



**TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**  
**SALA PRIMERA DE DECISIÓN CIVIL**

Medellín, cuatro de octubre de dos mil veintitrés

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Tipo de pretensión:</b> | Responsabilidad civil contractual  |
| <b>Procedencia:</b>        | Juzgado Veintidós Civil del Circuito de Medellín   |
| <b>Demandante:</b>         | Javier Orlando Ramírez Martínez  |
| <b>Demandados:</b>         | Seguros Bolívar S.A.   |
| <b>Radicado:</b>           | <b>05001 31 03 022 2021 00243 01</b>   |
| <b>Relevante:</b>          | <p>El demandante puede proponer excepciones frente a los hechos exceptivos alegados por el demandado durante el término de traslado del artículo 370 del CGP. No es necesario reformar la demanda. El juez debe garantizar la contradicción.</p> <p>El derecho del asegurador de beneficiarse de la nulidad relativa por reticencia prescribe por la vía ordinaria o extraordinaria. En el primer caso, se entiende que debió conocer del hecho agotado el término legal para objetar la reclamación.</p> <p>La suspensión de términos judiciales regulada en el D. 564 de 2020 se cuenta en meses y no en días.</p> <p>Si la aseguradora no prueba que el anexo o el clausulado general de la póliza se entregó y se explicó al tomador, sus disposiciones no son oponibles al beneficiario que reclama la indemnización.</p> |

La Sala resolverá el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante frente a la sentencia del 7 de junio de 2023, proferida por el Juzgado Veintidós Civil del Circuito de Medellín en el asunto de la referencia.

**ANTECEDENTES**

**La demanda (cfr. c.1, arch. 03).**

Javier Orlando Ramírez Martínez demandó a Seguros Bolívar S.A., dando lugar a un procedimiento verbal de responsabilidad civil contractual.

Como fundamentos de la demanda se afirma lo siguiente:

El demandante sería beneficiario de un “Seguro Colectivo de Vida Grupo”, tomador Banco Davivienda S.A., que amparaba entre otros riesgos “incapacidad total y permanente”, por un valor asegurado de \$120.000.000; póliza expedida por la aseguradora demandada.

Se afirma que el 17 de diciembre de 2018 se estableció que el demandante sufrió una pérdida de capacidad laboral del 76.14%, por la Junta Médico Laboral de la Fuerza Aérea de Colombia.

El demandante realizó la reclamación ante la aseguradora el 18 de febrero de 2019; el 29 de abril de 2019, la aseguradora objetó la reclamación alegando “reticencia en la declaración de asegurabilidad”, con base en lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio. Se alegó que antes de tomar el seguro, al demandante le habían diagnosticado varias enfermedades “trastorno de ansiedad, adenoma hipofisiario, apnea de sueño, entre otros”, que no habrían sido informadas al asegurador.

Lo que se pretende es que se condene a la aseguradora al pago del valor asegurado más los intereses moratorios del artículo 1080 del Código de Comercio.

### **La contestación a la demanda (cfr. c.1., arch. 08).**

La aseguradora reconoce las condiciones del contrato de seguro y la declaración de incapacidad laboral por la Junta Médica Laboral. Sin embargo, se opone a las pretensiones de la demanda con base en dos argumentos principales:

Por un lado, se alega la reticencia del beneficiario; se afirma que, aunque éste sabía desde el 2013 que padecía de un adenoma hipofisario, un cuadro de ansiedad, preocupación e irritabilidad excesiva, complementado con tensión muscular, insomnio y fatiga desde 2012, y una discopatía lumbar multinivel desde 2015, no informó de buena fe al asegurador. En consecuencia, se alega la reticencia y la invalidez del contrato con base en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Por otro lado, se afirma que la incapacidad total y permanente que ampara la póliza se refiere a un tipo específico de incapacidad que se define en un anexo del contrato, según el cual el asegurado debe sufrir una incapacidad que le impida “realizar tres o más de las actividades básicas de la vida diaria”, definidas así:

**1.1 Aseo personal:** Capacidad para lavarse en el baño o la ducha (incluyendo la entrada y salida de la misma) o de realizar su aseo personal por sí mismo.

**1.2 Vestirse:** Capacidad para ponerse, quitarse, atarse y desatarse todo tipo de prendas, así como aparatos ortopédicos de cualquier tipo, miembros artificiales y dispositivos quirúrgicos.

**1.3 Comer:** Capacidad para ingerir por sí mismo los alimentos, una vez preparados.

**1.4 Higiene:** Capacidad para usar un sanitario o para llevar a cabo sus necesidades fisiológicas en cualquier otra forma.

**1.5 Movilidad:** Capacidad para desplazarse en espacios interiores, de una habitación a otra en superficies planas.

**1.6 Traslados:** Capacidad para desplazarse desde la cama hasta una silla recta o silla de ruedas y viceversa.

Dicha incapacidad debe existir por un periodo continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y no haber sido provocada por EL ASEGURADO sea de forma consciente o inconsciente, voluntaria o involuntaria.

*Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal: la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, eventos en los cuales, para que opere el amparo, no se requerirá que transcurra el periodo continuo de ciento cincuenta (150) días de incapacidad. (...)*

Se alega que el demandante no probó una incapacidad que se corresponda con las condiciones de ese anexo.

Con base en lo anterior, propuso las defensas y excepciones que denominó: “nulidad relativa del contrato de seguro de vida por reticencia del asegurado”; “retención de la prima de seguros y exoneración del pago de la indemnización” debido a la reticencia; y “falta de prueba de la configuración del siniestro respecto del anexo de incapacidad total y permanente. También se “inexistencia de la obligación de pagar intereses moratorios”, alegando que, ante un eventual reconocimiento de las pretensiones, la sentencia sería el título de certeza sobre las obligaciones a cargo de la aseguradora.

**El pronunciamiento frente a las excepciones (cfr. c.1, arch. 16):**

El demandante alegó la prescripción extintiva frente a la nulidad relativa alegada por la aseguradora. Se afirma que según el artículo 1081 del Código de Comercio, la aseguradora contaba con el término de dos (2) años desde el momento del conocimiento para alegarla y evitar la prescripción.

Según el actor, la aseguradora conoció de la incapacidad total y permanente del demandante el 18 de febrero de 2019, que fue la fecha en la cual se presentó la reclamación. Según los cálculos del abogado, descontando las suspensiones de términos decretadas por el Consejo Superior de la Judicatura -103 días en total-, ese término habría vencido el 30 de mayo de 2020. No obstante, la prescripción sólo se alegó el 22 de septiembre de 2021.

Asimismo, frente a la configuración del siniestro “según el anexo de incapacidad total de la póliza”, el apoderado alega que: a. es posible que las aseguradoras modifiquen los clausulados; que en cualquier caso éstos deben ser entregados y explicados al tomador del seguro; y que el clausulado del anexo es abusivo, por no existir criterios claros de invalidez y sus porcentajes.

**La sentencia de primera instancia (cfr. c.1, arch. 46):**

En la sentencia se declaró probada la excepción “nulidad relativa del contrato de seguro de vida por reticencia del asegurado”.

Se encontró probado el contrato de seguro, tal y como se afirmó en la demanda. Asimismo, se reconoció que la declaración de asegurabilidad y el anexo sobre incapacidad total de la póliza fueron parte del contrato.

Se consideró que no era procedente analizar las alegaciones del demandante sobre la ineficacia de la cláusula de incapacidad total en el anexo de la póliza, porque éste no lo alegó en la demanda. Se señaló que haber alegado durante el traslado de las excepciones no es suficiente, pues el litigio que resuelve la juez es el que se plasma en las pretensiones y excepciones. Se sugiere que para considerar el punto debió reformarse la demanda.

No obstante, se consideró que en este caso se aceptó que el clausulado general y su anexo sobre incapacidad total hacen parte del contrato de seguro y que esto se aceptó al momento de fijar el litigio.

En cuanto a la prescripción, se consideró que sólo es procedente evaluar la prescripción extraordinaria de cinco años, comenzando a contar el término desde la celebración del contrato de seguro. Denegó la excepción por no haber transcurrido el término de cinco años entre el contrato y la alegación de la excepción.

Sobre la nulidad relativa del contrato, se consideró que la declaración de asegurabilidad que presentó la aseguradora no se tachó de falsa y se tuvo por probada al momento de fijar el litigio. En ella el tomador niega sufrir enfermedades. Sin embargo, según resultó probado con la historia clínica y las confesiones del demandante, antes del dictamen de pérdida de capacidad laboral, al asegurado ya se le habrían diagnosticado varias de las enfermedades

por las cuales se declararía la pérdida de capacidad laboral.

También se consideró que el dictamen de pérdida de capacidad laboral presentado con la demanda no cumple con los requisitos legales, pues no hay soportes de estudios de quienes lo realizaron; además, aunque se consideró que el dictamen pudo ser objeto de contradicción en audiencia con una de las médicas de las tres que lo elaboraron -las otras dos no asistieron, por error en la comunicación-, se señaló que ésta incurrió en inconsistencias y omisiones que le restan convicción.

**La sustentación de la apelación de la parte demandante (cfr. c.2 arch. 04).**

Cuestionamientos sobre el análisis de la prescripción:

- Se cuestiona las consideraciones de la sentencia sobre la oportunidad para alegar la prescripción o la ineficacia del contrato; es decir, la necesidad de reformar la demanda. Se afirma que el traslado a las excepciones es una oportunidad legal para el efecto, reconocida por el Tribunal.
- Se cuestiona el análisis de la prescripción. Se considera que la prescripción que se alegó y debe ser resuelta es la prescripción ordinaria; que el análisis de la primera instancia es contrario a las disposiciones legales que regulan la materia. Se citan precedentes de la Corte.

Cuestionamientos sobre las condiciones generales del contrato -anexo de “incapacidad total”-:

- Se insiste en que la cláusula de incapacidad total en el anexo de la póliza es abusiva; se alega que lo que se ampara es la incapacidad y que el

demandante fue declarado totalmente inválido. Se citan normas especiales del sistema de seguridad social.

- Se alega que estas condiciones ni se entregaron, ni se explicaron al demandante. La aseguradora no presentó evidencia y el representante afirmó que no le constaba. Se afirma que lo anterior, con base en el estatuto consumidor y las leyes especiales, daría lugar a la ineficacia de la cláusula. Se citan providencias del Tribunal en respaldo a esta alegación. Es este punto, relativo a la oponibilidad de la cláusula lo que se alegó en primera instancia; no la falsedad de ese documento o su invalidez.

Cuestionamientos sobre la valoración del dictamen pericial y el momento de estructuración de la invalidez:

- Se afirma que se dio por probado que el demandante tenía las enfermedades que señalaba el dictamen antes de tomar el seguro, pero se le resta peso probatorio al dictamen que las reconoce.
- Se alega que, al momento de decretar las pruebas, se le dio al dictamen el peso probatorio del artículo 226 del CGP, sin que esto se cuestionara.
- Se manifiesta que el dictamen cumple con las condiciones establecidas en las leyes especiales para la conformación de la junta médico legal y el procedimiento de evaluación; esto no habría sido desvirtuado. Se expone, además, que se siguieron los criterios técnicos del manual.
- Se alega que el dictamen es claro al establecer una invalidez total y permanente del 76%.

Se insiste en la procedencia de la condena por intereses moratorios del



artículo 1080 del Código de Comercio.

### **Las alegaciones de la parte demandada (cfr. c.2 arch. 06).**

Se hace un recuento de la sentencia de primera instancia y de los reparos del demandante.

Frente a los argumentos de la parte demandante se señala lo siguiente:

- Se alega que la prescripción sólo puede proponerse en la pretensión o en la excepción, no en el traslado a las excepciones.
- Se señala que las enfermedades que fundamentan la declaración de invalidez, las tenía el demandante antes de contratar el seguro; en consecuencia, se considera que el contrato no produce efecto alguno.
- Sobre la falta de entrega de las cláusulas generales, se alega que debe valorarse la declaración del representante de la aseguradora, quien afirmó que “siempre” se entregan a todos los asegurados.
- Se afirma que la cláusula de incapacidad total define el riesgo asegurable y la voluntad contractual de la aseguradora.
- Se cuestiona el valor probatorio de la calificación de invalidez; se alega que dos de las tres médicas que firmaron el dictamen no asistieron a la audiencia; asimismo, se afirma que el dictamen carece de los requisitos legales del artículo 226 del CGP; que no es claro, preciso y exhaustivo; también se manifiesta que la médica que sustentó el dictamen no mostró idoneidad ni experiencia para el efecto, desconociendo conceptos básicos como “fecha de estructuración”.

## **CONSIDERACIONES**

### **Problemas jurídicos:**



En la sentencia de primera instancia se declaró certeza sobre un hecho que no se controvertió en la apelación; a saber, que el contrato de seguro con base en el cual se pretende la indemnización es anulable por la reticencia del tomador, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio. Como este hecho no se controvierte ante esta instancia, no será objeto de problematización en esta sentencia.

Precisado lo anterior, se consideran los siguientes problemas:

- I. ¿El demandante está facultado para alegar excepciones en el término de traslado a las excepciones del demandado?
- II. ¿El derecho a beneficiarse de la nulidad relativa por reticencia se extingue por la prescripción ordinaria? ¿Prescribió el derecho de la aseguradora a excepcionar la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia?
- III. ¿En qué condiciones le es oponible al tomador del seguro la cláusula del contrato contenida en el “anexo de incapacidad total de la póliza”? ¿Se probó el riesgo asegurado “incapacidad total o plena del contrato”?
- IV. ¿Hay lugar a condena por intereses moratorios frente al asegurador en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio?

### **Fundamentos jurídicos:**

#### **I.**

¿El demandante está facultado para alegar excepciones en el término de traslado a las excepciones del demandado?

El artículo 2 de la Ley 791 de 2002 señala que la prescripción puede alegarse “por vía de acción o por vía de excepción”. Regularmente, se hace en la demanda, bajo la forma de pretensión; o en la contestación a la demanda, bajo la forma de la excepción.

No obstante, puede suceder que ante una pretensión determinada -por ejemplo, el pago de una indemnización de un contrato de seguro-, el demandado proponga un medio exceptivo susceptible de extinguirse por prescripción -por ejemplo, la nulidad relativa por reticencia-. Si ese es el caso, para aprovecharse de ella, el demandante pretensor debe alegar la prescripción como excepción al derecho que ejerce el opositor al exceptuar la nulidad relativa.

El artículo 370 del CGP establece un término de traslado frente a las excepciones de mérito cuya finalidad expresa es que el demandante “pida pruebas sobre los hechos en que se fundan las excepciones”.

Esta oportunidad para “pedir pruebas” que tiene el demandante ante las excepciones alegadas por el demandado se puede interpretar de dos modos: a. uno restrictivo, según el cual el demandante sólo puede pedir pruebas para desvirtuar los hechos de la excepción; otro, más comprensivo, según el cual el demandado puede pedir pruebas tanto de los hechos que fundamentan la excepción, como de aquellos otros hechos que se aleguen en el mismo acto en relación directa con las excepciones del demandado, con el fin de enervarlas; por ejemplo, la prescripción.

La primera interpretación se considera inadecuada. Se afina en una lectura exegética de la disposición, cuyo resultado práctico es limitar la posibilidad legítima de contradicción del demandante y promover actos adicionales innecesarios para ejercer esa contradicción, como una reforma a la demanda. Es decir: se privilegia una interpretación literal, que restringe posibilidades de contradicción y desconoce la economía procesal.

Esta interpretación tiene un problema adicional, si se aceptara el paradigma exegético en el que ella misma se basa. En efecto, la literalidad del artículo 93.1 del CGP sobre la reforma a la demanda, señala que sólo se entiende que hay reforma en cuanto a la causa si se modifica el *fundamento fáctico de las pretensiones*. En estricto rigor, este no es el caso cuando el pretensor propone una excepción frente a un hecho exceptivo propuesto por el demandado; se modifican los hechos del litigio, pero no los de la pretensión.

Así, por ejemplo, si lo que se pretende es que se pague la indemnización de un contrato de seguro, el hecho de que se alegue la prescripción frente a la excepción de nulidad relativa por reticencia no modifica los fundamentos de hecho de la pretensión, que siguen siendo la acreditación del contrato y la ocurrencia del siniestro. En estricto rigor, lo que se modifican son los hechos del litigio, en la medida que habrá que resolver una oposición a la excepción. Se trata de una excepción del demandante frente a la excepción del demandado que, aunque carece de regulación expresa en el CGP, es perfectamente posible.

Esta Sala considera que más allá de la exégesis o los silogismos que no resuelven propiamente este supuesto, lo importante es garantizar plenamente la contradicción de ambas partes, optimizando la economía procesal. Por eso considera adecuada la segunda interpretación que se expresó: es decir: en el término de traslado del artículo 370 del CGP, el demandante puede pedir pruebas tanto de los hechos que fundamentan la excepción, como de aquellos otros hechos que se aleguen en el mismo acto en relación directa con las excepciones del demandado, con el fin de enervarlas; por ejemplo, la prescripción.

El término de traslado a las excepciones es una oportunidad adecuada para que el demandante alegue hechos exceptivos porque aún se está en la etapa procesal de conformación del litigio. Si ese es el caso, debe correrse un

traslado análogo al demandado de la excepción propuesta por el demandante frente a su excepción, en los mismos términos del artículo 370 del CGP. Si esto se omite, puede sanearse en la audiencia inicial y de fijación del litigio.

Tampoco se considera inválido que se reforme la demanda para incluir la excepción, dado el derecho del demandante a reformar la demanda, pero esta opción es menos económica.

## II.

El artículo 1081 del Código de Comercio establece dos tipos de prescripción: la ordinaria, de dos años, que comienza a correr *“desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción”*. Y la extraordinaria, de cinco años, que *“correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho”*.

Ahora bien, el artículo 1058 del Código de Comercio reconoce a las aseguradoras el derecho de alegar la reticencia o inexactitud del tomador del seguro al momento de declarar sobre el estado del riesgo, como causal de nulidad relativa del contrato.

Este derecho prescribe según los términos del artículo 1081 ya citado. La prescripción ordinaria, se cuenta desde que el asegurador haya tenido o debido tener conocimiento de la reticencia. La prescripción extraordinaria, desde la celebración del contrato de seguro.

Además de la claridad transparente de la ley sobre este punto, esto ha sido reconocido por la Corte Suprema de Justicia – sentencia 3 de mayo de 2000, Exp. 5360, MP. Nicolás Bechara Simancas-.

*“6.- El término dispuesto para la prescripción ordinaria corre, pues, en relación con la acción de nulidad relativa (art. 1058 C. de Co.) del contrato de seguro, a partir*

*del conocimiento real o presunto que tenga el titular acerca de los vicios que lo afectan, al paso que el de la extraordinaria (5 años) corre desde el momento que nace el derecho a demandar esa nulidad. No hay duda, entonces, de que cuando el motivo de esa acción son las reticencias o inexactitudes respecto de las manifestaciones del tomador, el interesado en promoverla debe hacerlo dentro de los dos años siguientes a la fecha en que conoció o debió conocer esas conductas, sin que en ningún caso pueda promoverla pasados cinco años desde cuando se produjo el perfeccionamiento del contrato, que dio nacimiento al derecho a demandar la rescisión, según se reseñó”.*

### III.

El contrato de seguro es un contrato de adhesión donde es parte una entidad vigilada por la Superintendencia Financiera. En consecuencia, le son aplicables las normas especiales del consumidor financiero -L. 1328 de 2009 -, en concordancia con las normas del estatuto del consumidor -L. 1480 de 2011.

Dos obligaciones particulares se resaltan para este caso: el deber de información y el deber de entregar y explicar por anticipado las cláusulas generales y anexos del contrato.

*“c) Transparencia e información cierta, suficiente y oportuna. Las entidades vigiladas deberán suministrar a los consumidores financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigiladas”.* (L. 1328, art. 3)

*Serán ineficaces y se tendrán por no escritas las condiciones generales de los contratos de adhesión que no reúnan los requisitos señalados en este artículo* (L. 1480 de 2011, art. 37).

Cabe anotar que este razonamiento lo ha utilizado la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil para resolver casos similares (SC1301-2022, MP. Octavio Augusto Tejeiro Duque).

En consecuencia, esta Sala considera que, si la aseguradora alega que no está obligada a una indemnización por un concepto definido en el clausulado general o en un anexo del contrato de seguro, tiene la carga correlativa de probar -art. 167 del CGP- que entregó y explicó efectivamente la información del clausulado al tomador al momento del contrato. En caso contrario, la cláusula no es oponible al beneficiario, pues debe entenderse por no escrita.

#### **IV.**

En cuanto a la procedencia del pago de los intereses sancionatorios del artículo 1080 del Código de Comercio, la Sala ha adoptado el siguiente criterio:

Se reconocen intereses desde el mes siguiente a la reclamación extrajudicial, cuando con ésta se prueba el siniestro y la cuantía del perjuicio. Esto es, cuando las pruebas que sirvieron a la víctima para hacer la reclamación directa ante la aseguradora o para presentar la demanda, sean fundamentalmente las mismas pruebas que se acojan en la sentencia para imponer la condena, tanto en lo que respecta a la imputación de responsabilidad como a la cuantificación de los perjuicios.

Este es el caso si con la demanda se presenta prueba del accidente de tránsito (informe de tránsito, fallo contravencional), del daño (lesiones o muerte, historia clínica, registro de defunción) y las pruebas que se adoptan en la sentencia para la cuantificación de perjuicios (dictámenes de pérdida de capacidad laboral, documentos, facturas, certificados, etc.).

Por otro lado, se reconocen intereses desde el auto admisorio de la demanda,

si el siniestro se demuestra con la reclamación inicial o la demanda, pero la cuantificación cierta de los perjuicios sólo se logra con la prueba que se practica después de conformado el litigio.

Así, por ejemplo, si la aseguradora logra cuestionar efectivamente la estimación inicial del demandante, o la prueba presentada por éste para su cuantificación, habiendo sido pertinente el litigio aceptado por la aseguradora para la cuantificación final, sólo habrá lugar al reconocimiento de intereses desde el auto admisorio.

Por último, se reconocerían intereses moratorios desde la sentencia, cuando el litigio que acepta la aseguradora fue pertinente para atenuar la responsabilidad y para lograr la cuantificación del perjuicio, por desestimarse parcialmente las pretensiones o acogerse parcialmente las excepciones, gracias a la actividad probatoria de la aseguradora.

La regla que debe orientar la interpretación de estos parámetros para cada caso es la siguiente: la aseguradora paga intereses, según la seriedad y relevancia del litigio que provoca, acepta y que termina perdiendo.

### **Caso concreto:**

En esta instancia no es objeto de controversia que entre Javier Orlando Ramírez Martínez y Seguros Bolívar S.A. se celebró un contrato de seguro que ampara el riesgo de la “incapacidad total y permanente” del asegurado, por un valor de \$120.000.0000.



DATOS ENVÍO

NOMBRE: JAVIER ORLANDO RAMIREZ MARTINEZ

DIRECCIÓN: CLL 20 52 43

CIUDAD: RIONEGRO-ANTIOQUIA

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: BANCO DAVIVIENDA S.A.

DATOS ASEGURADO - No. 1

NOMBRE: JAVIER ORLANDO RAMIREZ MARTINEZ

IDENTIFICACIÓN: 80429707

EDAD: 46 AÑOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA GRUPO

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

Póliza Principal N°: 2801005000001

Póliza N°: 2592100025801

Certificado: 0 N°: 001

Fecha de Expedición: 13/11/2018

VIGENCIA DEL SEGURO

DESDE

13/11/2018

Día Mes Año

A las 24 horas

HASTA

13/11/2019

Día Mes Año

A las 24 horas

BENEFICIARIOS

| NOMBRE                | PARENTESCO | % PARTICIPACIÓN |
|-----------------------|------------|-----------------|
| MATEO RAMIREZ GIRALDO | HIJO       | 100             |

AMPAROS

| COBERTURA                 | VALOR ASEGURADO | PRIMA      |
|---------------------------|-----------------|------------|
| VIDA BASICA               | \$ 120,000,000  | \$ 782,320 |
| DOBLE IND X MUERTE ACCIDE | \$ 120,000,000  | \$ 204,000 |
| INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA | \$ 120,000,000  | \$ 58,680  |

TOTAL PRIMA\$ 1,045,000

Código de Clausulado que aplica: 15/04/2018-1407-P-34-GU-0000000000004-000R. Consulte este clausulado en la página [www.segurosbolivar.com](http://www.segurosbolivar.com)

P721-0  
Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Tampoco se discute que, al momento de tomar el seguro, Javier Orlando Ramírez incurrió en reticencia, pues no informó a la aseguradora sobre enfermedades pre-existentes. Eso se declaró así en la sentencia de primera instancia y no es objeto de la apelación.

I.

El primer problema que debe resolver la Sala es si el derecho que tiene Seguros Bolívar S.A. de beneficiarse de la anulabilidad relativa del contrato por reticencia se extinguió en razón de la prescripción ordinaria.

La parte demandante alegó la prescripción ordinaria en el término de traslado a las excepciones. Esto fue parte de la fijación del litigio y, aunque en la sentencia se cuestionó la oportunidad de proponer la excepción, señalando

16

que debía hacerse a través de una reforma a la demanda; lo cierto es que ésta se resolvió en la sentencia, bajo la consideración de que el único término de prescripción aplicable en este caso es el de la prescripción extraordinaria.

Con base en lo considerado en el acápite anterior, esta Sala considera que el término para pronunciarse sobre las excepciones es oportuno para que el demandante alegue la prescripción o cualquier otra excepción frente a los hechos exceptivos que alegue el demandado al contestar la demanda.

Por lo demás, en este caso resulta clarísimo que la aseguradora tuvo distintas oportunidades para ejercer la contradicción frente a tal excepción de prescripción en cuanto a sus supuestos de configuración; se limitó a cuestionar la oportunidad para proponerla, un formalismo inocuo.

En ese orden ideas, se tiene por alegada la prescripción ordinaria. Según la ley y el precedente en cita, a diferencia de lo que se afirmó en la sentencia, el derecho del asegurador a beneficiarse de la nulidad relativa por reticencia se extingue tanto por la prescripción ordinaria como por la extraordinaria. ¿Se configura para este caso la prescripción ordinaria?

## II.

El artículo 1081 del Código de Comercio, señala que la prescripción ordinaria de dos años *“comienza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción”*, hasta el momento en que, atendiendo lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley 791 de 2002, ésta se alegue en la pretensión o en la excepción.

En este caso, para realizar el cómputo, la parte demandante alega que debe tomarse como fecha cierta del conocimiento de la aseguradora sobre la reticencia el 18 de febrero de 2019 (cfr. c.1 arch. 09-04), que fue la fecha en la que se presentó la reclamación; la objeción de la aseguradora es de fecha

29 de abril de 2019, con lo cual hay certeza que para esa fecha la aseguradora conocía de la reticencia (cfr. c.1 arch. 09 – 05); el 22 de septiembre de 2021 (cfr. c.1 arch. 08), fue la fecha en que se presentaron las excepciones en la contestación de la demanda.

Esta Sala considera que la fecha cierta para iniciar el cómputo de la prescripción ordinaria no es el de la reclamación del beneficiario – 18 de febrero de 2019-, como afirma el demandante; ni tampoco la fecha cierta de la objeción -29 de abril de 2019-; pues antes debe considerarse la fecha en la cual la aseguradora *debió tener* conocimiento de la objeción.

En efecto, ante la reclamación del beneficiario, la ley otorga al asegurador un plazo de un mes o bien para pagar la indemnización, o ya para configurar un título ejecutivo a favor del demandante. -arts. 1053.3 y 1080 del Código de Comercio-. En consecuencia, la fecha en que Seguros Bolívar S.A. *debió tener* conocimiento de la reticencia al agotarse ese término es el 18 de marzo de 2019, un mes después de presentada la reclamación.

Así, en principio, computando el término ordinario de prescripción de dos años, el 19 de marzo del 2021 el derecho de la aseguradora a beneficiarse de la nulidad relativa por reticencia habría prescrito.

No obstante, para este caso debe considerarse la suspensión de términos de prescripción y caducidad por la emergencia del Covid-19, desde el 16 de marzo de 2020 y hasta el 30 de junio del mismo año, conforme se dispuso en los referidos acuerdos expedidos por el Consejo Superior de la Judicatura, reanudándose el término a partir del 1º de julio de 2020. Asimismo, debe considerarse lo dispuesto en el Decreto 564 de 2020, que reguló así el conteo de términos:

ARTÍCULO 1. Suspensión de términos de prescripción y caducidad.  
Los términos de prescripción y de caducidad previstos en cualquier

norma sustancial o procesal para ejercer derechos, acciones, medios de control o presentar demandas ante la Rama Judicial o ante los tribunales arbitrales, sean de días, meses o años, se encuentran suspendidos desde el 16 de marzo de 2020 hasta el día que el Consejo Superior de la Judicatura disponga la reanudación de los términos judiciales.

El conteo de los términos de prescripción y caducidad se reanudará a partir del día hábil siguiente a la fecha en que cese la suspensión de términos judiciales ordenada por el Consejo Superior de la Judicatura. *No obstante, cuando al decretarse la suspensión de términos por dicha Corporación, el plazo que restaba para interrumpir la prescripción o hacer inoperante la caducidad era inferior a treinta (30) días, el interesado tendrá un mes contado a partir del día siguiente al levantamiento de la suspensión, para realizar oportunamente la actuación correspondiente”.*

Atendiendo esta disposición, se considera que el cómputo debe hacerse en meses y no en días -como solicitó el demandante. Es decir, que entre el 16 de marzo de 2020 y el 1 de julio de 2020, los términos de prescripción y caducidad se suspendieron por 4 meses.

Si se le agregan esos cuatro meses a la fecha en que sin las suspensiones hubiera prescrito el derecho a beneficiarse de la reticencia -19 de marzo de 2021-, se tiene que el término prescribió el 19 de julio de 2021. Como la nulidad relativa por reticencia sólo se alegó hasta el 22 de septiembre 2021, para ese momento se habría configurado ya la prescripción.

En consecuencia, no hay lugar al reconocimiento de la nulidad relativa por reticencia y ésta debe revocarse, por haber prescrito el derecho de la aseguradora a beneficiarse de ella.

### III.

Como ya se advirtió, el seguro ampara la “incapacidad total y permanente”. Sin embargo, la aseguradora alega que ese riesgo no se corresponde con las regulaciones del sistema de seguridad social, sino que se definió contractualmente en un anexo de la póliza.

Según la aseguradora, “la incapacidad total y permanente” que se ampara con el seguro, se refiere a un tipo específico de incapacidad que se define en un anexo del contrato, según el cual el asegurado debe sufrir una incapacidad que le impida “realizar tres o más de las actividades básicas de la vida diaria”, definidas así:

**1.1 Aseo personal:** Capacidad para lavarse en el baño o la ducha (incluyendo la entrada y salida de la misma) o de realizar su aseo personal por sí mismo.

**1.2 Vestirse:** Capacidad para ponerse, quitarse, atarse y desatarse todo tipo de prendas, así como aparatos ortopédicos de cualquier tipo, miembros artificiales y dispositivos quirúrgicos.

**1.3 Comer:** Capacidad para ingerir por sí mismo los alimentos, una vez preparados.

**1.4 Higiene:** Capacidad para usar un sanitario o para llevar a cabo sus necesidades fisiológicas en cualquier otra forma.

**1.5 Movilidad:** Capacidad para desplazarse en espacios interiores, de una habitación a otra en superficies planas.

**1.6 Traslados:** Capacidad para desplazarse desde la cama hasta una silla recta o silla de ruedas y viceversa.

Dicha incapacidad debe existir por un periodo continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y no haber sido provocada por EL ASEGURADO sea de forma consciente o inconsciente, voluntaria o involuntaria.

*Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal: la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, eventos en los cuales, para que opere el amparo, no se requerirá que transcurra el período continuo de ciento cincuenta (150) días de incapacidad. (...)”*

No obstante lo anterior, la aseguradora no probó que hubiera entregado y explicado este clausulado al tomador del seguro al momento del contrato; en efecto, 1) no hay ninguna evidencia escrita sobre el particular, como podría haber sido una constancia efectiva firmada por el tomador; 2) en el interrogatorio de parte, el demandante negó rotundamente que esto se le haya entregado o explicado; 3) en su interrogatorio, aunque el representante legal de la aseguradora señaló que estas cláusulas “siempre” se entregan y se explican, lo cierto es que también afirmó que no lo constaba que para éste contrato específico hubiera sido así, pues ni había constancias ni estuvo presente.

En consecuencia, se considera que las especificaciones de este anexo deben entenderse por no escritas, por tanto, inoponibles al beneficiario del seguro.

Siendo así, debe acudirse a las reglas especiales de seguridad social aplicables al tomador, para definir si en este caso se configuró o no el riesgo amparado de “incapacidad total y permanente”, que se expresa en el certificado individual allegado por la aseguradora.

Sobre el particular tenemos lo siguiente:

A la demanda se allegó un “Formato Acta de Junta Médica Laboral” de la Fuerza Aérea Colombiana, de fecha 21 de febrero de 2017 (cfr. c.1. arch. 03). En este documento, se clasifica la capacidad laboral de Javier Orlando Ramírez Martínez, por las médicos Martha Liliana Montaña Duran, Luisa Jinette Burgos Correa y Maria Alejandra Medina Mora.

Tras el estudio de la historia clínica, se presentan las siguientes conclusiones:





1. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DE MANEJO Y SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRÍA
2. APNEA DEL SUEÑO CON INSOMNIO SECUNDARIO DE MANEJO MÉDICO CON CPAP Y SEGUIMIENTO POR NEUROLOGÍA Y OTORRINOLARINGOLOGÍA
3. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL OIDO DERECHO CON PROMEDIO AUDITIVO 25 83 DB
4. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL OÍDO IZQUIERDO CON PROMEDIO AUDITIVO 50 83 DB
5. ACUFENO BILATERAL SECUNDARIO DE DIFÍCIL MANEJO
6. DESVIACIÓN SEPTAL CON PERFORACIÓN SECUNDARIA A RESECCIÓN TRANSENFENOIDAL DE ADENOMA HIPOFISIARIO DE SEGUIMIENTO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA
7. HEMORROIDES INTERNAS GRADO II DE MANEJO MÉDICO POR MEDICINA INTERNA
8. ESTADO PREDIABETICO SECUNDARIO DE MANEJO Y SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA
9. HIPERTENSION ARTERIAL PRIMARIA SIN COMPROMISO DE ÓRGANO BLANCO
10. GASTRITIS CRÓNICA CON ATROFIA Y METAPLASIA INTESTINAL QUE DEJA COMO SECUELA ESOFAGITIS GRADO II
11. SÍNDROME TUNEL DEL CARPO BILATERAL DE ETIOLOGÍA DEGENERATIVA QUE DEJA COMO SECUELA LESIÓN DE NERVO MEDIANO BILATERAL.
12. HALLUX VALGUS PIE IZQUIERDO CON DEFORMIDAD EN VALGO DE LA 4TA DFT DE HALLUX CON BILLIUM DOLOROSO. QUE DEJA COMO SECUELA DOLOR A NIVEL DE ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA.
13. TRASTORNO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR ASOCIADO A MALOCCLUSIÓN ESQUELÉTICA Y DISCAL CLASE III, QUE OCASIONA TRASTORNO DE LA MASTICACION, BRUXISMO CRÓNICO, ASIMETRÍA FACIAL, DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO POR CIRUGÍA MAXILOFACIAL.
14. FIBROMA UNGUEAL EN TERCER DEDO PIE IZQUIERDO, ASINTOMÁTICO DE SEGUIMIENTO POR DERMATOLOGÍA.
15. ACROMEGALIA, SECUNDARIO ADENOMA HIPOFISIARIO RESECADO EN 2014 DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SEGUIMIENTO POR ENDOCRINOLOGÍA.
16. DISCOPATIA LUMBAR MULTINIVEL CON RADICULOPATIA L4 IZQUIERDA QUE DEJA COMO SECUELA DOLOR LUMBAR MODERADO. DE SEGUIMIENTO POR NEUROCIRUGÍA
17. CONDROMALACIA PATELAR RODILLA BILATERAL QUE DEJA COMO SECUELA ROCE PATELOFEMORAL DOLOROSO BILATERAL.
18. RUPTURA PARCIAL DE SUPRAESPINOZO HOMBRO DERECHO QUE DEJA COMO SECUELA DOLOR DE HOMBRO DERECHO.

A partir de ellas, se evalúa una “disminución de la capacidad laboral total a la fecha del 76,14%”.

La vinculación del demandante con la Fuerza Aérea, el hecho de que fuera sometido a la valoración precedente, así como la autenticidad y los resultados de ésta, se fijaron como hechos probados en la audiencia de fijación del litigio. No obstante, la aseguradora demandada cuestionó el porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 76% (cfr. c.1 arch. 47).

Para controvertir el informe, la aseguradora solicitó la declaración de las médicas que participaron en la junta de valoración de la incapacidad. A la audiencia sólo asistió María Alejandra Medina Mora, quien corroboró su participación en la junta con las demás médicas, así como las razones que



dieron lugar a la valoración.

La parte demandada cuestiona estos elementos de prueba desde tres argumentos: 1. Que el acta de la junta médica no cumple con las condiciones del artículo 226 para los dictámenes periciales; 2. Que la médica que declaró sobre el particular en audiencia no demostró las condiciones y conocimientos necesarios para dictaminar sobre la invalidez de una persona; 3. Que las otras dos médicas que participaron en la junta no asistieron a sustentar el dictamen.

El artículo 226 del CGP y subsiguientes regulan lo relativo a los dictámenes periciales. Éstas son pruebas que se encargan con el fin específico y concreto de verificar hechos que interesen al proceso y que requieran conocimientos especiales de orden científico, técnico o artístico. En la medida que se trata de una prueba que se encarga y se rinde con esa finalidad exclusiva, el informe debe incluir los requisitos que esa disposición enumera, para ser valorados por el juez.

El “Formato Acta de Junta Médica Laboral” no es propiamente un dictamen pericial; si bien lo elaboró una junta médica, no se trata de una prueba que se haya encargado para probar los hechos de este litigio; se trata de un documento público, emanado de las fuerzas militares del Estado, que se elaboró en cumplimiento de una norma especial – Decreto núm. 0094 de 1989-, para definir la capacidad laboral de uno de sus miembros. En esa medida, su valoración probatoria debe realizarse con base en lo dispuesto en el artículo 257 del CGP: “Los documentos públicos hacen fe de su otorgamiento, de su fecha y de las declaraciones que en ellos haga el funcionario que los autoriza”.

El artículo 89 del D. 0094 de 1989 expresa que una incapacidad permanente y definitiva que da lugar a una pensión de invalidez, cuando la pérdida de capacidad sea igual o superior al 75%. En ese orden de ideas, el “Formato Acta de Junta Médica Laboral”, es una prueba clara y directa de que el

demandante tiene una incapacidad permanente y definitiva.

La aseguradora demandada cuestionó ese porcentaje, pero tal cuestionamiento carece de fundamentos probatorios.

La declaración de Luz Marina Campo Daza, médica al servicio de la aseguradora, con base en el informe y la historia clínica, en ningún momento cuestiona el porcentaje dictaminado por la junta; sus declaraciones se orientan a mostrar que las patologías que dieron lugar a tal declaración eran preexistentes al contrato de seguro, para fundamentar la reticencia.

Se cuestiona la seriedad y el conocimiento de la médica María Alejandra Medina Mora, argumentando que no respondió a preguntas conceptuales sobre “la estructuración” de la incapacidad. Este argumento se considera inocuo e irrelevante para controvertir una pérdida menor de incapacidad laboral a la que prueba el documento. La médica dio fe de su participación en la junta, con otras dos profesionales, lo que ratifica la autenticidad de éste.

También se alega que las otras dos médicas no asistieron a la audiencia “de contradicción”. Se insiste que el acta no se valora como un dictamen pericial sino como un documento público; por lo cual, la inasistencia de las médicas debió controvertirse por la aseguradora que pretendía controvertir lo que ese documento prueba. Esto no se realizó: la juez cerró el debate probatorio y la aseguradora no interpuso recursos, mostrando tácitamente su conformidad con la decisión.

Por último, se valora como indicios de conducta en contra de la excepción, que la aseguradora no solicitara pruebas realmente conducentes para cuestionar lo que el documento prueba, como un dictamen pericial médico, que confrontara con argumentos técnicos y científicos, más que con preguntas retóricas, los resultados que muestra la junta.

En este orden de ideas, se considera probado que el demandante sufre una pérdida de capacidad total y permanente; los cuestionamientos sobre el particular carecen de prueba.

**Los intereses del artículo 1080 del Código de Comercio:**

Con la reclamación a la aseguradora se presentaron los mismos elementos de prueba que darán lugar al reconocimiento judicial. Sin embargo, habiéndose declarado sin controversia la reticencia en primera instancia, tal reconocimiento sólo se dio debido a la prescripción alegada en este proceso por el demandante. En consecuencia, como la prescripción que extinguió el derecho de la aseguradora de beneficiarse de la nulidad relativa por reticencia se reconoció en esta sentencia, sólo a partir de su ejecutoria habrá lugar al reconocimiento de intereses.

**La indexación:**

Con el fin de evitar que el hecho notorio de la devaluación de la moneda implique una disminución del valor de la indemnización a cargo de la aseguradora, se indexará el valor de la indemnización desde de noviembre de 2019 (fecha límite de la cobertura), hasta agosto de 2023, (último índice reportado a la fecha de la sentencia), según la información del DANE<sup>1</sup>.

Para el efecto se utiliza la siguiente fórmula:

$$VA = VH \times IPC \text{ Final} / IPC \text{ Inicial.}$$

$$VA = \frac{\$120.000.000 \times 135.39}{103,26}$$

$$VA = \$157.338.756$$

---

<sup>1</sup> <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/precios-y-costos/indice-de-precios-al-consumidor-ipc>

## **COSTAS**

Con base en lo dispuesto en el artículo 365.4 del Código General del Proceso, se condena en costas a la parte demandada en ambas instancias.

Como agencias en derecho para esta instancia, atendiendo lo dispuesto en el Acuerdo PSAA16 10554 de 2016 del Consejo Superior de la Judicatura, la naturaleza, la calidad y la actuación de la parte favorecida con las costas se fijará una suma equivalente a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

## **DECISIÓN**

En mérito de lo expuesto, la Sala Primera de Decisión en Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Medellín, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

### **FALLA:**

**Primero:** Revocar la sentencia de fecha 7 de junio de 2023, proferida por el Juzgado Veintidós Civil del Circuito de Medellín.

**Segundo:** Condenar a Seguros Bolívar S.A. a pagar a Javier Orlando Ramírez Martínez la suma de ciento cincuenta y siete millones trescientos treinta y ocho mil setecientos cincuenta y seis pesos (\$157.338.756). ´

Sobre esa suma se pagarán los intereses moratorios del artículo 1080 del Código de Comercio a partir de la ejecutoria de esta sentencia.

**Tercero:** Condenar a Seguros Bolívar S.A. a pagar las costas procesales a favor de Javier Orlando Ramírez Martínez. Como agencias en derecho para

esta instancia, se fija una suma equivalente a dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

**Notifíquese y cúmplase**

Los Magistrados,

  
**MARTÍN AGUDELO RAMÍREZ**

**JOSÉ OMAR BOHÓRQUEZ VIDUEÑAS**  
(En ausencia justificada)

  
**JULIO NÉSTOR ECHEVERRY ARIAS**