

**S-2021**

**Proceso:**

Ordinario

**Demandantes:**

Yesid Hernán Arbeláez Giraldo

**Demandada:**

Seguros Colpatria S.A. y otro

**Radicado:**

05001 31 03 009 2013 00537 01

**Asunto:**

Confirma la sentencia apelada

**TRIBUNAL SUPERIOR  
DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN  
-SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL-**

Medellín, diez (10) de agosto del dos mil veintiuno (2021).

Decide el Tribunal el recurso de apelación, frente a la sentencia de fecha 17 de noviembre de 2015, mediante la cual, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Descongestión de Medellín dirimió la controversia en el proceso ordinario con pretensión declarativa de Responsabilidad Contractual, promovida por Yesid Hernán Arbeláez Giraldo, en contra de Seguros Colpatria S.A. y Grandes Superficies de Colombia S.A. “Carrefour S.A.”. Labor jurisdiccional que se acomete en el siguiente orden,

**I. ANTECEDENTES**

**1. Fundamentos Fácticos.** Los hechos se sintetizan de la siguiente manera:

**1.1.** Que el señor Yesid Hernán Arbeláez Giraldo adquirió a través de GRANDES SUPERFICIES DE COLOMBIA S.A. - CARREFOUR, una póliza de vida grupo vida 322, certificado número 1100187; que, antes de la fecha de suscripción del contrato de seguro, esto es, el 01 de febrero del 2011, se asesoró vía correo electrónico con la vendedora ELIANA VARGAS, acerca de si una persona con insuficiencia renal crónica e hipertensión -con evolución de 5 años-, podía acceder y contratar el seguro, no obstante sufrir una enfermedad preexistente y, si en caso de acaecer una invalidez, se podía hacer la respectiva reclamación para el pago del seguro, a lo cual la funcionaria Eliana Vargas le contestó por correo electrónico del 2 de febrero del 2011 que sí tenía cubrimiento.

**1.2.** Que, a sabiendas de la aludida preexistencia conocida por las demandadas, las entidades, como no tuvieron inconveniente, procedieron a

expedir la póliza a favor del actor, agregó que, de manera unilateral, las compañías aseguradoras cambiaron la póliza por la póliza número 5249 con certificado 0001100187 y fue renovada entre el 03 de febrero de 2012 hasta el 03 de febrero de 2013, por un valor inferior al inicialmente asegurado. De esta manera, el día 20 de enero de 2012, la Junta Nacional de Calificación de Invalidez profirió dictamen de calificación de invalidez en un porcentaje de **61.64%**; por consiguiente, el **05 de junio de 2012**, procedió a hacer la reclamación para el pago de la póliza de seguro de vida, misma que fue objetada por la aseguradora, debido a que se incurrió en inexactitudes al declarar u ocultar hechos o circunstancias que conocidos por la aseguradora la hubieran retraído de otorgar el seguro.

**1.3.** Para el demandante, dicha respuesta desconoce que el asegurado ya había declarado la preexistencia de su enfermedad a la persona autorizada para ello, señora Eliana Vargas, asesora de la entidad Carrefour S.A., ubicada en la carrera 65 de Medellín, quien a pesar de ser sabedora de las preexistencias le respondió que sí tenía cubrimiento.

**1.4.** Que, de conformidad con lo anterior, era claro el incumplimiento del contrato de seguro por parte de las citadas al negarse a pagar la póliza de seguro de vida. Adicionalmente, señaló, que la póliza fue renovada por un valor inferior asegurado y reducida al 50%, cuando se había pactado inicialmente un valor asegurado de \$100.000.000

**1.5.** No se logró acuerdo conciliatorio.

**2. Pretensiones.** Solicitó, entonces el demandante, declarar que Seguros Colpatria S.A. y Grandes Superficies de Colombia S.A., incumplieron las prestaciones derivadas del contrato de seguro de vida, toda vez que las pólizas fueron renovadas y, pese a ello, a la fecha no se ha procedido al pago de una u otra, debiendo condenarse a las entidades demandadas a pagar el valor más elevado, esto es, el 100% del valor de la póliza 5249 equivalente a \$100.000.000, por amparo de incapacidad total y permanente.

Así mismo, solicitó el pago de los respectivos intereses a partir del 29 de junio de 2012, fecha en la que fue negado el pago al asegurado.

**3. Actuación procesal.** La demanda correspondió por reparto al Juzgado Noveno Civil del Circuito de Medellín, Despacho que la admitió el día 29 de julio de 2013 y, una vez notificada, fue contestada inicialmente por la compañía aseguradora así: Reconoció la existencia de la póliza número 322 adquirida por el demandante con certificado 1100187, no obstante, hizo la salvedad en cuanto que el tomador nunca tuvo contacto con un agente de la aseguradora, puesto que los trámites para adquirir el seguro los realizó con personal al servicio de Grandes Superficies de Colombia S.A., persona jurídica distinta y ajena a la compañía aseguradora.

Que la aseguradora nunca conoció el verdadero estado del riesgo de señor Yesid Hernán Arbeláez, pues, de haberlo hecho, nunca hubiera celebrado el contrato de seguro. Que al asegurador nunca se le informó por parte de Grandes Superficies de Colombia S.A., las enfermedades que padecía el asegurado, además, que al suscribir la declaración de asegurabilidad, el señor Arbeláez declaró que tenía un buen estado de salud. Que si bien es cierto que la junta nacional de calificación de invalidez el 20 de enero del 2012 notificó al demandante examen de invalidez del 61,64%, no obstante omitió informar que dicha invalidez se habría estructurado desde el 15 de mayo del 2008, habiéndose hecho inválido desde mucho antes que la compañía asumiera el riesgo, sin que sea posible que la aseguradora asumiera la obligación de indemnizar un riesgo que ya se había realizado y por tanto no estamos frente a un caso de preexistencias cuando el riesgo ya se había concretado.

Agregó, que no es cierto que hayan cambiado de manera unilateral las condiciones de la póliza, puesto que la compañía expidió la póliza de acuerdo a la solicitud del seguro que le fue presentada. Finalizó advirtiendo que cada contrato de seguro fue diferente, puesto que en la primera vigencia el valor fue de \$100.000.000 y sobre este valor se pagó la prima, mientras que la segunda vigencia fue de \$50.000.000.00, por lo que, si el asegurado no estaba de acuerdo con la diferencia del valor asegurado, debió solicitar su incremento y no lo hizo.

Como excepciones de fondo planteó las que nominó: **i)** ausencia de cobertura; **ii)** nulidad relativa del contrato de seguro; **iii)** inexistencia de la obligación de indemnizar; **iv)** imposibilidad de afectación de dos vigencias del seguro.

**3.1.** Por su parte, la codemandada Grandes Superficies de Colombia S.A., ejerció su derecho de defensa, advirtiendo en principio, que esta última sociedad fue absorbida por CENCOSUD Colombia S.A. a través de la Escritura Pública número 2889 de la Notaría 16 del Círculo de Bogotá del 23 de diciembre del año 2013.

Indicó, entonces, que tienen un convenio con AON AFFINITY COLOMBIA y el personal que impulsó la venta del seguro en las tiendas CARREFOUR S.A. era realizada por y bajo responsabilidad de aquella entidad empresarial.

Se opuso a las pretensiones de la demanda y, como excepciones de mérito formuló las que se dio en llamar: **i)** falta de legitimación en la causa por pasiva; **ii)** ausencia de cobertura; **iii)** ausencia de buena fe por parte del asegurado; **iv)** inexistencia de la obligación de indemnizar y, **v)** la genérica.

**4. La sentencia apelada.** Agotadas las etapas procesales previstas en el Código de Procedimiento Civil, el juez profirió sentencia el pasado 17 de noviembre de 2015, en la cual absolvió a los demandados de las pretensiones de la demanda, al tiempo que condenó en costas a la parte demandante.

Luego de una semblanza de los hechos y pretensiones de la demanda y de un análisis de los elementos que configuran el contrato de seguro de vida, destacó la relevancia de la declaración fidedigna del riesgo asegurable, de donde surge la obligación para quien traslada el riesgo, de informar de manera completa el estado actual en lo que a los factores de salud e integridad corporal se refiere. Encontró, entonces el funcionario, que para el 08 de noviembre de 2010 el señor Yesid Hernán Arbeláez Giraldo contaba con una pérdida de capacidad laboral de 59.76% por enfermedad común, según dictamen de pérdida de capacidad laboral, el cual fue emitido antes de suscribirse la póliza de seguro número 5249 con vigencia del 03 de febrero de 2011 al 03 de febrero de 2012.

Por consiguiente, siendo que el demandante presentó la reclamación el 05 de junio de 2012 para hacer efectiva la póliza de seguro número 5249, estimó el funcionario que el asegurado: *“...antes de suscribir las pólizas de seguro que dieron origen al litigio, tenía la certeza de que contaba con una incapacidad total y permanente, específicamente desde el 08 de noviembre de 2010, cuando se le reseñó con una pérdida de capacidad laboral del 59.76%. Los tres dictámenes se basaron en las mismas patologías recibidas por el actor, por lo tanto, el suceso incierto que se exige en el artículo 1045 del C. de Co. y descrito en el artículo 1054, del mismo estatuto, no se encontraba vigente en el presente caso, para el momento de contratar, por haber sido un hecho cierto conocido por el demandante al momento de suscribir las pólizas de seguros, al saber de qué (sic) tenía una incapacidad laboral mayor al 50%, riesgo que supuestamente se estaba asegurando...”*.

Prosiguió, que de esta manera: *“...al no estar acreditado el presupuesto axiológico de la responsabilidad contractual, correspondiente a la existencia de un contrato válidamente celebrado, por estar ausente el elemento esencial del contrato de seguros, ello es el riesgo asegurable, se desestiman las pretensiones de la demanda...”* y, así concluyó su argumentación.

**5. El recurso de apelación.** La parte demandante impugnó la sentencia para advertir que no era cierta la conclusión del funcionario de primera instancia respecto a la fecha en que se estructura y se notifica el dictamen pericial de la respectiva Junta, pues para la fecha de la celebración del seguro 03 de febrero de 2011, se encontraba pendiente el respectivo resultado de la Junta, de ahí que se haya indicado y se aportó prueba de que esa circunstancia se le hizo saber al colocador del seguro, quien sabía de la existencia de la enfermedad crónica y pese a ello le manifestó que no había ninguna dificultad para tomar el seguro.

Que el fallo dejó de lado lo que fue tema de prueba, pues la finalidad del proceso no era verificar si había preexistencia, sino el hecho de indagar si la demandada era responsable o no del pago del seguro, en la medida que el asegurado y tomador comunicó de su enfermedad a la misma y esta de manera ligera, sin practicarle exámenes médicos, manifestó que podía tomar el seguro por medio

de un agente suyo y pese a ello cobró las primas respectivas, renovó el seguro y se sustrajo de la obligación de pagar cuando hubo de hacerlo.

Expuestos de esta manera los antecedentes que dieron lugar a la alzada, y al no observarse vicios que puedan afectar el trámite del proceso, procede la Sala a decidir el recurso con fundamento en las siguientes,

## **II. CONSIDERACIONES**

**1. Presupuestos procesales.** Encuentra la Sala satisfechos los requisitos o presupuestos procesales para que pueda abordarse el estudio de la apelación interpuesta por la parte demandante, además, que no se observan irregularidades procesales que tipifiquen una nulidad.

**1.1. Salvedad sobre el procedimiento.** Conviene advertir de manera preliminar que con la entrada en vigencia del C. G. del P., se le dio paso a la aplicación de una ultractividad excepcional a las normas derogadas del Código de Procedimiento Civil, en cuanto a las actuaciones y diligencias ya iniciadas - art. 625-, por tal razón, como cuando el C. G. del P. entró en vigencia, ya se había interpuesto el recurso de apelación el 27 de noviembre de 2015, contra la sentencia que puso fin a la primera instancia, notificada por edicto del 23 de noviembre de esa anualidad, por lo que éste se rige por el C. de P. C., en lo que tiene que ver con la resolución de mérito del mismo.

**1.2. De la excepción de falta de legitimación en la causa formulada por el apoderado de Grandes Superficies de Colombia –CARREFOUR hoy CENCOSUD Colombia S.A.-.** A priori, se advierte que la excepción está llamada a prosperar, pues la acción que el demandante ha incoado es la de responsabilidad contractual para que se declare el incumplimiento del contrato de seguro expedido por la aseguradora Colpatria S.A., derivado de la póliza y se pague el valor asegurado en la suma de **\$100.000.000.00** por incapacidad permanente, lo cual, claramente se deriva de una relación contractual entre aseguradora y tomador-beneficiario a saber, Seguros Colpatria S.A. y Yesid Hernán Arbeláez Giraldo, respectivamente, obligación que ni por asomo puede vincularse con la sociedad CARREFOUR S.A. -hoy CENCOSUD COLOMBIA

S.A.-, sin que respecto de esa relación aseguraticia pueda ser llamada u obligada a responder la demandada por el cubrimiento del monto asegurado, ya que, esta última entidad empresarial no es una compañía de seguros ni dentro del objeto social se encuentra la venta o comercialización de los mismos y tampoco hay prueba de que dicha intermediaria haya actuado en representación de la aseguradora, como para derivar una especie de responsabilidad solidaria.

Otra cosa sería, si la atribución de responsabilidad hacia esta entidad se hubiere fundamentado en calidad de agencia con representación de la aseguradora Colpatria y que, por ejemplo, haya incurrido en un incumplimiento de los deberes contractuales definidos en determinada labor de intermediación por entregar información errónea en torno a la adquisición del contrato o por haberse guardado la información que el tomador le hubiese suministrado, cuya omisión le haya impedido al tomador asumir una decisión informada sobre la celebración del contrato de seguro o que un descuido de la agencia haya conducido a una inexactitud o reticencia no culpable ni provocada por el tomador, pero tal punto no fue planteado en la demanda, ni en las pretensiones de la misma, pues el actor solo hace referencia a la afectación de la póliza de seguro contratado y el cubrimiento del siniestro en vigencia del mismo, situación jurídica por la que mal podría llamarse a responder a la codemandada CARREFOUR S.A. -hoy CENCOSUD COLOMBIA S.A.- colofón de cual se impone declarar probada esta excepción y, en ese sentido se modificará la sentencia recurrida.

Y es que de los folios 262 a 271 cuaderno principal, se lee el contrato denominado “ALIANZA COMERCIAL DE GRANDES SUPERFICIES DE COLOMBIA S.A. CARREFOUR Y AON AFFINITY COLOMBIA LTDA. AGENCIA DE SEGUROS, en cuyo ARTÍCULO I-OBJETO, 1.1...., 1.2...., 1.3 se destaca literalmente: “Las partes establecen que los seguros se comercializarán bajo la Marca Seguros Carrefour, sin embargo de acuerdo a las disposiciones legales vigentes aplicables a la materia, en los contratos y en los formatos que se utilicen para la comercialización de los seguros, deberá indicarse expresamente el nombre de AON en su calidad de corredor de seguros y el nombre de la Aseguradora.

1.4. En consecuencia las partes entienden que la marca Seguros CARREFOUR se utiliza únicamente para la comercialización de los seguros, sin que ello infiera que CARRFOUR preste servicios de intermediación de seguros, así como tampoco asumirá ninguna responsabilidad frente al tomador como el beneficiario del seguro, respecto al mismo.



Mientras que en el Artículo II y como obligaciones que se asumen, en el punto 2.1 se señala que Carrefour suministrará el espacio físico requerido en sus establecimientos, para la instalación de equipos y muebles en la comercialización y venta de los seguros y permitir la entrada del personal encargado de desarrollar el objeto de la Alianza con AON, mientras que en el artículo III y como obligaciones de AON, se señala: “3.3 Contratar bajo su exclusiva responsabilidad, con cargo a la Alianza, a todo el personal que sea requerido para llevar a cabo el Programa de Seguros, en los términos del Artículo XII de esta Alianza.” (ver f. 262 cuaderno principal)

Como puede verse, no solamente que Carrefour nunca obró en representación de la compañía de seguros Colpatria, sino que el personal encargado de hacer las ventas, si bien estaba instalado en las oficinas y locales de Carrefour, sin embargo, era personal contratado y pagado por AON, luego, entonces, ninguna responsabilidad podría caberle a Carrefour en el presente litigio, donde se reclama el pago de un seguro de vida por invalidez expedido por Seguros Colpatria a través de la corredora de seguros AON AFFINITY que tampoco representa a la aseguradora, pues averiguado está que un corredor de seguros en estricto sentido como lo es AON, no representa a las aseguradoras de los seguros que vende, porque no se comporta como un mandatario sino que ejerce en forma individual y autónoma la intermediación en el mercado asegurativo, por la cual obviamente recibe un porcentaje en las ventas, sin que llegue asumir la representación de las aseguradoras.

En la dirección que se acaba de precisar, si AON ora Carrefour, sin tener la representación de la aseguradora Colpatria, pudieron incurrir en alguna culpa que haya llevado al tomador a elegir mal, entonces, será a ellos en una reclamación extracontractual que debía reclamar los perjuicios el demandante, pero nunca llamarlos a responder contractualmente para que pague una suma asegurada donde no fungen como aseguradora, razón más que suficiente para descifrar una falta de legitimación en la causa por pasiva.

Por último, si fuera cierto que la demandada Carrefour tuviere representación frente a la aseguradora Colpatria así debió demostrarlo el demandante mediante un documento que probara el mandato con representación, de



conformidad con el artículo 177 del C de P Civil -vigente para la fecha de la demanda y para el momento de la actividad probatoria-, por lo que era de la carga del demandante demostrar que CARREFOUR sí representaba a Seguros Colpatria, para que al menos tuviera que asumir el Tribunal algún tipo de estudio al respecto y por eso la Corte en un caso parecido expresó en la SC 205, del 5 de noviembre del 2002, expediente 6717, con ponencia del Dr. José Fernando Ramírez Gómez:

“De otro lado, aunque también es cierto, como lo anota el impugnador, que el certificado público aprobado por la Superintendencia Bancaria a la citada agencia, da fe pública de sus facultades para obligar a la compañía o compañías de seguros para las cuales despliega su actividad de intermediación, por cuanto en él deben constar las facultades mínimas otorgadas, pues así lo exigía el artículo 11 ley 65 de 1966 y lo reiteró el artículo 43 numeral 1º del decreto 663 de 1993, también lo es que el certificado que dicha agencia tiene vigente con la demandada no fue incorporado al proceso, pues a los autos sólo se trajo la certificación de la Superintendencia Bancaria precedentemente mencionada, acerca de su número y vigencia, documento que no lo sustituye, luego en ningún desacierto cayó el tribunal al no deducir de tal documento la representación contractual alegada, para los fines comentados, dado que no integra el acervo probatorio, como tampoco al no derivarla de los medios de prueba atrás considerados, pues como quedó visto, ellos no permiten arribar a semejante conclusión.”

Con tal epígrafe, veamos algunos lineamientos jurídicos acerca del instituto jurídico en cuestión.

**2. Generalidades del contrato de seguro.** El contrato de seguro (regulado en el Canon Comercial en sus artículos 1036 y siguientes), considera el profesor Hernán Fabio López Blanco –entre sus notas distintivas-, que en su trayecto precontractual, contractual y postcontractual, siempre habrá de regirse por la MÁXIMA BUENA FE de las partes, quienes a voces del artículo 1037 del Canon en cita, puntualmente se denominan: asegurador y tomador-, contrato que –valga repetirlo-, siempre deberá estar informado por “...la buena fe, pues aunque todos los contratos se basan en ella, aquí el concepto adquiere un especial significado.”<sup>1</sup>

Ahora bien, señalada su definición y aquilatada buena fe que le concierne, es por lo que ha de decirse igualmente que, en consonancia, si bien existen una serie de obligaciones, cargas y deberes conjuntos y que, en términos generales, se retrotraen a la teleología del cumplimiento aseguraticio, habida

---

<sup>1</sup> Comentarios al Contrato de Seguro. López Blanco Hernán Fabio. Ed. Dupré Editores. Bogotá. 2004.

cuenta de los elementos integrantes de dicho contrato, esto es: **a)** el interés asegurable, **b)** el riesgo asegurable, **c)** la prima o precio del seguro y, finalmente, **d)** el pago del siniestro, como la obligación condicional del asegurador, así como lo preceptúa el artículo 1045 del citado Canon, de la cual ha de anotarse, en suma, que, y a guisa de obligación, ésta puntualmente se contrae, por **parte del asegurador**, en reconocer y, específicamente con ocasión de la ocurrencia del siniestro –esto es, la materialización del riesgo-, a pagar la suma por la que estuviere cubierto contractualmente el interés tutelado; y, en lo que respecta a **la parte asegurada** –tomador, si fuere el caso, este concurriera en su triple condición de, inclusive beneficiario-, y en esta ocasión a título de carga, es decir, como aquellas acciones u omisiones “...indispensables para la satisfacción de un interés propio del individuo,”<sup>2</sup> además, de proceder de conformidad con lo previsto por el artículo 1074 *ibídem*, presentando la reclamación ante el asegurador por el hecho ocurrido.

Para mejor comprensión del asunto y que nos sirva de guía legal, jurisprudencial y doctrinaria para resolver el presente caso, una mención especial merece el requisito del riesgo asegurado, mismo que se convierte en un elemento indispensable del contrato de seguro y del seguro de vida en particular, mismo que debe tener por principio la característica de su incertidumbre, esto es, que si bien se sabe que siempre la muerte de una persona ha de ocurrir, por lo menos no se sabe cuándo ocurrirá, lo mismo que se predica de un accidente o enfermedad que pueden llegar a producir una incapacidad, generándose la incertidumbre de cuándo ocurrirá la muerte o la incapacidad con consecuencias dañinas para el asegurado o su familia.

No en forma caprichosa ni banal se refiere al artículo 1054 del Co. de Comercio al riesgo asegurable, al definirlo como “aquel suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador”.

De la regla en cita fácil es deducir como premisa obligada de conclusión, que los hechos ciertos que ya tuvieron lugar u ocurrencia, nunca podrán ser considerados como riesgos pasibles de amparo a través del contrato de seguro, porque se desnaturalizaría una de sus características legales propias, como

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia Sala de casación Civil. M.P. Pedro Octavio Munar Cadena. Ref. 7142.

viene a ser su aleatoriedad, misma concretada en que ni de lejos el asegurador podrá ser obligado asumir los deterioros o pérdidas que a la fecha de celebración del contrato ya habían tenido ocurrencia y se convirtieron en siniestro, pues para que el riesgo sea amparable debe estar bajo la incertidumbre, esto es, que no se sabe cuándo va suceder.

Por eso frente al seguro de vida que aquí nos convoca, ha de repetirse que tanto el riesgo de la muerte del asegurado y tomador en el seguro de su propia vida –como el de este caso–, así como el riesgo de la incapacidad que pueda tener como venere una enfermedad o un accidente en la integridad física y la salud del asegurado, siempre deberán ser inciertos, esto es, que no se sabe cuándo han de ocurrir, esto es, siempre estarán pergeñados por la incertidumbre, para que puedan ser riesgos asumibles por el contrato de seguro.

Válido ahora se hace comentar cómo en la SC5327-2018, Radicación n° 68001-31-03-004-2008-00193-01, del trece (13) de diciembre de dos mil dieciocho (2018), con Ponencia del Dr. LUIS ALONSO RICO PUERTA, la Sala de Casación Civil de la Corte **“refiriéndose a lo inesperado e incierto que debe ser el riesgo asumido por las aseguradoras en el contrato de seguro”**, fue certera al afirmar:

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

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

Así las cosas, el seguro cubre los riesgos previstos en el contrato, cuya causación es latente a futuro, en los que, al menos en principio, no participa la voluntad del asegurado, y de una entidad tal que, de presentarse, afectan el interés asegurable, es decir, la relación que quiso amparar su titular.

Pero esa incertidumbre para que sea riesgo asegurable, siempre deberá estar atada al conocimiento del tomador/asegurado, quien deberá a toda hora obrar

con la máxima buena fe y por eso es que el artículo 1058 manda

que: “El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y 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 contrato de seguro.”. Esto también se hace con la finalidad de que haya equilibrio contractual, por eso la Corte destaca que el contrato de seguro se debe celebrar de tal modo que las decisiones se tomen con plenitud de información relevante:

“De esta manera, un contratante no puede quebrar la igualdad, ni tomar ventaja de la ignorancia del otro, especialmente si la ausencia de información de uno de ellos está originada en el silencio del otro que oculta información disponible, información que por ser esencial debe brindarse oportuna y cumplidamente. En la etapa importantísima de formación del contrato de seguro, cuando el asegurador se apresta a brindar la protección, está a merced del asegurado, pues normalmente para estimar el estado de riesgo, aquel requiere de información de ordinario reservada, puesto que la salud personal [o antecedentes penales, se agrega] viene a estar asociada a la intimidad del asegurado”. (Sent. Cas. Civ. de 19 de diciembre de 2005)

También la Corte Constitucional se ha ocupado del tema y en la T591/17 (sentencia de revisión), expresó:

(i) **Interés asegurable:** el interés debe ser lícito y susceptible de estimación en dinero. Tiene interés asegurable quien tenga un patrimonio que pueda resultar afectado, directa o indirectamente, por la ocurrencia de un riesgo<sup>[42]</sup>. Todas las personas tienen interés asegurable<sup>[43]</sup> en a) su propia vida; b) en la de las personas a quienes legalmente puedan reclamar alimentos; y c) en la de las personas cuya muerte o incapacidad le puedan implicar perjuicios económicos, aunque éste no sea susceptible de una evaluación cierta.

(ii) El “**riesgo asegurable**”<sup>[44]</sup> permite identificar el siniestro, definir las obligaciones para las partes, la forma de ejecución del contrato y el valor de la prima del seguro<sup>[45]</sup>. Se comprende como un a) suceso incierto; b) su ocurrencia no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, según sea el caso; c) su realización da origen a la obligación del asegurador. En contraste, no son parte del contrato de seguros a) los “hechos ciertos”, a excepción de “la muerte, y los físicamente imposibles”; b) “la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento”; c) “el dolo, la culpa grave y los actos meramente potestativos del tomador, asegurado o beneficiario”; tampoco es posible amparar al asegurado contra las sanciones de carácter penal o policivo<sup>[46]</sup>.

Conforme con el artículo 1072 del Código de Comercio, “se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”.

**3. Configuración del siniestro.** Para que nazca a la vida jurídica la obligación de la compañía de pagar el seguro, es necesario que se estructure el siniestro, que no es otra cosa que la realización del riesgo asegurado (art. 1072 C. de Co). De esta manera, los celebrantes del convenio aseguratorio contraen una serie de obligaciones y cargas: **i)** la principal obligación, para el asegurado o beneficiario, es la de pagar la prima o valor de la póliza “a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza” –art. 1066 C.Co-, mientras que su principal deber es dar noticia al asegurador de la

ocurrencia del siniestro (art. 1075) y, **ii)** para el asegurador, la principal obligación es la de pagar el siniestro dentro del término estipulado por la Ley. (art. 1080).

En esa misma línea, **el riesgo** es uno de los elementos del contrato de seguro. En el caso del seguro de vida, el riesgo principal que se asume es la muerte, pero las partes pueden pactar mayores cubrimientos o extensiones, con lo que es frecuente que se incluyan amparos adicionales, como los riesgos de enfermedad, accidente e **invalidéz** -como en este caso-, sin que el contrato pierda su naturaleza mercantil, pues los seguros previsionales, si bien operan como seguros de personas, tiene sus propios regímenes. Con todo, la forma en que se llegue a hacer efectiva alguna reclamación por la ocurrencia del siniestro asegurado, depende del régimen en el cual se quiere hacer efectivo, por supuesto que, **ello dependerá de los términos del pacto de amparo, que será ley para las partes, siempre que dichos términos no vulneren reglas imperativas del sistema jurídico.**

**4. Nulidad del Contrato de seguro.** Según dispone el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, por lo que la reticencia o la 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 contrato de seguro.

Conforme a lo anterior, queda claro que la reticencia o inexactitud del tomador-asegurado en su declaración de asegurabilidad da lugar a la nulidad relativa del seguro, si de haberla conocido la aseguradora no hubiera celebrado el contrato o lo hubiere hecho en condiciones más onerosas.

**4.1.** La Corte Suprema de Justicia respecto del deber del asegurado de ser fiel en la declaración del estado del riesgo ha sentado las siguientes premisas<sup>3</sup>:

*"2.- De conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador del seguro, en virtud del principio de buena fe, tiene la carga de informar fidedignamente los hechos determinantes del estado del riesgo, con independencia que la aseguradora los constate, puesto que de todos modos aquel no queda liberado de las consecuencias adversas frente a las*

<sup>3</sup> CSJ. Casación del 3 de febrero de 2008, exp.2004-037-01

*inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, cuando ésta se sujeta a un cuestionario determinado, al punto que de haberlas conocido el asegurador se habría retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas.*

*“En ese orden, se trata que las partes, a partir de una información sincera relevante, tomen las decisiones que se avengan a sus intereses, con mayor razón cuando se encuentra involucrado el derecho a la salud que como se sabe trasciende la esfera privada y, por lo tanto, según regla de principio, sometido a reserva. De ahí que si sobre su salud, se supone que el asegurado lo sabe todo, no así la aseguradora, es indudable que aquel se convierte en fuente principal y privilegiada, aunque no única, de la información, razón por la cual en la formación del contrato de seguro, se encuentra compelido a obrar con el máximo de transparencia posible.*

*“Lo anterior, porque ‘un contratante no puede quebrar la igualdad, ni tomar ventaja de la ignorancia del otro, especialmente si la ausencia de información de uno de ellos está originada en el silencio del otro que oculta información disponible, información que por ser esencial debe brindarse oportuna y cumplidamente. En la etapa importantísima de formación del contrato de seguro, cuando el asegurador se apresta a brindar la protección, está a merced del asegurado, pues normalmente para estimar el estado de riesgo, aquel requiere de información de ordinario reservada, puesto que la salud personal viene a estar asociada a la intimidad del asegurado’<sup>4</sup>.*

*“En los seguros de vida, cuando el tomador asegurado omite el deber de informar sinceramente su estado de salud y sus antecedentes médicos, siendo esto relevante para el consentimiento del asegurador, es claro que otorgado éste en esas circunstancias, el mismo no estaría libre de vicios, porque al deformarse el estado del riesgo, esto conduce a que el asegurador también se forme un juicio equivocado sobre su extensión y alcance. En ese evento, el artículo 1058-1 del Código de Comercio, sanciona, en principio, la inexactitud o la reticencia con la nulidad relativa del contrato de seguro”.*

5. La controversia que encierra el vértice de la presente decisión es la que da origen a dos interrogantes así: ¿existió reticencia por parte del tomador y asegurado Yesid Hernán Arbeláez Giraldo, que conllevara la nulidad relativa del contrato?; ¿se configuró el siniestro en vigencia del contrato de seguro? Para la sala -igual que para el funcionario de primera instancia-, la respuesta es negativa, sencillamente, porque al momento de celebrarse el contrato de seguro entre el señor Yesid Hernán Arbeláez Giraldo y Seguros de Vida Colpatria, mediante póliza 5249 emitida **el 03 de febrero de 2011** a través del certificado **001100187** (cfr. fl. 1 cd. 1), prorrogada el **03 de febrero de 2012** mediante certificado **00012004** para la vigencia del 02 de febrero de 2012 hasta el 03 de febrero de 2013 (cfr. fl. 5 cd. 1), ya el tomador y asegurado se

<sup>4</sup> "Sentencia 379 de 19 de diciembre de 2006, expediente 1997-5665-01".



encontraba dictaminado por el Fondo de Pensiones y Cesantías Skandia (hoy Old Mutual), a través de su aseguradora Mapfre Seguros y por medio de médico laboral, con una pérdida de capacidad laboral del **59.76%** desde el **08 de noviembre de 2010** por enfermedad común (ver folios del 27 al 31 cuaderno 3), como consecuencia de diagnósticos de: osteoporosis, coxartrosis bilateral, Insuficiencia Renal Crónica Estadio 3, Glomeruloesclerosis focal y segmentaria, Hipertensión Arterial y Trastorno Depresivo Mayor Recurrente, cúmulo de patologías que, en términos del contrato de seguro, constituyen una incapacidad total y permanente, riesgo por el cual pretende la indemnización en este caso.

Según el artículo 1054 del Código de Comercio, el riesgo es un hecho incierto que no depende de la voluntad del tomador, ni del asegurado o el beneficiario, ergo, refulge la inexistencia del riesgo asegurable y por ahí mismo de la falta de interés porque cuando el contrato de seguros se celebró, ya había ocurrido el siniestro, es decir, que no había riesgo para cubrir y tampoco había interés para hacerlo porque la incapacidad permanente total había superado el 50%.

Por consiguiente, la prueba que se acaba de relacionar respecto de la invalidez total por la pérdida de capacidad laboral, implica nada menos que para el momento de celebrarse el contrato aseguratorio el pasado **03 de febrero de 2011, renovado el 03 de febrero de 2012**, incluso para el momento de hacerse la reclamación el **05 de junio de 2012**, frente al seguro, porque en esa calenda ya se había consolidado el siniestro, **la invalidez no era un hecho incierto**, esto es, no había riesgo para asumir de parte de la aseguradora Colpatria, amén que el tomador/asegurado YESID HERNÁN ARBELÁEZ GIRALDO con c.c. 70.961.474, se itera, contaba con una pérdida de capacidad laboral del 59.76% desde el **08 de noviembre de 2010**. (ver f.28 al 31| cuaderno 3)

**5.1.** Insiste el demandante recurrente, que para la fecha de la celebración del contrato de seguro el pasado 03 de febrero de 2011, se encontraba pendiente el respectivo resultado de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, el cual vino a darse el 20 de enero de 2012 y le fue notificado el 13 de febrero de 2012, como queriendo significar que solamente esa podía ser la fecha de la ocurrencia del siniestro, pero lo cierto es que desde **el 08 de noviembre de 2010**, fue calificado por el Fondo de Pensiones y tenía pleno conocimiento de



su merma de capacidad laboral en más del 50% por las aludidas patologías progresivas, mismas que lo venían aquejando desde el año 2005, según lo indicó en su interrogatorio, siendo esa la razón por la cual ha venido transitando por las distintas juntas de calificación de Invalidez Regionales y Nacionales, interponiendo recursos de reposición y apelación, provocando distintos pronunciamientos de dichas entidades para procurar subir el porcentaje de incapacidad permanente total, y por eso el principal motivo de inconformidad suyo es que se “...**proceda a aumentar el porcentaje de discapacidad para laborar, dado el estado crónico y progresivo de su patología**...” (cfr. fl. 15 cd.3).

Y es que resulta válido traer a cuento lo que la misma Corte Constitucional en la T591/17 (revisión), dejó dicho sobre la fecha de estructuración del siniestro a modo de pérdida de la capacidad laboral permanente a modo de invalidez:

**“6. Fecha de estructuración de la invalidez en el ordenamiento jurídico colombiano**

*En el caso de los contratos de seguro que amparen el riesgo de invalidez, por regla general, las aseguradoras han requerido que la pérdida de capacidad laboral esté calificada en un porcentaje igual o superior al 50%. Este porcentaje se determina, por regla general, por “Colpensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte y las Entidades Promotoras de Salud EPS”<sup>[72]</sup>. Igual competencia le asiste a la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional para definir la pérdida de capacidad laboral de “los miembros de la fuerza pública, alumnos de las escuelas de formación y sus equivalentes en la policía nacional”, de acuerdo con el Decreto 1796 de 2000<sup>[73]</sup>.*

*La fecha de estructuración, según el artículo 3º del Decreto 1507 de 2014<sup>[74]</sup>, responde a los siguientes criterios: (i) se determina teniendo en cuenta el momento a partir del cual una persona alcanza el 50% de pérdida de capacidad laboral u ocupacional, ya sea por una enfermedad o accidente (de acuerdo con “la evolución de las secuelas”); (ii) debe fundamentarse en la historia clínica, los exámenes médicos y de ayuda diagnóstica o, en su defecto, en la historia natural de la enfermedad; (iii) puede ser anterior o **corresponder a la fecha en que se declare la pérdida de la capacidad laboral**; (iv) debe estar argumentada por el calificador, de lo cual se debe dejar constancia en la correspondiente determinación y (v) no depende de que el solicitante se encuentre laborando y cotizando al Sistema de Seguridad Social Integral.*

*Respecto al primer criterio, esto es, que la fecha de estructuración de invalidez se determine a partir del momento en el cual una persona alcanza el 50% de pérdida de capacidad laboral, se destaca que el criterio esencial comprende la **pérdida definitiva y permanente de la capacidad laboral**. Motivo por el cual, la pérdida de capacidad laboral puede ser instantánea, cuando, por ejemplo, obedece a un accidente; o paulatina, situación que se*

*presenta, por lo general, en el caso de pacientes diagnosticados con enfermedades degenerativas, crónicas o congénitas.*

*Comúnmente, esta última circunstancia ha sido conocida por la Corte Constitucional a través de la pérdida de capacidad laboral residual, frente a la cual, siguiendo lo dicho, una persona a pesar de estar diagnosticada con una enfermedad degenerativa, crónica o congénita, conserva su capacidad laboral. Al efecto, se ha señalado que “la fecha de estructuración debe entenderse como aquella en la que se concreta el carácter de permanente y definitivo que impiden que la persona desarrolle cualquier actividad laboral y continúe cotizando, y no la señalada retroactivamente en la calificación, pues [ello] sólo indica cuando se presentaron los primeros síntomas”<sup>[75]</sup>.*

*Siguiendo este parámetro, cuando se evidencia que la pérdida de capacidad laboral se estructura en una fecha que dista de la señalada en el dictamen emitido por la entidad calificadora, la Corte Constitucional ha señalado, con fundamento en la pérdida de capacidad laboral permanente y definitiva, diferentes criterios a partir de los cuales se ha presumido y definido la pérdida de capacidad laboral. Por ejemplo, se ha determinado como fecha de estructuración aquella en la cual se realizó la última cotización<sup>[76]</sup>, la fecha en la que se realizó el dictamen de pérdida de capacidad laboral<sup>[77]</sup> e, incluso, con fundamento en la fecha en la cual se solicitó el reconocimiento de la pensión de invalidez<sup>[78]</sup>. En todo caso, el núcleo esencial de estos criterios radica en que la persona, por sus padecimientos, no pueda continuar desempeñándose laboralmente<sup>[79]</sup>.”*

Luego, entonces, si al momento de celebrarse el contrato de seguro entre el señor Yesid Hernán Arbeláez Giraldo y Seguros de Vida Colpatria **el 03 de febrero del 2012**, ya el tomador y asegurado se encontraba dictaminado por Mapfre Seguros con ocasión del seguro previsional suscrito con el Fondo de Pensiones y Cesantías Skandia (hoy Old Mutual), aseguradora Mapfre que por medio de médico laboral dictaminó la pérdida de capacidad laboral permanente y definitiva del **59.76%** desde el **08 de noviembre de 2010, con fecha de estructuración del 21 de enero del 2008** de origen o por enfermedad común (ver folios del 27 al 31 cuaderno 3), misma estructuración que resultó definitiva con fecha del 22 de octubre del 2010, como consecuencia de diagnósticos definitivos de los especialistas sobre: osteoporosis, coxartrosis bilateral, Insuficiencia Renal Crónica Estadio 3, Glomeruloesclerosis focal y segmentaria, Hipertensión Arterial y Trastorno Depresivo Mayor Recurrente, cúmulo de patologías que, en términos del contrato de seguro, constituyen una incapacidad total y permanente, por lo que el trabajador no estuvo conforme e interpuso reposición y apelación resuelta por la Junta Regional de Invalidez de Antioquia, misma que se mantuvo en que la invalidez era provocada por una enfermedad de origen común y de nuevo el trabajador apeló ante la junta nacional de invalidez que también conceptuó que se trataba de una invalidez

causada por una enfermedad común, siniestro por el cual pretende el asegurado demandante la indemnización en este caso, luego, entonces, no tiene razón el aquí demandante al exigir que se cuente como fecha de la calificación de pérdida permanente y definitiva de su capacidad laboral superior al 50%, la dictaminada en segunda instancia por la junta Nacional de calificación de invalidez ocurrida el día 20 de enero de 2012, con un porcentaje de **61.64%**, cuando con antelación ya desde el 22 de octubre del 2010 se había estructurado dicha invalidez y por eso existía un dictamen en ese sentido, mientras que el dictamen proferido por la junta nacional de invalidez no hizo otra cosa que confirmar el que se había elaborado por Mapfre y calificado por la Junta regional de Invalidez de Antioquia, solamente que subió el porcentaje de invalidez del **59.76%** al **61.64%**, sin que cambie para nada la situación ya consolidada de invalidez por pérdida de la capacidad laboral superior al 50%, riesgo que era el supuestamente amparado por la póliza, mismo que ahora se está reclamando a manera de siniestro que no es tal.

**5.2.** Pero es más, ello explica el argumento que ha venido sosteniendo el apelante desde la primera instancia, en cuanto que pese a que le indicó a la asesora en la entidad codemandada CARREFOUR S.A. hoy CENCOSUD S.A. que si una persona *“...con insuficiencia renal crónica e hipertensión con evolución de 5 años puede acceder al seguro con una enfermedad preexistente y que en caso de darse invalidez mayor al 50% después de 180 días de tomar el seguro puede hacer la reclamación...”* (cfr. fl. 41 cd.1), que aquella le contestó afirmativamente y por eso tomó el seguro.

**5.3.** Pero, muy a pesar de lo que afirma el apelante, como se dijo al inicio de esta providencia, una cosa es que la entidad que intermedió en el contrato de seguro le haya podido cercenar su derecho a tomar una decisión informada y ello permita deducir una especie de responsabilidad contractual o extracontractual distinta a la que aquí nos convoca y, otra, **bien diferente**, es estudiar la eficacia y validez del contrato de seguro que pretende hacerse cumplir por la vía judicial, pues, al optar por esta vía, como en efecto lo hizo el actor, el estudio de los elementos propios del contrato de seguro, están sometidos a control judicial, en su formación, contenido y efectos y únicamente esas pretensiones podían ser presentadas en contra de la aseguradora Colpatria.

**5.4.** Precisamente, en ese designio, es que se debe cargar en la cuanta del tomador/asegurado la reticencia que mostró desde su declaración de asegurabilidad firmada por él, que es el documento que, en pocas palabras, permite **conocer a la aseguradora el riesgo que asume**, de manos del mismo asegurado, para poner de manifiesto su realidad al momento de ajustar el negocio aseguratorio, en dicho documento entonces quedó consignado que *“...como asegurado principal, garantizo que en este momento de ingreso a la póliza, tanto yo, como mi grupo familiar nos encontramos en buen estado de salud, y que no padecemos, ni hemos padecido Cáncer, Sirosis, Hepatitis B, Hipertensión Arterial, Diabetes, SIDA, enfermedades neurológicas, Enfermedades psiquiátricas, Afecciones cardíacas, Insuficiencia renal, Accidentes cardiovasculares, y en general, ninguna enfermedad grave o crónica...”* (cfr. fl. 109 vto. cd, 1), sin embargo, muy a pesar de asegurar que no padecía ninguna enfermedad, es claro que el señor Arbeláez Giraldo sí padecía por lo menos de cuatro de las patologías enunciadas en dicha declaración, lo cual fue reafirmado en interrogatorio de parte al señalar *“...yo insistí en que tenía varias enfermedades de alto riesgo como INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA E HIPERTENSIÓN, porque eran las que estaban más claras en el formato que maneja la entidad. (cfr. fl 318 cd. 1).*

Se pregunta entonces el Tribunal, si tan cierto fue que obró de buena fe, por qué siendo un docente no puso esas preexistencias en la declaración de asegurabilidad que se le presentó para que firmara y decidió declarar que no había sufrido ni sufría ninguna enfermedad conocida. Pero no solamente que el tomador/asegurado fue reticente, sino que además se calló ante la intermediaria vendedora del seguro y ante la aseguradora Colpatria, que ya había sido calificado con una invalidez total y permanente, esto es, que ya no había riesgo para cubrir por ese concepto, cosa que por supuesto él sabía porque había interpuesto sendos recursos de reposición y apelación ante Mapfre seguros y ante la Junta regional de Invalidez, pero viene ahora -no se sabe si con mucha ingenuidad o con mucho ingenio-, hacerse la víctima de una mala información de parte del corredor de seguros, que según él ocultó la información que le había brindado sobre las enfermedades de base que sufría, lamento que no pasa de ser una estrategia para confundir y de pronto conseguir un pago ilegal de la suma asegurada, porque la verdad es que cuando declaró el estado de salud para su asegurabilidad, expresó mondo y lirondo que ninguna enfermedad había sufrido ni sufría y, lo que es peor, que guardó

silencio acerca de que ya había sido declarado con incapacidad permanente total para laborar, es decir, que como ya se había declarado su invalidez permanente total, luego, ningún riesgo existía para cubrir, sin que las pólizas de seguros puedan tener como objeto pagar hechos ciertos o siniestros ya verificados a la celebración del contrato de seguros.

**5.5.** Luego, si para la aseguradora, entonces, el postulado de la buena fe le impone lealtad y profesionalismo al momento de ofertar el seguro, la póliza, las coberturas, las exclusiones, etc., utilizando para ello un lenguaje sencillo, sin ambigüedades, que no remita a duda u oscuridad, a ello hay lugar siempre y cuando el candidato a ser tomador-beneficiario, que le traslada el riesgo, le suministre información verosímil del estado actual de su salud e integridad corporal, lo que no es otra cosa que la extensión del aludido principio para el cocontratante, con el fin de conocer de lado y lado, los términos que permitan concretar con transparencia y equilibrio el vínculo aseguraticio, lo cual se lograba evitando inducir en error a la aseguradora, quien, de haber sabido que el aspirante contaba con unas preexistencias que lo llevaron a una pérdida de capacidad laboral del **59.76%**, se habría retractado de celebrar dicho contrato y tan siquiera lo hubiere extraprimado debido a que, en los términos del contrato de seguro, la incapacidad permanente ya habría tenido lugar, pues esta se configuraba cuando “...SEA CALIFICADA CON DISMINUCIÓN DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%, SEGÚN DICTAMEN EMITIDO POR UN MÉDICO LEGALMENTE HABILITADO PARA CALIFICAR LA INCAPACIDAD (ESPECIALISTA EN MEDICINA LABORAL O SALUD OCUPACIONAL)...” (cfr. fl. 136 cd.1), es decir, el fenómeno constitutivo del siniestro en el contrato ya había acaecido, luego, **no habría riesgo qué asegurar**, epílogo del cual el contrato no podía producir efecto alguno, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1045 del Código de Comercio.

**5.6.** El funcionario de primera instancia, en este caso, a más de una reticencia generadora de nulidad relativa, interpretó que hay es una ausencia del elemento riesgo, cuya ausencia provoca, como elemento esencial del contrato de seguro, la inexistencia del mismo; sin embargo, como la misma Corte lo ha pregonado, dado que para estos casos está reglada en forma expresa la nulidad relativa del contrato por reticencia, entonces se confirmará la sentencia pero se modificará para declarar la nulidad relativa por reticencia, confirmación



que se hace puesto que de todas maneras siempre habrían de negarse las pretensiones de la demanda.

6. No saliendo avante las súplicas del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, se le impondrán las costas de rigor.

En mérito de lo expuesto, la **SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

## II. FALLA

**PRIMERO: SE CONFIRMA** el fallo proferido por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Descongestión de Medellín, el día 17 de noviembre de 2015, dentro de la presente causa contractual, **MODIFICÁNDOLO** sin embargo, para declarar la **NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO POR RETICENCIA**, y a la vez **ADICIONÁNDOLO**, para declarar probada la excepción de falta de legitimación en la causa formulada por la codemandada Grandes Superficies de Colombia CARREFOUR S.A., hoy CENCOSUD Colombia S.A., ello, de conformidad con las consideraciones en que está sustentada la presente providencia.

**SEGUNDO: CONDENAR** en costas por el trámite de segunda instancia a la parte demandante recurrente, en favor de todos los demandados. Para dicho efecto, se fijan como agencias en derecho la suma de \$2.000.000.00, conforme al acuerdo 1887 de 2003, modificado por el acuerdo 2222 de 2003 expedido por la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura.

**TERCERO:** Cumplida la ritualidad secretarial de rigor, devuélvase el expediente al Juzgado de origen

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, DEVUÉLVASE Y CÚMPLASE,**



**JULIÁN VALENCIA CASTAÑO**  
Magistrado



**PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA**  
Magistrada



**JUAN CARLOS SOSA LONDOÑO**  
Magistrado