentidos:  
 SIN ALTERACIONES APARENTE

Tórax:  
 SIN ALTERACIONES APARENTE  
 GENITOURINARIO: PRESENTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA Y FINANCIERA  
 SIN ALTERACIONES APARENTE

Gastrointestinal:  
 SIN ALTERACIONES APARENTE

Extremidades:  
 TRASTORNOS EN LA MARCHA

Neurológico:  
 SIN ALTERACIONES APARENTE

Espera Mental:  
 SIN ALTERACIONES APARENTE

*Marlene Parra Ditta*  
**MARLENE PARRA DITTA**  
 SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA  
 Y FINANCIERA

#### ANTECEDENTES PERSONALES

**Patológicos:**  
 SINUSITIS, esofagitis severa,  
 gastritis severa (jul/01) TTO NEXIUN  
 HIPERPROLACTINEMIA.  
 GLAUCOMA  
 COLON IRRITABLE  
 LUMBALGIA.  
 DISLIPIDEMIA .  
 DEPRESION E INSOMNIO  
 FIEBRE REUMATICA EN LA INFANCIA  
 AR?(CLINICA NO COHERENTE EN EL TIEMPO CON  
 DX

Toxicos: SI Alcohol: NO Cigarrillo: SI Estimulantes: NO Otros: N

Descripción:

Frecuencia: 1/2 paquete por 14 años DEJO DE FUMAR EN 1996.

Alérgicos:

Sulfas: NO Aines: NO Pennicilina: NO Tetraciclínas: NO

**Transfucionales:**  
 0

Alérgicos Medicamentos:

**Quirúrgicos:**  
 cesarea,  
 legrado  
 HISTERECTOMIA EN 21 JUNIO 2005 POR MIOMAS Y  
 QUISTE DE OVARIO DERECHO

**Ocupaciones:**  
 docente

# FUNDACION MEDICO PREVENTIVA (EMPRESA 22) HISTORIA CLINICA

**Nombre del Paciente:** EDELSY BENJUMEA LIÑAN **Número de Historia Clínica:** 42494052

**Documento:** CC 42494052 **Fecha de Nacimiento:** 26/01/1957 00:00:00 **Ingreso:** 1026264

**Medico Familiar:** BRITO RIVERA MITZY CRISTINA **Tipo Régimen:** COTIZANTE

**Edad:** 57 **Años** **Sexo:** FEMENINO **Raza:** **Estado Civil:** UNION LIBRE **Ocupacion:** ACTIVIDAD GENERAL

**Dirección:** CRA 19A NO. 16B-25 BARRIO DANGOND **Teléfono:** 3008288763 - 5714357

**Email:** edelsy.benj@hotmail.com **Municipio:** VALLEDUPAR - CESAR

**Entidad:** UT5 FUNDACION MEDICO PREVENTIVA CESAR **Nivel o Estrato:** 06 - REGIMEN ESPECIAL

**Nombre responsable:** .NULL. **Parentesco responsable:** AFILIADO - TITULAR COTIZANTE

**Dirección responsable:** .NULL. **Teléfono responsable:** .NULL.

**Acompañante:** SOLA **Teléfono Acompañante:** 5714357

**Fecha de Ingreso:** Mayo 16 de de 2014 **Fecha de Atención:** Mayo 16 de de 2014

**Motivo de la Consulta**

## ANAMNESIS.

REMITIDA POR SU MÉDICA GENERAL POR ENTESOPATIAS PIE IZQUIERDO + LULBALGIA CON RADICULOPATIA

**Enfermedad Actual**

( NO.TENGO HC DE PAPEL EN EL MOMENTO).

PACIENTE DE 57 AÑOS, REFIERE QUE DESDE CASI 4 AÑOS INICIA DOLOR PERSISTENTE A NIVEL DE CARA INTERNA DE PIE IZQUIERDO, HA SIDO VALORADA POR TODAS LAS ESPECIALIDADES COMO ( M. INTERNA, ORTOPEDIA, REUMATOLOGIA). SE HAN DADOS MULTIPLES DIAGNOSTICOS TALES COMO AR ?, FASCITIS PLANTAR, TENDINITIS DEL TENDON MEDIAL...ARTRITIS NO ESPECIFICADA). HA ESTADO CON MULTIPLES TRATAMIENTOS, AINES, CORTICOIDES, CLOROQUINA, INFILTRACIONES LOCALES, PLANTILLAS.... SIN MEJORIA.  
PRUEBAS REUMATICAS: NEGATIVAS  
GAMAGRAFIA OSEA: PROCESO INFLAMATORIO LOCALIZADO.

AYER 15/05/2014 VALORADA POR TRAUMATOLOGÍA : QUIEN INDICA ARTRODESIS 1-2.

LA PACIENTE REFIERE DOLOR PERSISTENTE NO SOLO DEL MII, SI NO MANIFIESTA LUMBALGIA CON RADICULOPATIA MII. TIENE UNA RMN: NO MEJORA CON ANALGESICO, NI CON TERAPIAS FISICAS.

## REVISION POR SISTEMAS.

**Generales:**

BUEN ESTADO GENERAL

**Órganos de Sentidos:**

NO REFIERE

**Gastrointestinal:**

NO REFIERE

**Extremidades:**

DOLOR MECANICO PIE IZQUIERDO

IMPOSIBILIDAD DE LA MARCHA PARA DAR PASO TALON Y

DESPEGUE.

**Espera Mental:**

NO REFIERE

**Cabeza y Cuello:**

NO REFIERE

**Tórax:**

NO REFIERE

**Genitourinario:**

NO REFIERE

**Neurológico:**

LUMBALGIA CON RADICULOPATIA MII.

EL PRESENTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA

MARLENE PARRA DITTA  
SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

## ANTECEDENTES PERSONALES

**Patológicos:**

- HTA

- Discopatía lumbar L4- L5

- Dislipemia mixta

- Glaucoma angulo abierto

- Hipotiroidismo en tto

**Transfucionales:**

0

**Quirúrgicos:**

CESAREA

HISTERECTOMIA EN 21 JUNIO 2005 POR MIOMAS Y

QUISTE DE OVARIO DERECHO

**Ocupaciones:**

docente

**Farmacológicos:**

Atorvastina en la noche

## TOXICOS/ALERGICOS

**Toxicos:** SI **Alcohol:** NO **Cigarrillo:** SI **Estimulantes:** NO **Otros:** N

**Descripción:**

**Frecuencia:** 1/2 paquete por 14 años DEJO DE FUMAR EN 1996.

**Alérgicos:**

**Sulfas:** NO **Aines:** NO **Penicilina:** NO **Tetraciclinas:** NO

**Alérgicos Medicamentos:**

Fecha: 14/09/2017 15:07:15

FUNDACION MEDICO PREVENTIVA (EMPRESA 22)

Página: 004  
Usuario: 333

HISTORIA CLINICA

3

Nombre del Paciente: EDELSY BENJUMEA LIÑAN Documento: CC 42494052  
Fecha de Nacimiento: 26/01/1957 00:00:00 Ingreso: 1779437  
Medico Familiar: NAVARRO DELGADO SANDRA MILENA Tipo Régimen: CONTRIBUTIVO Tipo Afiliación: COTIZANTE

Plan de Manejo o Análisis del Paciente:

PACIENTE DE MAL PRONOSTICO SI PERDSISTE EN ACTIVIDAD LABORAL, POR MALA EVOLUCION, Y DIAGNOSTICO EN LA VIDEOESTROBOSCOPIA LARINGEA.  
VALORACION POR SALUD OCUPACIONAL.  
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO OIDO DERCHO.  
INCPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA.  
REMISION A CUARTO NIVEL CON LARINGOLOGIA.

N.º d.º: RDJAS GARCIA CHERYL NIRGYRETH

Registro: 1142/2007 OTORRINOLARINGOLOGIA

Y Edelzy Benjumea

INFORME DE PROCEDIMIENTOS

Datos Básicos del Paciente :

Nombre Completo : BENJUMEA LIÑAN EDELSY

Documento : Cedula de Ciudadanía

No. Identificación : 42494052

Edad : 59 Años

Profesión : DOCENTE Y PROFESORES

Numero Carnet :

Afiliado a : FUNDACION MEDICO PREVENTIVA

Tipo de Sangre : O POSITIVO

Sexo: Femenino

Email :

Telefono1 :

Celular : 3014408197

Doctor Programado: ANDRES MONTOYA FUENTES

Fecha: 10/07/2017

Nombre del Procedimiento:

ESTROBOSCOPIA LARINGEA

PACIENTE: EDELSY BENJUMEA LIÑAN

PROCEDIMIENTO: LARINGOESTROBOSCOPIA

PROCEDIMIENTO: BAJO ANESTESIA TOPICA CON XYLOCAINA SE REALIZA LARINGOESTROBOSCOPIA CON LUZ ESTROBOSCOPICA ECLERIS CON LENTES DE 70 Y 90 GRADOS.

HALLAZGOS

FRECUENCIA: 270 HTZ

TIEMPO DE FONACION MAXIMA: 15 SEGUNDOS

CALIDAD VOCAL: DISFONICA - DIPLOFONIA

REGION INTERARITENOIDEA: EDEMA Y CONGESTION DE MUCOSA

NIVEL VERTICAL: PLANO GLOTICO

BORDES DE PLIEGUES VOCALES: IRREGULARES CON SULCUS VOCALIS, DESGASTE

IMPORTANTE DE PLIEGUES VOCALES

CIERRE GLOTICO: INCOMPLETO

PATRON VIBRATORIO: IRREGULAR

PERIODICIDAD: PRESENTE

AMPLITUD: REDUCIDA

ONDA MUCOSA: IRREGULAR

MOVILIDAD DE ARITENOIDES: SIMETRICA

ADUCCION DE PLIEGUES VOCALES: PRESENTE

ABDUCCION DE PLIEGUES VOCALES: PRESENTE

HIPERFUNCION: GRADO IIV. FONACION CON BANDAS, NO PERMITE VISUALIZAR PLIEGUES

VOCALES

OBSERVACIONES: MUCOSA GLOTICA CONGESTIVA Y AUMENTO DE LA VASCULARIZACION

DIAGNOSTICO:

-SULCUS VOCALIS

-INCOMPETENCIA GLOTICA

PLAN:

-TERAPIA DE VOZ E HIGIENE VOCAL

-LIPOINYECCION DE PLIEGUES VOCALES SEGUN EVOLUCION

SE DOCUMENTA EXAMEN EN DVD

Dx. MinSalud : DISFONIA

Dx. Relacionado: DISFONIA

Dr. Andrés Montoya F.  
Otorrinolaringólogo  
Universidad Javeriana  
R.M. 25180-01

# HISTORIA CLINICA

Nombre del Paciente: EDELSY BENJUMEA LIÑAN Documento: CC 42494052 CRA 19A NO. 16B-  
Fecha de Nacimiento: 26/01/1957 00:00:00 Ingreso: 827903  
Medico Familiar: NAVARRO DELGADO SANDRA MILENA Tipo Régimen: CONTRIBUTIVO Tipo Afiliación: COTIZANTE

Edad: 61 Años Sexo: FEMENINO Raza: Estado Civil: UNION LIBRE Ocupación:  
Dirección: CRA 19A NO. 16B-25 BARRIO DANGOND Teléfono: 3008288763  
Email: edeisy.benj@hotmail.com Municipio: VALLEDUPAR - CESAR  
Entidad: UT5 FUNDACION MEDICO PREVENTIVA CESAR Nivel o Estrato: 06 - REGIMEN ESPECIAL  
Nombre responsable: NULL. Parentesco responsable: AFILIADO - TITULAR COTIZANTE  
Dirección responsable: NULL. Telefono responsable: NULL.  
Acompañante: ASITE SOLA Teléfono Acompañante: 5714357  
Fecha de Ingreso: Diciembre 17 de de 2012 Fecha de Atención: Diciembre 17 de de 2012

Motivo de Consulta:  
CONTROL

## ANAMNESIS.

Enfermedad Actual:

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ARTERITIS REMATOIDEA, EN MANEJO CON MEDICO PARTICULAR, REFIRE QUE EL DOLOR EN LAS PIERNAS PERSISTE.

REFIRE DOLOR EN LAS MANOS EN LAS MAÑANA NO RIGIDEZ, NO INFLAMACION ARTICULAR

TARE RESULTADO DE ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES TOMADA 15/12/2012, REPORTADA COMO NORMAL PCR MENOR DE 6, FACTOR REMATOIDEO POSITIVO, VSG 34, HEMOGRAMA LEUCOCITOS 3.8, L20%, N 72.3%, BH13.3, HTO42, PLAQUETAS 229MIL

## REVISION POR SISTEMAS.

Generales:  
REFIRE QUE ESTUVO EN CONTROL CON LA MEDICO GENERAL POR SENSACION DE MASA EN LA TIROIDES SOLICITO ECOGRAFIA DE TIROIDES QUE MUESTRA QUISTE COMPLEJO A NIVEL DEL LOBULO IZQUIERDO, SE REALIZO BACAF 14/11/12 CON RESULTADO DE PATOLOGIA BOCIO, ESTUVO EN CONTROL CON EL ENDOCRINO QUIEN INICA MANEJO CON LEVOTIROXINA 50MG DIA

Cabeza y Cuello:  
NO REFIERE

Tórax:  
NO REFIERE

Genitourinario:  
NO REFIERE

Órganos de Sentidos:  
NO REFIERE

Neurológico:  
NO REFIERE

Gastrointestinal:  
NO REFIERE

Extremidades:  
PERSISTE LA DEBILIDAD EN PIERNA DERECHA

Espera Mental:  
NO REFIERE

## ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:  
SINUSITIS, esofagitis severa,  
gastritis severa (jul/01) TTO NEXIUN  
HIPERPROLACTINEMIA.  
GLAUCOMA  
COLON IRRITABLE  
LUMBALGIA.  
DISLIPIDEMIA  
DEPRESION E INSOMNIO  
FIEBRE REUMATICA EN LA INFANCIA  
AR?(CLINICA NO COHERENTE EN EL TIEMPO CON DX

Transfusionales:  
0

Quirúrgicos:

## TOXICOS / ALERGICOS

EL PRESENTE DOCUMENTO ES  
FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE  
REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA  
FUNDACION MEDICO PREVENTIVA

Toxicos: SI Alcohol: NO Cigarrillo: SI Estimulantes: NO Otros: N

Descripción:

MARLENE PARRA DITTA  
SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA  
Y FINANCIERA

Frecuencia: 1/2 paquete por 14 años

Alérgicos:

Sulfas: NO Aines: NO Pennicilina: NO Tetraciclinas: NO

Alérgicos Medicamentos:

Señor

JUZGADO PROMISCOU MUNICIPAL DE BOSCONIA

Referencia. Declarativo EDELSY BENJUMEA LIÑAN de Contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. RAD. 2019-00472

E.

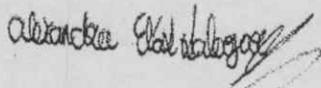
S.

D.

ALEXANDRA ELIAS SALAZAR, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 53.139.838 de Bogotá, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, en calidad de Representante Legal Judicial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como se acredita en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la superintendencia financiera de Colombia. Respetuosamente me dirijo a Usted con el fin de manifestar por medio del presente escrito, le otorgo poder especial amplio y suficiente a la doctora **OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No 39.006.745 de El Banco (Magdalena) y Tarjeta Profesional Número 23.817 del Consejo Superior de la Judicatura, para que adelante todas las acciones en defensa de los intereses de la Compañía **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** dentro del proceso referido, que cursa en ese Juzgado.

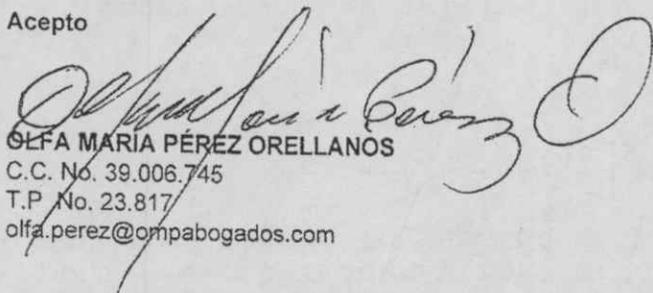
En consecuencia, mi apoderada queda facultada para notificarse de todas las providencias que se dicten en desarrollo del proceso, presentar recursos, presentar y solicitar pruebas, conciliar, sustituir, desistir, reasumir y en general para realizar todos los actos, gestiones y trámites necesarios tendientes a cumplir con la finalidad del mandato que se le confiere para la defensa de la Aseguradora.

Cordialmente,



ALEXANDRA ELIAS SALAZAR  
Representante Legal Judicial  
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A

Acepto



OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS  
C.C. No. 39.006.745  
T.P. No. 23.817  
olfa.perez@ompabogados.com

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 1146794890734232

Generado el 10 de julio de 2020 a las 11:11:35

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

**EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016.

**CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales, el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 1317 del 31 de agosto de 1994 de la Notaría 47 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de COMPAÑIA GANADERA DE SEGUROS DE VIDA S.A. "GANAVIDA"

Escritura Pública No 00900 del 17 de mayo de 1996 de la Notaría 47 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por GANADERA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. GANAVIDA y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales LA GANADERA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES

Escritura Pública No 4032 del 09 de junio de 1999 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por BBV SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá denominarse para la administración de Riesgos Profesionales BBV SEGUROS GANADERO ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES.

Escritura Pública No 319 del 23 de enero de 2001 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 2665 del 26 de marzo de 2002 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. Podrá usar indistintamente la denominación BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 1764 del 01 de abril de 2004 de la Notaría 45 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales, el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA

Escritura Pública No 02059 del 10 de mayo de 2013 de la Notaría null de SIN DESCRIPCION. La sociedad es de nacionalidad Colombiana y tiene su domicilio principal en la ciudad de Bogotá Distrito Capital, y en ella tendrá la sede de su administración social, pudiendo crear sucursales o agencias en otros lugares del país o en el exterior, previa autorización de su Junta Directiva.

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 2386 del 04 de noviembre de 1994

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** La Sociedad tendrá un Presidente y dos (2) suplentes quienes lo reemplazarán en las faltas absolutas, temporales y accidentales. El Presidente y sus suplentes serán elegidos por la Junta Directiva y podrán ser removidos en cualquier momento. El Presidente será el Representante Legal de la Compañía y tendrá a su cargo la dirección, la gestión y la administración de los negocios sociales con sujeción a la Ley y a estos estatutos. Así mismo, tendrán la representación legal de la Entidad los Directores de la Compañía y el Secretario General, si así expresamente lo dispone la Junta Directiva. Adicionalmente, la



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 1146794890734232

Generado el 10 de julio de 2020 a las 11:11:35

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

Sociedad contará con representantes legales judiciales designados por la Junta Directiva, que representarán a la Sociedad ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, políticas, entidades centralizadas y descentralizadas del Estado. **FUNCIONES DEL PRESIDENTE.** El Presidente de la Sociedad tendrá las siguientes funciones. 1. Ejecutar los acuerdos y resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva. 2. Ejercer la representación legal de la Sociedad en todos los actos y negocios sociales. 3. Constituir apoderados judiciales y extrajudiciales. 4. Celebrar libremente los contratos y suscribir los títulos y documentos que se requieran para el desarrollo de la Sociedad de conformidad con lo previsto en la ley y en los Presentes Estatutos. 5. Velar por el adecuado manejo y utilización de los recursos y bienes de la Sociedad. 6. Nombrar y remover al personal necesario para desempeño de los cargos de acuerdo a las directrices impartidas por la Junta Directiva (sic). 7. Dirigir y coordinar el funcionamiento de la Compañía. 8. Mantener a la Junta Directiva permanentemente informada sobre la marcha de los negocios y suministrar los informes que le sean solicitados. 9. Convocar a la Asamblea General de Accionistas a reuniones ordinarias y extraordinarias. 10. Presentar a la Junta Directiva balances de prueba. 11. Presentar a la Junta Directiva el proyecto de presupuesto anual de ingresos y egresos. 12. Presentar previamente a la Junta Directiva el Balance destinado a la Asamblea General, Junto con el Estado de Resultados y el proyecto de Distribuciones de Utilidades y demás anexos explicativos. 13. Rendir cuenta Justificada de su gestión al final de cada ejercicio Social. 14. Firmar los balances de la Sociedad y demás documentos contables con destino a la Superintendencia Financiera. 15. Delegar en sus subalternos las facultades que considere convenientes para el cumplimiento de los fines sociales, para los cual requerirá previo concepto favorable de la Junta Directiva. 16. La demás funciones que le correspondan como órgano directivo de la Sociedad por disposición legal, estatutaria (sic) o por designio de la Junta Directiva para el normal desarrollo social. (Escritura Pública 02059 del 10 de mayo de 2013 Notaria 32 de Bogotá)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Milton David Micán Beltrán Fecha de inicio del cargo: 05/03/2015	CC - 79323621	Presidente
Hernan Felipe Guzman Aldana Fecha de inicio del cargo: 27/03/2014	CC - 93086122	Primer Suplente del Presidente
Sergio Sánchez Angarita Fecha de inicio del cargo: 06/10/2016	CC - 79573466	Segundo Suplente del Presidente
Hernan Felipe Guzman Aldana Fecha de inicio del cargo: 06/06/2013	CC - 93086122	Secretario General
Alexandra Elias Salazar Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016	CC - 53139838	Representante Legal Judicial
Manuel José Castrillón Pinzón Fecha de inicio del cargo: 25/07/2019	CC - 1061733649	Representante Legal Judicial
María Camila Araque Pérez Fecha de inicio del cargo: 23/08/2018	CC - 52992863	Representante Legal Judicial
Carlos Mario Garavito Colmenares Fecha de inicio del cargo: 19/03/2019	CC - 80090447	Representante Legal Judicial
Maria Carolina Vanegas Pineda Fecha de inicio del cargo: 06/10/2016	CC - 52416119	Representante Legal en Calidad de Director de Riesgos

**RAMOS:** Resolución S.B. No 2488 del 16 de noviembre de 1994 accidentes personales, vida grupo, vida individual, seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia.

Resolución S.B. No 2787 del 14 de diciembre de 1994 salud

Resolución S.B. No 235 del 15 de febrero de 1995 pensiones Ley 100

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.  
Conmutador: (571) 5 94 02 00 - 5 94 02 01  
[www.superfinanciera.gov.co](http://www.superfinanciera.gov.co)



El emprendimiento  
es de todos

Minhacienda

**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**

**Certificado Generado con el Pin No: 1146794890734232**

Generado el 10 de julio de 2020 a las 11:11:35

**\*ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

Resolución S.B. No 456 del 10 de marzo de 1995 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

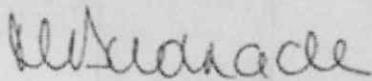
Resolución S.B. No 44 del 20 de enero de 1997 pensiones de jubilación. Circular externa 052 del 20 de diciembre de 2002, se denominará en adelante ramo de pensiones voluntarias.

Resolución S.F.C. No 0557 del 25 de abril de 2007 ramo de exequias

Resolución S.F.C. No 1422 del 24 de agosto de 2011 revoca la autorización concedida a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., para operar el ramo de Seguro de Salud, confirmada la decisión con resolución 0661 del 07 de mayo de 2012

Resolución S.F.C. No 1986 del 04 de noviembre de 2011 revoca la autorización concedida a BBVA Seguros de vida Colombia S.A. para operar el ramo de Seguros de Riesgos Profesionales.

Resolución S.F.C. No 758 del 24 de mayo de 2017 Autoriza operar el ramo de seguro de desempleo.



**MÓNICA ANDRADE VALENCIA  
SECRETARIO GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

