



Señor  
JUEZ DE TUTELA DE NEIVA (REPARTO)  
E. S. D.

Ref. ACCION DE TUTELA.

ACCIONANTE: RUBEN DARIO MARIN MARÍN.  
ACCIONADO: BANCO FINANDINA Y SU ASEGURADORA

Cordial saludo

ALVARO PACHECO RICO, mayor de edad y también de esta vecindad identificado con la cedula de ciudadanía No. 12,104,381 de Neiva y portador de la Tarjeta Profesional No. 208559, del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en representación del mencionado accionante, según mandato especial que me ha sido conferido conforme al poder que adjunto debidamente otorgado para el efecto, con el debido respeto a través del presente escrito, a ustedes me dirijo con el fin de solicitar la protección efectiva e inmediata de los *Derechos Constitucionales Fundamentales a la dignidad humana, la vida, mínimo vital, la igualdad y demás que Usted considere* conculcados por el Banco Finandina y su aseguradora con su conducta omisiva. Fundamento la ACCION DE TUTELA en los siguientes:

## 1. HECHOS

1. Mi poderdante es una persona de 65 años de edad.
2. El señor RUBEN DARIO MARIN MARÍN identificado (a) con la cedula de ciudadanía N° 10.091.287 de Pereira, adquirió con la entidad financiera BANCO FINANDINA Y ASEGURADORA, una tarjeta de crédito bajo el N° 4841939639654825 por la suma de \$16.387.811, con pago de cuota mensual de \$130.158.
3. Al momento de solicitarse los mencionados créditos, el señor RUBEN DARIO MARIN MARIN considerando que se encontraba bien de salud, pues no se encontraba incapacitado y seguía laborando normalmente, garantizo el pago de dichos créditos con sus activos representados en su sueldo, además suscribió con la compañía Aseguradora del BANCO FINANDINA, una póliza de seguro de deuda y/o de Vida para garantizar los créditos mencionados en caso de muerte o incapacidad total y permanente, contrato al cual la compañía de seguros no adelanto exámenes médicos de rigor.
4. Mi poderdante cumplió con todas las obligaciones generadas por los créditos y la póliza adquirida.





5. Pese a lo anterior, mi mandante siempre trato de cumplir con los pagos de las cuotas de los créditos mencionados, sin embargo como cosas desafortunadas de la vida, su estado de salud de manera repentina ha venido decayendo, por lo que adicional a sus dolencias le fue diagnosticada por el FONDO NACIONAL DE PENSIONES DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A en su calidad de aseguradora del seguro provisional de Colfondos S.A Pensiones y Cesantías, HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), OTRAS EPILEPSIAS Y SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA.
6. De los continuos permisos, incapacidades y descuentos en su salario, no pudo seguir respondiendo de manera oportuna con los pagos y obligaciones personales.
7. Así mismo ante tal situación, con el ánimo de que la aseguradora mencionada pagara el valor de los dineros objeto de crédito, para demostrar la invalidez y/o la incapacidad permanente que aqueja a mi mandante, mi mandante fue calificado, valorado y dictaminado por la Junta Regional de Invalidez, los cuales calificaron una Perdida de la Capacidad Laboral del 73.05%, con una fecha de estructuración a partir del 28 de marzo de 2016 y de Origen Común.
8. En virtud de lo anterior, mi mandante en calidad de asegurado bajo el seguro de deuda, el día 31 de mayo de 2019 se radico en **BANCO FINANDINA** solicitud de aplicación de seguro de vida y de incapacidad total y permanente por perdida de capacidad laboral en un 73.05% por enfermedad sobre la obligación que tenía el señor **RUBEN DARIO MARIN MARIN** con dicho banco, que se hiciera efectiva la póliza DE SEGURO suscrita con la aseguradora mencionada para que cancelara la deuda adquirida por ella, con el fin de obtener la condonación de sus deudas, basada en que el seguro que ampara sus créditos se hace efectivo por muerte del deudor o por incapacidad permanente y total de éste.
9. D  
e igual forma, mi mandante en calidad de asegurado bajo el seguro de deuda, el día 31 de marzo de 2019 radico en **BANCO FINANDINA** derecho de petición solicitando de aplicación de seguro de vida y de incapacidad total y permanente por pérdida de capacidad laboral en un 73.05% por enfermedad sobre la obligación que tenía el señor **RUBEN DARIO MARIN MARIN** con dicho banco, que se hiciera efectiva la póliza DE SEGURO suscrita con la aseguradora mencionada para que cancelara la deuda adquirida por ella, con el fin de obtener la condonación de sus deudas, basada en que el seguro que ampara sus créditos se hace efectivo por muerte del deudor o por incapacidad permanente y total de éste.
10. P  
or lo anterior es sumamente claro y es ilógico que mi mandante con las enfermedades que actualmente padece, era imposible seguir pagando las cuotas del crédito debido a su incapacidad física, las cuales según los





dictámenes mencionados ( debe continuar los debidos controles y con el tratamiento estricto y controlado) le impedian y actualmente le impiden desempeñar cualquier trabajo remunerativo o profesión de la cual pudiere derivar un sustento o ganancia para así cumplir con las cuotas de los créditos y así llegar a incumplir sus obligaciones, las cuales por existir una póliza de seguros, debe esta asegurar la Incontinencias de Incapacidad permanente y/o invalidez que dieron lugar por la enfermedad que hoy aqueja a mi mandante, las cuales le impiden a mi mandante cumplir con sus obligaciones adquiridas.

11. En virtud de lo anterior, consideramos que la decisión tomada por la accionada, fue sumamente taxativa, alejada de una consideración de buen trato digno, de aceptación del cambio de las condiciones de vida de esta persona, mínimo vital y garantías mínimas y protección a una persona de protección constitucional especial, como lo es mi mandante, quien hoy cuenta con 65 años de edad, cuya persona se encuentra en un **estado de total indefensión y debilidad manifiesta** pues no se le puede exigir a una persona que se encuentra en una imposibilidad física y económica, pueda pagar los créditos a los cuales se obligó, pero que no ha podido cumplir por su estado de salud pues estas exigencias ya han quedado abolidas por el ordenamiento jurídico, pues la Corte Constitucional en diferentes pronunciamientos ha sido enfática en que una persona en un estado de indefensión no se le puede exigir el cobro de esta obligaciones, debido a que su incumplimiento es por causas ajenas a su voluntad y el hoy exigir las se considera incurrir en violaciones a la dignidad humana, al mínimo vital, a la igualdad, creando un perjuicio irremediable.

12. Por último, en estas situaciones similares, la Corte, ha sostenido que si bien la acción de tutela en principio no es el mecanismo adecuado para ventilar asuntos de naturaleza contractual, en eventos similares a este se alertaba la presencia de un perjuicio irremediable. Ello, debido a que el acreedor, al existir mora en el pago de las cuotas del crédito, había iniciado o podía iniciar un proceso ejecutivo para exigir el pago de la deuda. En esta providencia la Corte consideró que, si bien la persona asegurada se encontraba en mora, era desproporcional, por parte del acreedor, iniciar un proceso ejecutivo conociendo las circunstancias de debilidad del deudor.

13. Por lo anterior, se me ha conferido poder especial amplio y suficiente, para adelantar la presente acción constitucional, con el fin de le que sean protegidos los derechos constitucionales fundamentales que se pretender amparar.

## DERECHOS FUNDAMENTALES VULNERADOS

Derecho de Petición, debido proceso, que se encuentran consagrados en los arts 13, de la Constitución Política y demás que Usted considere.



**Juriscontinental Asociados / Cra 9 # 18A-01 Barrio Chapinero**  
**Cel: 300 477 60 07 - 317 746 40 55 Tel: 857 83 98 Neiva - Huila**  
**alvaropachecorico@gmail.com - juridicacv@outlook.com**  
**www.juriscontinental.com**



## 2. FUNDAMENTOS DE LA ACCION

### ANALISIS JURIDICO DEL CASO CONCRETO:

En este proceso debe otorgarse la procedencia de la acción de tutela y a su vez declarar la vulneración a los derechos fundamentales de mi poderdante, toda vez que de la lectura del expediente se desprenden las siguientes observaciones:

En primer lugar, el señor: **RUBEN DARIO MARIN MARIN** es un sujeto de especial protección constitucional, pues supera los 65 años de edad y además ha logrado probar su estado de invalidez en un grado del 73,05%.

En segundo lugar, a raíz de su estado de salud tuvo que ser retirado de sus labores mediante una pensión de invalidez que se encuentra en trámite, razón por la cual sus ingresos no sólo continúan siendo moderados, sino que le serán reducidos considerablemente la oportunidad para ser aumentados.

Por este motivo, el señor **RUBEN DARIO MARIN MARIN** ha perdido las condiciones en las cuales reposaba su confianza al momento de adquirir los créditos con **BANCO FINANDINA**, de manera que actualmente se encuentra en estado de indefensión frente al banco y la aseguradora al no poder contribuir a la obligación de la misma forma en que lo venía haciendo.

Por estas razones, el Juez de tutela debe tutelar los derechos fundamentales del accionante y ordenar a la Aseguradora del **BANCO FINANDINA**, reconocer el 100% de las obligaciones contenidas en los créditos adquiridos por el accionante con el **BANCO FINANDINA**, en un término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de dicha providencia.

### JURISPRUDENCIA

**Por regla general la existencia de otro mecanismo de defensa judicial hace improcedente el amparo constitucional, salvo que exista un perjuicio irremediable. Reiteración de jurisprudencia.**

La Corte reiteradamente ha señalado que uno de los factores de procedencia de la acción de tutela, radica en la inexistencia o ineficacia del medio de defensa judicial ordinario, situación que podrá determinarse por el juez de tutela en el caso concreto, apreciados los hechos y el material probatorio correspondiente.

El inciso 3° del artículo 86 de la Constitución somete la acción de tutela al principio de subsidiariedad, esto es, que el presunto afectado no disponga de otro medio de defensa, salvo cuando se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. En desarrollo de la norma superior, en el artículo 6° del Decreto 2591 de 1991 fueron consagradas las causales de improcedencia de la acción de tutela.





Sin embargo, la Corte Constitucional ha sostenido que existiendo fundamento fáctico para otorgar el amparo, la tutela puede ser procedente si el medio de defensa judicial común no es eficaz, idóneo o expedito para lograr la protección y ésta llegarla tarde, encontrándose la persona en una circunstancia de debilidad manifiesta, o en insubsanable apremio en su mínimo vital.

La tardanza en la definición de los conflictos mediante los procedimientos ordinarios de defensa, relativos al reconocimiento de prestaciones a favor de quienes se encuentren imposibilitados para el ejercicio de una actividad laboral que los provea de los recursos económicos necesarios para una vida digna, no permitiría proteger oportuna y eficientemente las afectaciones a los derechos fundamentales al mínimo vital, a la seguridad social, a la salud, a la vida digna e incluso a la propia subsistencia.

De tal manera, de presentarse la situación concreta, justifica la intervención plena del juez de tutela, precisamente porque otro mecanismo resultaría tardío y la acción de tutela es un procedimiento judicial preferente, breve y sumario de protección de derechos fundamentales, específicamente para cuando el amparo se requiera con urgencia.

Procedencia de la acción de tutela contra entidades aseguradoras.

En el caso particular de estas entidades, su actividad se desarrolla en el marco del sistema financiero pues su ejercicio radica en la captación, manejo e inversión pública de grandes cantidades de dinero, por ello se encuentra calificada como un servicio de interés público según los términos del artículo 335 de la Constitución Política. De esta manera, dicha categoría las vuelve susceptibles de ser sujetos pasivos de la acción de tutela, pues según el artículo 42 del Decreto 2591 de 1991, la solicitud de protección podrá presentarse contra aquellos que prestan servicios públicos. Sin embargo, el contrato de seguros encierra unas particularidades cuyo conocimiento es un tema propio de la jurisdicción civil, razón por la cual, para ejercer la acción de tutela en estos eventos será necesario agotar previamente las acciones ordinarias y ejecutivas que el ordenamiento consagra ha dispuesto.

No obstante lo anterior, como sucede en todos los eventos relacionados con acciones de tutela que versan sobre asuntos de carácter ordinario, la jurisprudencia constitucional ha admitido la procedencia excepcional de las mismas cuando en ellas se encuentre demostrada: (i) que el mecanismo judicial con el cual se cuenta no es eficaz o idóneo para lograr la protección; y (ii) cuando sea para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable para el actor<sup>[16]</sup>. Además, la jurisprudencia ha reconocido que en los eventos en que se presentan acciones de tutela por sujetos que gozan de especial protección constitucional, la valoración sobre la ocurrencia del perjuicio irremediable debe ser más comprensiva o flexibilizarse de acuerdo a las condiciones del peticionario.





Concretamente, para el caso de acciones de tutela contra entidades aseguradoras, es necesario precisar que los negocios que adquieren los particulares con estas empresas encierran una relación contractual en la cual puede presentarse una relación de desigualdad que rompe el sinalagma del acuerdo, por ello la jurisprudencia ha añadido otro elemento, consistente en que el juez constitucional debe examinar si existe un relación de desigualdad negocial que ubique al actor en un plano de indefensión.

Así las cosas, mediante sentencia T-136 de 2013, esta Corporación conoció de una acción de tutela interpuesta por un peticionario que había adquirido una póliza de seguro de vida para amparar un crédito hipotecario, aunque su ejecución había sido negada por la entidad aseguradora demandada pues había sobrepasado la edad de 69 años que debe tenerse para este tipo de pólizas. En esta oportunidad, la Sala consideró que el accionante era un sujeto de especial protección constitucional que se hallaba en estado de indefensión frente a la entidad aseguradora, pues del contrato se había demostrado que la entidad demandada nunca puso la edad de 70 años como límite para hacer efectiva esta póliza y esto lo estaba colocando frente a un posible perjuicio irremediable porque amenazaba con perder su casa.

Adicionalmente, la jurisprudencia constitucional ha determinado que el beneficiario que el accionante debe demostrar que no cuenta con recursos económicos suficientes para continuar con el pago de la deuda.

En síntesis, la actividad aseguradora en una labor de carácter financiero que debe resolver sus litigios en el marco de la jurisdicción ordinaria. No obstante, con este tipo de compañías podrá ejercerse de manera excepcional la acción de tutela cuando el juez constitucional logre demostrar que: (i) los mecanismos ordinarios no son idóneos para proteger el derecho; (ii) el accionante está ante la amenaza de un perjuicio grave e irremediable, cuya valoración deberá ser flexible en el caso de sujetos con especial protección constitucional; (iii) cuando de la relación contractual se observe que el actor se encuentra en estado de indefensión; y (iv) que el accionante no cuenta con recursos económicos para continuar con el pago de la deuda. (Sentencia T-370/15 M.P JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB)

**Quinta. Límites constitucionales a la libertad contractual en el ejercicio de las actividades que involucren un interés público. Reiteración de jurisprudencia.**

La Constitución establece que el ejercicio de la libertad económica y la iniciativa privada deben desarrollarse dentro de los límites del bien común (art. 333 Const.), en atención a los principios del respeto por la dignidad humana, la solidaridad de las personas y la prevalencia del interés general sobre el privado, que deben regir en Colombia como Estado social de derecho (art. 1º ib.).





De igual forma, el artículo 335 de la carta política determinó que las actividades *"financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos de captación a las que se refiere el literal d) del numeral 19 del artículo 150, son de interés público y sólo pueden ser ejercidas previa autorización del Estado, conforme a la ley, la cual regulará la forma de intervención del Gobierno en estas materias y promoverá la democratización del crédito"* (no está en negrilla en el texto original).

Si bien, por mandato constitucional no se estableció que estas actividades prestan un servicio público, sí se determinó que conllevan un interés público encaminado a la materialización del bienestar general de la comunidad. Lo anterior significa entonces, que al involucrar las actividades de los establecimientos financieros y las aseguradoras un interés público, la libertad en su ejercicio está determinada y puede restringirse *"cuando están de por medio valores y principios constitucionales, así como la protección de derechos fundamentales, o consideraciones de interés general"*.

En este sentido, referente a la actividad aseguradora, en fallo T-517 de julio 7 de 2006, M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra, se estudió el caso de una señora que demandó a tres aseguradoras porque se negaron a venderle una póliza, como caución, dentro de un proceso penal contra otra compañía, constituida como tercero civilmente responsable, argumentando que no sería posible su venta, debido a que no pueden expedir ese tipo de pólizas, *"cuando por el eventual perjuicio tendría que responder otra aseguradora"*. La Corte amparó los derechos fundamentales al debido proceso y al acceso a la administración de justicia, reiteró el estado de indefensión en el que se encuentran los particulares y precisó que si bien la libertad contractual es un postulado constitucional, esta actividad no puede ejercerse de manera arbitraria.

Igualmente, esta corporación en sentencia T-490 de 2009 ya citada, indicó que: *"Es evidente que la propia Constitución prevé que la ley señale un régimen que sea compatible con la autonomía de la voluntad privada y el interés público proclamado, régimen que no puede anular la iniciativa de las entidades encargadas de tales actividades y naturalmente en contrapartida ha de reconocerse a éstas una discrecionalidad en el recto sentido de la expresión, es decir, sin que los actos de tales entidades puedan responder a la simple arbitrariedad."*

... ..  
*Para la Sala resulta claro que la jurisprudencia constitucional permite establecer límites a la libertad de contratación en materias declaradas constitucionalmente como de interés público y por tanto, no es aceptable, a la luz de los derechos fundamentales de mínimo vital y vida en condiciones dignas, que la negativa al reconocimiento y pago de una prestación derivada de un riesgo asegurado por incapacidad total permanente, se fundamente exclusivamente en la libertad de contratar y en una interpretación netamente legal del clausulado contractual. Nótese que la libertad contractual si bien permite a la persona tomar decisiones en el mercado y ejecutarlas, no puede ser arbitraria, pues como toda libertad*





*está gobernada por el marco axiológico de la Constitución que incorpora como principio fundamental el de la solidaridad social y la prevalencia del interés general."*

La jurisprudencia constitucional permite establecer entonces unos límites a las actividades financiera y aseguradora que por mandado constitucional fueron declaradas de interés público. En esa medida, gozan de libertad contractual y autonomía privada, pero, deben desarrollarse en observancia de los valores y principios consagrados en la Constitución. (Sentencia T-342/13 M.P Nilson Pinilla Pinilla.)

**Pronunciamientos relevantes sobre conflictos por el no pago de la póliza de seguro en casos que envuelven la protección de derechos fundamentales de personas en condición de debilidad manifiesta o vulnerabilidad. Reiteración de jurisprudencia.**

El sistema de precedente ha sido valorado por la Corte como un método de interpretación que no solo ayuda a unificar su jurisprudencia, sino también incentiva la seguridad jurídica y materializa el derecho a la igualdad. En ese orden, por ejemplo, permite a los jueces conocer con exactitud cuáles son las reglas aplicables a un caso y cómo este Alto Tribunal ha entendido la vulneración, o no, de un derecho fundamental en ese evento en específico. Así mismo, garantiza que las personas sean tratadas de igual manera, siempre que los supuestos fácticos de sus casos coincidan en lo esencial.

Pues bien, este método consiste en identificar las sentencias más relevantes sobre un asunto, y extraer de ellas las principales razones que ha tenido la Corte a la hora de fallar situaciones similares. Ello para fijar una regla concreta aplicable al caso estudiado. Naturalmente, todas las veces los casos no serán exactamente iguales y por tal motivo se hace necesaria una interpretación adicional por parte del juez, quien deberá a su vez desplegar una carga argumentativa lo suficientemente fuerte en su decisión. Si fuera de otra forma, cada juez, según su arbitrio, podría tomar decisiones por fuera del marco constitucional vigente. Y mucho más, por fuera de lo que la Corte Constitucional ha establecido.

Así las cosas, este sistema de precedente será utilizado en esta providencia. Para tal fin, la Corte abordará los principales pronunciamientos que existen sobre el caso estudiado, pero con un enfoque especial: conflictos por el no pago de la póliza del seguro que pone en riesgo los derechos fundamentales de las personas, especialmente, su derecho al mínimo vital. Lo anterior, con el objeto de verificar cuáles han sido los principales criterios que esta Corporación ha tenido en cuenta para considerar que una aseguradora vulnera los derechos de sus asegurados tras esta negativa.

En este orden de ideas, una de las primeras sentencias en estudiar el tema fue la T-1091 de 2005. En aquella oportunidad, la Corte estudió el caso de una persona que había adquirido con un banco un apartamento. Para ello,





suscribieron un contrato de mutuo y constituyeron una garantía real hipotecaria sobre el mencionado inmueble. Para otorgar el mencionado crédito, como efectivamente sucedió, el banco exigió la firma de un contrato de seguro que respaldara la obligación, en caso de muerte o invalidez del tomador. En este contexto, la tomadora efectivamente sufrió una grave afección de salud, pues le fue diagnosticado cáncer de seno y tuvo una lesión en su columna vertebral con compromiso del brazo izquierdo y la muñeca derecha. Como era apenas lógico, la tomadora del seguro no pudo continuar trabajando e incurrió en mora en varias cuotas del crédito hipotecario. Por tal motivo, al haber acaecido el siniestro (fue valorado con 50.93% de invalidez), solicitó a la aseguradora el pago íntegro de la obligación. Pese a ello, aquella entidad negó el pago de la póliza argumentando que la parte asegurada se encontraba en mora en el pago de la prima mensual a pesar de no contar con los recursos económicos para sufragar las cuotas.

En esta ocasión, la Corte, al estudiar el caso, sostuvo que si bien la acción de tutela en principio no era el mecanismo adecuado para ventilar asuntos de naturaleza contractual, en ese preciso evento se alertaba la presencia de un perjuicio irremediable. Ello, debido a que el banco, al existir mora en el pago de las cuotas del crédito, había iniciado un proceso ejecutivo para exigir el pago de la deuda. En esta providencia la Corte consideró que si bien la persona asegurada se encontraba en mora, era desproporcional, por parte del acreedor, iniciar un proceso ejecutivo conociendo las circunstancias de debilidad de la deudora. Igualmente, respecto de la aseguradora, le reprochó no hacerse cargo de la deuda[28].

En punto a este tema la Corte sostuvo que,

*"... este comportamiento de las accionadas como entidades pertenecientes al sistema financiero (...), evidencia una vez más la utilización de la posición dominante, tanto en el contrato de mutuo como en el de seguros cuando, amparadas en la aparente legalidad de la literalidad de las cláusulas de los documentos con que se instrumentaron los contratos de crédito hipotecario y de seguros respectivamente, actuando en sus condiciones de acreedora sin satisfacción de su crédito por parte de la ejecutante y de no obligada al pago de indemnización por terminación del amparo vida ante la no cancelación de las primas, por parte de la aseguradora, se propicia la terminación formal de la vía ejecutiva, en la que como se dijo, ya no era factible debatir las controversias que podían llevar a que la obligada al pago de la deuda fuera la aseguradora, lo que obviamente liberaba a la accionante de esa carga. Es para la Sala entonces, un comportamiento con el que sin permitir que fuera la justicia la que decidiera el asunto, se causó a la accionante el riesgo inminente de perder su vivienda, que como se ha considerado en esta providencia, para ella hace parte de su mínimo vital"*

Mediante Sentencia T-152 de 2006, esta Corte estudió, en uno de sus primeros fallos, el tema de las preexistencias y la reticencia en los contratos de seguros. En aquella oportunidad, la Corte analizó un caso de una persona de muy bajos recursos, que había adquirido un seguro familiar de salud con las coberturas y exclusiones que figuraban en el contrato. Su médico tratante le solicitó a la





aseguradora una orden para la cirugía de "Varicocele Izquierdo", la cual estaba cubierta por la póliza. No obstante, la demandada respondió que el procedimiento no sería autorizado, por tanto esa enfermedad era preexistente al ingreso del asegurado y que en consecuencia, se encontraba excluido de la cobertura del seguro. Sin embargo, la Corte sostuvo que no era posible que una aseguradora alegara preexistencias en este tipo de contrato, pues es ella quien tiene la posibilidad de conocer el verdadero estado de salud del asegurado.

A pesar de que los supuestos de hecho pueden variar un poco, lo importante de esta providencia es que de ella se pueden extraer algunas reglas aplicables a los casos concretos. En efecto, la principal diferencia entre estos contratos es el "riesgo asegurado" y la "prestación de la aseguradora", pues los dos contratos persiguen un mismo propósito el cual es cubrir los posibles siniestros pactados entre las partes. Adicionalmente, comparten los elementos esenciales de los contratos de seguro<sup>[29]</sup>. Así, aunque parezcan dos escenarios diferentes, el objetivo de esta clase de seguros es el mismo.

En aquella ocasión, esta Corporación resaltó dos puntos muy importantes en los contratos de seguro. El primero de ellos (i), el relativo a la buena fe contractual, y el segundo (ii), relacionado con la carga de probar las preexistencias médicas. En cuanto al primer punto, sostuvo que la buena fe en los contratos de seguros adquiere mayor importancia y se predica de ambas partes. No solo del asegurado sino también de la aseguradora. Así, *"aún cuando en principio la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia enfatiza la buena fe en las cargas que debe asumir el asegurado, en realidad dicho principio se predica de las dos partes, es decir, tanto del tomador como del asegurador, teniendo en cuenta que se trata de un contrato de adhesión. En suma, si en los contratos en general se exige la buena fe, en el contrato de seguro la exigencia es máxima: tanto en el solicitante como en el asegurador debe campear la pulcritud moral e intelectual"*<sup>[30]</sup>. Es decir, la carga de la buena fe corresponde a las dos partes, no solo al tomador del seguro. Respecto al segundo punto, *"no es posible interpretar los términos del contrato en perjuicio de los intereses del beneficiario o asegurado, a partir de dictámenes médicos posteriores donde se afirme que una enfermedad o dolencia detectada durante la ejecución del convenio se había venido gestando, madurando o desarrollando desde antes de su celebración. (...) No es, en consecuencia, constitucionalmente admisible la inclusión de una preexistencia o la negación de un servicio médico que no haya sido enunciado como tal en el contrato, ya que se presume la buena fe de las partes al momento de obligarse"*.

En el año 2007 la Corte volvió a abordar el estudio de un caso relativo al cumplimiento de contratos de seguro, especialmente, cuando existe tensión entre la negativa de las aseguradoras en el pago de una póliza, y los derechos fundamentales del tomador. Esta fue la Sentencia T-642 de 2007. En dicha providencia, la Corte tuvo que decidir sobre un caso en el que una aseguradora se negaba al pago de una póliza argumentando que la prueba de su discapacidad superior al 50%, no provenía de la autoridad competente. Es





decir, de la Junta Regional de Calificación de Invalidez. Para la Corte, la acción de tutela no era el mecanismo adecuado para ventilar este tipo de controversias. Si bien la persona se encontraba en condición de discapacidad, ello no era argumento suficiente para considerar que en instancias ordinarias la tutelante podía defender sus derechos tal y como lo había hecho con la acción de tutela. Mucho más, dado que contaba con recursos económicos para continuar con el pago de las cuotas.

Posteriormente, mediante Sentencia T-490 de 2009, este Tribunal nuevamente analizó este asunto. De acuerdo con los hechos del caso, una persona de cuarenta y cuatro (44) años de edad trabajó toda su vida como independiente en el oficio de fumigador. Sus ingresos siempre habían sido limitados y los utilizaba para mantener a su familia. Tras severas dificultades en su salud, tuvo que ser intervenido quirúrgicamente en una operación de remplazo total de rodilla derecha. Desafortunadamente, la operación no tuvo éxito y el accionante necesitó muletas por toda su vida. Por tal motivo, fue valorado por la junta de Calificación de Invalidez con un grado de discapacidad del 59.31%. Al haber trabajado como independiente toda su vida, queriendo garantizar su "pensión", había suscrito un contrato de seguro con una compañía por determinada suma de dinero, el cual operaría por muerte o invalidez. Efectivamente acudió a la aseguradora quien le negó el pago del dinero argumentando que el señor aun podía continuar teniendo "trabajos remunerados". En dicha Sentencia, la Corte encontró que efectivamente la aseguradora había vulnerado los derechos del actor, pues no existía ninguna razón suficiente que le permitiera negar el pago de la póliza. Por el contrario, lo que ello generaba era un perjuicio desproporcionado en el peticionario y en su familia.

Así las cosas, en criterio de este Tribunal,

*"Al referirse a las compañías de seguros esta Corte ha destacado que, si bien en principio las diferencias que con ellas surjan deben tramitarse ante los jueces ordinarios dado su carácter contractual, cuando están de por medio derechos fundamentales como la vida, la salud y el mínimo vital, por su propia actividad y por el objeto de protección que ofrece en caso de siniestro, resulta viable el amparo constitucional. Por ende, si de tal objeto asegurado se deriva que la prestación correspondiente es puramente económica, no tendría cabida la tutela, en cuanto se dirimiría el conflicto ante la jurisdicción ordinaria, pero si el objeto de la gestión específicamente considerado tiene efecto en la vida y en el mínimo vital de una persona por razón de la materia de la cobertura, puede ser viable la acción de tutela para el fin constitucional de amparar tales derechos fundamentales ante la falta de idoneidad y agilidad del medio ordinario de defensa judicial"*

En el año 2010, la Corte fijó unas reglas muy importantes en materia de preexistencias y retención en los contratos de seguro. Así, mediante Sentencia T-832 de 2010, la Corte estableció dos asuntos de suma trascendencia y que pueden ser extraídos de su lectura. En primera medida, (i) que la carga de la prueba en materia de preexistencias radicaba en cabeza de la aseguradora y





no del tomador del seguro y, en segundo lugar, (ii) que las aseguradoras no podían alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades para hacerlo, no solicitaban exámenes médicos a sus usuarios al momento de celebrar el contrato. Por tanto, en esos eventos, no era posible exigirle un comportamiento diferente a los asegurados.

En la mencionada decisión, la Corte abordó un caso en el que una señora de cincuenta y cuatro (54) años de edad había adquirido un crédito con un banco, el cual fue amparado con un seguro de vida grupo de deudores suscrito con una aseguradora. La señora trabajaba como profesora y en el año 2009, su ARP le dictaminó una pérdida de capacidad laboral del 77.5%. Al ser madre cabeza de familia y sin contar con rentas adicionales o recursos económicos suficientes, solicitó al banco acreedor que hiciera efectiva la póliza ante la aseguradora. Pese a ello, tanto la aseguradora como el banco, sostuvieron que no era posible pagar la respectiva póliza pues al momento de celebrar el contrato, la peticionaria ya había adquirido la enfermedad causante de la pérdida de capacidad laboral. Es decir, se estaba en presencia de un caso de preexistencia.

Como se mencionó, la Corte en esta providencia dijo que *"en el caso objeto de estudio, la Sala de Revisión encuentra que Colseguros S. A. fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores"*. Con base en ello, es posible concluir, entonces, que esta Corporación estableció que quienes deben probar la preexistencia son las aseguradoras y que actúan negligentemente si no realizan exámenes médicos o exigen la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado. Así, esta Sentencia evidencia que para la Corte existen algunos casos donde, a pesar de existir enfermedades previas a la celebración del contrato, de ello no se sigue reticencia pues el deber de buena fe estaría en cabeza, más intensamente, de la compañía de seguros. Por tales motivos, concedió el amparo.

En ese mismo año, la Corte expidió la Sentencia T-1018 de 2010. En este fallo reiteró la anterior regla, aunque a la vez decretó un hecho superado al encontrar que el banco acreedor ya había condonado la deuda. Los hechos del caso muestran a una persona a quien su médico tratante le había diagnosticado cáncer gástrico a nivel del estómago nodular. El peticionario vivía con una pensión de aproximadamente un millón de pesos y de allí subsistían sus tres hijos menores y esposa. Como consecuencia de su enfermedad, fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 58.12%. Por esta razón, al haber suscrito un crédito con un banco, que a su vez había sido respaldado por una póliza de seguro de vida grupo de deudores que operaría por invalidez o muerte, solicitó el pago insoluto de la deuda. No obstante, la aseguradora





rechazó su solicitud por considerar que el actor no había informado sobre su enfermedad al momento de tomar el seguro.

En dicha providencia, si bien la Corte encontró probado un hecho superado, sostuvo que "[b]ajo los anteriores supuestos y la realidad fáctica que ha quedado dilucidada, es claro que la tutela pedida ha debido concederse, por la realidad de la afectación del derecho del actor al mínimo vital, quebrantado al tener que seguir abonando a una obligación crediticia, no obstante está cubierto con un seguro de vida grupo de deudores, siendo un anciano pensionado con menos de un millón de pesos de mesada, calificado "con 58.12% de pérdida de capacidad laboral de origen común, con fecha de estructuración enero 5/06, día del reporte de biopsia con adenocarcinoma recurrente". En otros términos, esta Corporación no encontró suficiente el argumento de la aseguradora que indica que por el hecho de no informar a la aseguradora una enfermedad, es suficiente para que una persona en condición de discapacidad deba continuar pagando el crédito por sí misma.

Más recientemente, la Sentencia T-086 de 2012 volvió a fallar un caso con similares características. Muestran los hechos de la providencia varios casos de personas a las que sus aseguradoras les había negado el pago de la póliza del seguro de vida grupo de deudores, bajo el argumento que la enfermedad causa de la discapacidad, había ocurrido previamente a la celebración del contrato. En efecto, las personas padecían de una enfermedad que les había disminuido su capacidad laboral en más de un 50%. Pese a ello, la Corte no concedió el amparo tras considerar que no quedaba demostrada la existencia de un perjuicio irremediable. Por ello, al tener otras vías más adecuadas, la tutela se tornaba improcedente. Pese a ello, vale resaltar, los sujetos contaban con rentas adicionales como pensiones por invalidez, entre otras. Igualmente, no se probó sumariamente la incapacidad económica de los actores.

Un precedente muy importante para el caso que nos ocupa, es el contenido en la Sentencia T-751 de 2012. Además de reiterar algunas sentencias mencionadas en este capítulo, fijó algunas reglas relacionadas con cargas que deben cumplir las aseguradoras cuando alegan preexistencias. En dicha providencia, la Corte estudió varios casos de personas que habían adquirido créditos con diferentes bancos, los cuales estaban amparados con pólizas de seguro de vida grupo de deudores. Como ya se ha mencionado en varias oportunidades, tales seguros obligarían a la aseguradora a pagar el saldo insoluto del crédito, siempre que los tomadores perdieran más del 50% de capacidad laboral y/o por muerte. Los actores carecían de recursos económicos.

En criterio de la Corte, el principio de buena fe en los contratos de seguro adquiere mayor importancia. Sin embargo, este mandato no solo se predica respecto de los tomadores del seguro, sino, en algunos casos con mayor grado de exigencia, de las aseguradoras. Así, *"de una parte, el contrato se caracteriza por la exigencia de una buena fe calificada de los contratantes, aspecto que se proyecta en la interpretación de sus cláusulas. De otra, pero en íntima relación con lo expresado, cuando el contrato se suscribe en el marco más amplio de*





las actividades financieras y crediticias, o cuando se asocia al goce efectivo del derecho a la salud, es deber de quien lo elabora eliminar cualquier ambigüedad, mediante la expresión precisa y taxativa de las preexistencias excluidas de la cobertura del seguro". En otros términos, si bien existen múltiples riesgos asegurable, cuando se trate de contratos de seguros en el marco de actividades financieras, crediticias y de salud, el principio de buena fe se materializa a través de la obligación de quien elabora el contrato de eliminar cualquier tipo de ambigüedad incluyendo expresamente las preexistencias excluidas del riesgo.

Así, en criterio de este Tribunal Constitucional,

*"[C]uando las cláusulas no definen de la manera explícita las condiciones de la cobertura debido a la incorporación de textos de excesiva vaguedad o exclusiones de carácter eminentemente genérico, se vulnera la buena fe del tomador en tanto no resulta posible establecer el alcance de la cobertura. En ese marco, y en síntesis, las partes del contrato de seguro deben tener un acceso equitativo a la información relevante, sobre el alcance del riesgo asegurado -por una parte- y la cobertura real del contrato -por otra-." [En consecuencia] "la carga de declarar sinceramente la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud) no puede traducirse en una imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de un establecimiento ambiguo de la cobertura, mediante cláusulas simplemente genéricas o mediante una alusión descontextualizada de las condiciones generales del contrato, carente de la precisión que se obtiene mediante las condiciones específicas del mismo".*

De acuerdo con ello, los límites a la libertad asegurativa "se concretan en la inoponibilidad de preexistencias que no fueron planteadas en el contrato de seguro, cuando la entidad aseguradora no efectuó un examen al momento de la suscripción del contrato". Ello implica, entonces, que la aseguradora, siguiendo la tesis de la Sentencia T-832 de 2010, debe exigir un examen médico so pena de no poder alegar preexistencias en eventos futuros.

Finalmente, en el año 2013, mediante Sentencia T-342, esta Corporación volvió a estudiar un tema de preexistencias y reticencia. En aquella ocasión, la Corte definió un caso de una persona de 56 años de edad a quien se le diagnosticó esclerosis lateral amiotrófica, imposibilitado para realizar sus funciones de manera regular. El actor había adquirido distintos créditos de consumo respaldados mediante pólizas de seguro, las cuales fueron negadas a cancelar por la aseguradora, argumentando que la enfermedad causante de la invalidez fue adquirida con anterioridad a la vigencia del contrato. En esa oportunidad, la corte, nuevamente, decidió a favor de los intereses del asegurado, pues en ese preciso evento la aseguradora no realizó exámenes previos a la celebración del contrato. Por tal motivo, no podía oponerse al pago de la póliza, dado que no cumplió con dicha carga.

En ese sentido sostuvo que,





*"De las pruebas allegadas al expediente, y en concordancia con el citado párrafo de las condiciones generales del contrato de seguro, encuentra la Sala que al momento de adquirir los créditos, el actor no llenó formulario alguno para ser asegurado, pese a ser una garantía para la entidad financiera que en caso de muerte o incapacidad total y permanente, como efectivamente ocurrió, Equidad Seguros sufragara los saldos insolutos de las deudas existentes al momento del siniestro. Tampoco se observa que Equidad Seguros haya realizado algún tipo de examen médico, ni exigido que el actor como asegurado allegara uno, para así determinar su estado de salud y confrontarlo con las exclusiones y preexistencias del contrato que deben ser establecidas por la compañía" [35].*

De la jurisprudencia estudiada, se pueden extraer varias conclusiones, en relación con la obligación de las aseguradoras de pagar la póliza a pesar de haber acaecido algún tipo de preexistencia. En primer lugar, (i) carecer de recursos económicos. La Corte ha entendido que no basta ser un sujeto de especial protección constitucional para que pueda reclamarse el pago de la póliza. Efectivamente, la persona debe carecer de los recursos económicos necesarios para continuar pagando las cuotas del crédito. En consecuencia, ha sido bastante rígido cuando las personas gozan de recursos económicos pues ha entendido que en esos eventos, su móvil no es la protección de sus derechos fundamentales sino intereses netamente patrimoniales. Si ello fuera así, siempre, en todos los casos, las aseguradoras tendrían que pagar las pólizas, desnaturalizándose el contrato de seguros.

En segundo lugar (ii), que la familia del asegurado dependa económicamente de él. Si bien esta Corporación ha fallado a favor de personas que no responden económicamente por su familia, este parece ser un criterio muy importante a la hora de tomar la decisión. En efecto, el no pago de la póliza, en estos eventos, puede incluir la lesión y/o vulneración de los derechos fundamentales de todo un núcleo familiar. Si una persona no puede pagar la cuota de un crédito, muy probablemente esto tendrá efectos en su familia por los posibles cobros del banco.

En tercer lugar (iii), la carga de declarar no puede convertirse en una carga excesiva para el tomador del seguro, pues existen casos en los que las cláusulas son tan ambiguas que no es posible, naturalmente, suministrar con toda certeza las calidades del asegurado.

En cuarto lugar (iv), la carga de la prueba de la preexistencia radica en cabeza de la aseguradora.

Finalmente, en quinto lugar (v), la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro. La Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora, pues en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades.





**Reticencia implica una valoración subjetiva, mientras que la preexistencia es un hecho objetivo. No basta probar preexistencia, la aseguradora debe demostrar la mala fe.**

El principio de buena fe en el derecho colombiano, desde siempre, ha tenido una importancia trascendental en las relaciones contractuales. No ha sido poca la jurisprudencia de esta Corporación la que ha señalado que los particulares deben actuar de manera honesta y transparente en sus relaciones privadas. Incluso, en algunos casos, la legislación colombiana y la jurisprudencia constitucional han avalado la imposición de sanciones a aquellos sujetos que actúen en contra de este principio: esto es, de mala fe.

Pues bien, en el derecho de seguros la situación no varía mucho. A grandes rasgos, el concepto de riesgo es el elemento más importante y esencial en esta clase de contratos. Gracias a éste es posible identificar el siniestro y con ello, saber cuándo y cómo deben proceder las partes a cumplir sus obligaciones. Incluso, es un asunto que adquiere relevancia para fijar la prima del seguro. Pues bien, determinar el riesgo depende de muchos factores. Uno de ellos, la declaración del asegurado. Gracias a esta manifestación, entre otros aspectos, es posible que la empresa aseguradora determine el nivel del riesgo y todo lo que ello implica. De allí su importancia. Si el tomador del seguro no informa las condiciones previas al amparo del riesgo, el asegurador no sabrá cual es el riesgo que está amparando. Visto de otra manera: el contrato de seguro se desnaturaliza.

Tal es la magnitud de esta declaración que, como se dijo, la legislación colombiana impone cierto tipo de sanciones por incurrir en "reticencia o inexactitud" en el suministro de la información. De acuerdo con ello, el artículo 1058 del Código de Comercio, en relación con la reticencia, obliga al tomador informar al asegurador de todas aquellas circunstancias que de conocerlas (i) o bien hagan más onerosa la relación o, sencillamente (ii), abstengan al asegurador de celebrar el contrato. Incumplir con este deber de información, conlleva a dos consecuencias negativas para el asegurado: La nulidad relativa del contrato de seguro, o recibir tan solo una parte de la póliza. En términos textuales, la mencionada disposición señala lo siguiente:

*"Art. 1058.- El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el*





*contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160. Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente”.*

La Corte Suprema de Justicia también se ha pronunciado sobre este tema. Mediante fallo del primero (01) de septiembre de dos mil diez (2010)[38], aquella Corporación sostuvo que el deber de informar con exactitud la información relevante para celebrar el contrato de seguro, era una forma de materializar el principio de buena fe y en consecuencia, castigar a los negociantes que actúen de manera deshonesta. En criterio de la Corte Suprema,

*“dicha norma ha sido analizada como aplicación específica del principio de buena fe inherente al contrato de seguros, pues esta modalidad negocial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, comoquiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca”.*

Sobre este mismo punto, la Jurisprudencia de la Corte Suprema ha sido enfática en señalar que el artículo 1058 del Código de Comercio privilegia la buena fe de los contratantes y castiga a quien no haya actuado de dicha manera. Así, *“el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”*[39]. Dicho de otra manera, las sanciones del Código de Comercio están dirigidas a quienes, subjetivamente, hayan actuado de manera deshonesta. Ello no significa otra cosa que la valoración de la mala y buena fe siempre, en todos los casos, será subjetiva.

En este orden de ideas, si el artículo 1058 del Código de Comercio obliga al asegurado a declarar “sinceramente”, es claro que la preexistencia, no siempre, será sinónimo de reticencia. En efecto, como se mencionó, la reticencia implica mala fe en la conducta del tomador del seguro. Eso es lo que se castiga. No simplemente un hecho previo celebración del contrato. Por su parte, la preexistencia es un hecho objetivo. Se conoce con exactitud y certeza que “antes” de la celebración del contrato ocurrió un hecho, pero de allí no se





sigue que haya sido de mala fe. La preexistencia siempre será previa, la reticencia no.

En criterio de esta Sala, la preexistencia puede ser eventualmente una manera de reticencia. Por ejemplo, si una persona conoce un hecho anterior a la celebración del contrato y sabiendo esto no informa al asegurador dicha condición por evitar que su contrato se haga más oneroso o sencillamente la otra parte decida no celebrar el contrato, en este preciso evento la preexistencia sí será un caso de reticencia. Lo mismo no sucede cuando una persona no conozca completamente la información que abstendría a la aseguradora a celebrar el contrato, o hacerlo más oneroso. Por ejemplo, enunciativamente, casos en los que existan enfermedades silenciosas y/o progresivas. En aquellos eventos, el actuar del asegurado no sería de mala fe. Sencillamente no tenía posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir. Es desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo. Mucho menos, para el caso del seguro de vida grupo de deudores, suministrar con preciso detalle su grado de discapacidad.

Ahora bien, ¿quién debe probar la mala fe? En concepto de esta Corte, deberá ser la aseguradora. Y es que no puede ser de otra manera, pues solo ella es la única que puede decir con toda certeza (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii), que se abstendrá de celebrar el contrato. Precisamente, la Corte Suprema también ha entendido que esta carga le corresponde a la aseguradora. Por ejemplo, en Sentencia del once (11) de abril del 2002, sostuvo que "las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad" (subraya por fuera del texto). Lo anterior significa que la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe.

En síntesis, la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o





hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia.

## EL CONTRATO DE SEGURO.

### Contexto.

Es una figura jurídica concebida como un acuerdo de voluntades por el cual una persona llamada tomador –o beneficiario- se obliga al pago de un prima a favor de otra llamada asegurador, con el fin que esta última cubra los daños causados por la ocurrencia de riesgo –siniestro- que afecta la integridad física o el patrimonio del primero. Su creación ha sido el producto de la evolución que han sufrido las costumbres mercantiles en occidente, las cuales partieron de la misma necesidad que tiene el ser humano por desarrollar mecanismos que le brinden condiciones de protección y seguridad en cada uno de los aspectos de su vida, para con ello obtener el mayor grado de prevención posible frente a daños a su integridad física, salud, patrimonio, bienes y demás factores que afectan su existencia.

Las primeras aproximaciones a este contrato tienen lugar en antiguas asociaciones que formaron griegos y romanos, donde se previeron indemnizaciones por acaecimiento de riesgos y formas societarias para que sus integrantes obtuvieran ayuda mutua frente a las adversidades y contingencias que sufrieran. Un ejemplo de ellas fue la *Collegia Funeratica*, que consistía en una modalidad de asociación en la que sus miembros realizaban aportes a un fondo que atendía los gastos funerarios de sus integrantes, el cual a su vez es un antecedente del contrato de seguro de vida actual.

No obstante lo anterior, fueron las tradiciones mercantiles del comercio marítimo en la cuenca del Mediterráneo las que comenzaron a dar forma a este contrato, pues ellas arrojaron como resultado una serie de prácticas que se volvieron ley en este mercado, como lo fue el Código Marítimo de Rodas, que compiló costumbres propias de este sector y previó una cuota por daños que sufriera la nave o la mercancía, así como el pago de un flete que se encontraba condicionado a la llegada de la mercadería a su lugar de destino, llamado *Pecunia Trajectitia*[25].

Más adelante, en la Edad Media, gran parte de las prácticas y costumbres mercantiles originadas en la antigüedad continuaron vigentes, como lo fue la *Nauticum Foenus*, que consistía en un préstamo a la gruesa girado a favor del capitán de la nave o del dueño de la mercancía, y cuya suma debía devolverse con el pago de altísimos intereses al momento que se confirmara la llegada del navío a su lugar de destino, de lo contrario se extinguía la obligación. De esta forma, los conceptos que se habían incubado en la antigüedad se desarrollaron y edificaron durante esta época, especialmente en el seno de las tradiciones mercantiles italianas del siglo XIII, contexto donde surge el contrato de seguros conocido actualmente, para luego extenderse a toda Europa. Fue así como a mediados del siglo XVII, el desarrollo de las





ciencias exactas permitió crear fórmulas actuariales para cuantificación de riesgos, con lo cual se dejaron atrás las valoraciones empíricas de la antigüedad y se establecieron relaciones entre el riesgo y el costo. Esta nueva realidad introdujo mejoras que perfeccionaron la estructura actual del contrato de seguro, y además condujo a la creación de las primeras compañías aseguradoras en Inglaterra, Holanda y Francia. Así las cosas, esta descripción muestra cómo el contrato de seguro se formó desde la idea de prevención o indemnización de perjuicios generados por el acaecimiento de un riesgo, es decir, de un hecho siniestro no deseado que afecta alguno de los elementos que influyen en la vida del ser humano.

En Colombia, este contrato tuvo uno de sus primeros antecedentes en la Ley 27 de 1.888, mediante la cual se previó que para los contratos de transporte terrestre se podía sumar el valor del flete, de las comisiones y de las utilidades sobre el monto asegurado. Sin embargo, su construcción formal dentro del sistema jurídico nacional se produjo con la entrada en vigencia del actual Código de Comercio que, en el Título V del Libro IV, enmarcó los lineamientos sobre los cuales este contrato despliega sus efectos, y estableció unas características a partir de las que es posible determinar su definición, pues el ordenamiento nacional aún no ha desarrollado una al respecto. En este sentido, de la lectura de las normas dispuestas por dicho acápite, es posible definir que el seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y sucesivo (art. 1036), perfeccionado por la voluntad de un asegurador –quien asume los riesgos- y de un tomador –quien traslada los riesgos- (art. 1037), cuya prestación consiste en el pago de una prima, que tiene como propósito ejecutar una póliza que habrá de cubrir los daños ocasionados en caso que acontezca un riesgo previsto en el contrato.

Ahora bien, el desarrollo de este contrato a lo largo de los años ha dado lugar a diversas modalidades, entre las cuales se destacan los seguros: (i) terrestres, marítimos y aéreos, que obedecen a la naturaleza de los riesgos asegurados; (ii) sociales e individuales, de acuerdo a su objeto y adquirentes; y (iii) de daño[29] y de persona, si recaen sobre el patrimonio del asegurado o su integridad física. Estas categorías, a su vez se ramifican en otras variedades de seguros, pero en esta ocasión la Sala abordará el estudio de la última de ellas, pues en los seguros de personas se encuentra incorporado el seguro de vida, el cual es precisamente la modalidad adquirida por los accionantes dentro de este proceso

#### El contrato de seguro de vida.

Esta modalidad contractual hace referencia al acuerdo de voluntades que realizan el tomador de póliza y la entidad aseguradora, donde el primero se obliga al pago de una prima destinada a integrar un fondo que, en caso de invalidez o muerte, habrá de amparar los perjuicios que sufran aquellos que





estaban a su cargo, que serán llamados beneficiarios de la póliza. El desarrollo legal de este contrato se enmarca dentro del régimen establecido en los artículos 1151 a 1162 del Código de Comercio. Igualmente, el artículo 1045 del mismo estatuto menciona los elementos que integran esta modalidad de contrato, discriminados así: (i) el interés asegurable; (ii) el riesgo asegurable; (iii) la prima o precio del seguro, y (iv) la obligación condicional del asegurador.

El interés asegurable hace referencia a la disposición que presentan las partes al momento de manifestar las condiciones y posibilidades del contrato. Por un lado, la entidad aseguradora, una vez conocida la declaratoria de riesgo del interesado, valorará sus condiciones y determinará si accede o no a cubrir el riesgo expuesto, o bajo qué términos lo haría. Por otro lado, el interesado examinará la propuesta y resolverá obligarse al monto que indique la aseguradora.

El riesgo asegurable es aquel siniestro posible o probable que se pretende cubrir con el pago de la póliza. Su valoración se hará de conformidad a los hechos y circunstancias declaradas por el interesado al momento de exponer su estado de riesgo, por ello es importante que la manifestación que éste realice sea ajustada a la verdad, pues de acuerdo a ella la entidad aseguradora podrá precisar el monto a cubrir.

La prima o precio del seguro hace referencia a la suma o importe que deberá cancelar el asegurado para obtener la cobertura del riesgo valor. Resulta como producto de la determinación que realiza la entidad aseguradora sobre los hechos y circunstancias expuestas por el tomador de la póliza.

El último de los elementos que integran el contrato de seguro es la obligación condicional del asegurador, la cual implica que dentro de este contrato el asegurador establece un marco delimitado de acción sobre el cual se desarrolla la ejecución de la póliza adquirida, de manera que únicamente serán cubiertos los daños ocasionados por los siniestros determinados en el contrato, es decir, que la obligación de hacer efectiva la póliza surgirá al momento en que acontezca alguno de los riesgos que se estipularon en el contrato de seguro. En este sentido, el asegurador no se encuentra obligado a pagar cualquier tipo de perjuicio que acaece sobre el tomador de la póliza, sino sólo en aquellos eventos discriminados y seleccionados por la entidad aseguradora dentro del contrato estipulado.

En este orden de ideas, cabe precisar que los elementos descritos deben desenvolverse sobre el plano que extiende el principio de buena fe en los contratos, pues en todos ellos es esencial que la declaratoria de voluntad se encuentre libre de vicios de voluntad para poder guardar el equilibrio de la relación. Así las cosas, el contrato de seguros se rige por un estricto cumplimiento del principio de buena fe entre las partes, toda vez que a partir de la declaración de voluntad emitida por el adquirente, el asegurador puede identificar los márgenes sobre los cuales se desplegarán los efectos de la





póliza adquirida, y a su vez establecer la modalidad y el monto que debe pagar el adquirente. Por esta razón, la declaración que rinde el tomador del seguro al momento de contratar con la entidad aseguradora debe ajustarse a los términos de la verdad y mostrar la real condición de quien la obtiene, de lo contrario esto generaría una nulidad dentro del contrato que haría inviable la ejecución de la póliza.

No obstante lo anterior, al momento de presentarse la declaratoria de estado de riesgo por parte del interesado en la póliza, es posible que se presenten alteraciones en los hechos y circunstancias expuestas que pueden dar lugar a un desequilibrio contractual. En este sentido, se ha logrado identificar dos escenarios en los que puede ocurrir esta anomalía, precisados en las figuras de reticencia y preexistencia.

**Reticencia o inexactitud.**

Es una irregularidad en la manifestación de voluntad al momento de suscribir el contrato de seguro. Se presenta cuando el adquirente, al instante de tomar la póliza, rinde una declaración sobre su estado de riesgo que no se encuentra ajustada a la realidad, con lo cual induce a la entidad aseguradora a expedir una cobertura que no corresponde con su verdadera condición[30]. El artículo 1058 del Código de Comercio establece que la reticencia se configura cuando el tomador del seguro expone u omite unos hechos que, de haber sido conocidos por la entidad aseguradora, se habría emitido una póliza más onerosa, por ello se genera la nulidad relativa del seguro, a no ser que la inexactitud provenga de un error inculpable o haya sido subsanada por la aceptación de la entidad. En este sentido, la lectura de este artículo permite extraer las siguientes anotaciones sobre las singularidades jurídicas de esta conducta:

En primer lugar, el contrato de seguro se rige por el principio de buena fe entre los contrayentes, el cual impone a la parte adquirente la obligación de rendir una declaración sobre su estado de riesgo que sea ajustada a la realidad, sin importar que haya sido a través de cuestionario o exposición oral. De esta forma, la entidad aseguradora podrá expedir una póliza conforme a las circunstancias y extensión de los acontecimientos que se pretenden asumir.

En segundo lugar, en caso que la manifestación de voluntad haya incurrido en inexactitudes o reticencia (por omisión de datos) que recaigan sobre aspectos esenciales para determinar la disposición de la entidad aseguradora a contratar, o la onerosidad de la póliza a expedir, se configurará un vicio en la voluntad que dará lugar a nulidad relativa del contrato. En este evento la entidad aseguradora podrá adelantar el respectivo reclamo judicial por nulidad contractual y retener, a título de pena, el total de la prima.

No obstante lo anterior, el último párrafo del artículo 1058 C.Co estipula que dichas sanciones no procederán cuando el asegurador ha conocido o debido conocer las circunstancias que generaron vicio en la declaración, o, en caso de





haberlas conocido posteriormente, las subsane mediante su aceptación expresa o tácita.

En tercer lugar, en caso que la reticencia o inexactitud provengan de un error inculpable del tomador de la póliza (quien actuó de buena fe), el contrato será válido sólo en relación con aquellos aspectos asegurados que mantienen el equilibrio contractual. En el caso concreto de los seguros de vida, el artículo 1160 del Código de Comercio indica que: "[t]ranscurridos dos años on vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad. Esto quiere decir que, en el caso particular de aquellos adquirentes que omitieron información relevante al momento de manifestar su estado de riesgo, pero sobre la cual tenían desconocimiento, la compañía de seguros no podrá demandar la nulidad del contrato, sino que deberá reducir el monto de la prestación asegurada para garantizar el equilibrio del mismo, a excepción de los seguros de vida, en los que una vez transcurridos dos años desde la expedición de la póliza, no podrá reducirse el monto de la prestación.

En este orden de ideas, el artículo 1161 del Código de Comercio establece que en caso de presentarse reticencia al momento de adquirir un seguro de vida, será necesario tener en cuenta lo siguiente: (i) si la edad del tomador supera los límites autorizados por la tarifa del asegurador, el contrato se sancionará conforme a lo dispuesto anteriormente (Art. 1058); (ii) si la edad del tomador supera la edad declarada, el seguro se reducirá a una proporción que guarde relación matemática con la prima anual que debe cancelar el adquirente; y (iii) si la edad del tomador es menor que la declarada, el valor del seguro se reducirá igualmente a una proporción que tenga relación matemática con la prima que deba cancelarse.

Ahora bien, en relación con este tema, la jurisprudencia constitucional no ha sido omisa, sino que se ha pronunciado al respecto. Sobre el particular, mediante sentencia C-232 de 1997[33], la Sala Plena de esta Corporación analizó una demanda de inconstitucionalidad parcial contra el mencionado artículo 1058 del Código de Comercio. En esta oportunidad, la Sala determinó que el tomador tiene una carga precontractual, consistente en exponer unos hechos y circunstancias ajustados a la verdad para lograr el equilibrio del contrato, de lo contrario se comete un incumplimiento por inexactitud o reticencia, es decir, por incurrir en falta de la debida puntualidad o fidelidad en las respuestas o el relato, o por callar, total o parcialmente, lo que debiera decirse. En este mismo sentido, explicó cómo, en materia de seguros, el Código de Comercio adoptó la rescisión de los contratos propia del derecho civil y estableció la posibilidad de acudir a esta figura cuando el contrato se encuentra fundado sobre inexactitudes o errores producidos por reticencias que, de no haberse presentado, habrían dado lugar a estipular condiciones más onerosas para el tomador[35]. Asimismo, la Sala sostuvo que es igualmente posible solicitar la nulidad del contrato cuando se expidió una póliza de seguros de buena fe y los datos omitidos dentro de la declaración guardan estrecha relación con el siniestro acontecido[36].





Igualmente, a través de sentencia T-086 de 2012, la Sala Octava de Revisión de esta Corporación analizó una acción de tutela presentada por un ciudadano a quien le habían diagnosticado invalidez total y permanente, pero la ejecución de su póliza de seguro de vida había sido negada por la aseguradora demandada. En esta ocasión, la Sala sostuvo que por virtud del principio de buena fe en los contratos, las partes se encuentran obligadas a mostrar honradez al momento de perfeccionar de pactar las condiciones del acuerdo, pues este elemento es esencial para interpretar las cláusulas del contrato, más aún si se tiene en cuenta que no sólo indica la manera como debe analizarse la conducta de las partes frente al cumplimiento de sus obligaciones, sino también la eficacia del mismo[38]. En este mismo sentido, en relación con la reticencia, citó las sentencias T-171 de 2003 y T-196 de 2007, a partir de las cuales explicó que consiste en una inexactitud en la declaración del estado de riesgo del tomador de la póliza, la cual vicia el consentimiento y es sancionada con nulidad relativa del seguro.

De esa misma forma, mediante sentencia T-902 de 2013, la Sala Primera de Revisión de esta Corte conoció de la acción de tutela interpuesta por unas accionantes que reclamaban la ejecución de las pólizas de seguros de vida adquiridas con la entidad aseguradora demandada, las cuales garantizaban el pago del saldo insoluto de los créditos por muerte, enfermedad grave o incapacidad total y permanente. En esta ocasión, la ejecución de las pólizas había sido negada por cuanto: (i) el certificado de invalidez de una de las accionantes había sido emitido por la Junta de Calificación de Invalidez del Seguro Social; y (ii) frente a la otra peticionaria se había configurado la prescripción, pues había transcurrido más de 4 años desde la ocurrencia del siniestro.

En esta sentencia, la Sala expuso que los contratos de seguros pueden contener cláusulas vagas y ambiguas que llevan a una indeterminación de los conceptos respecto de situaciones fácticas particulares, casos en los cuales, opera el principio de interpretación favorable al consumidor por virtud del artículo 1624 del Código Civil, el cual establece que: "(...) las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que haya debido darse por ella". De esta misma forma, indicó que el principio de buena fe rige las relaciones contractuales sobre las cuales se desenvuelve este tipo de contratos.

Por lo anterior, la Sala manifestó que las relaciones contractuales en temas de seguros tienden a ubicar en una posición dominante a la empresa aseguradora frente al adquirente, razón por la cual, la parte que redacta e impone las condiciones del contrato debe cumplir, por lo menor, con los siguientes requisitos: (i) no estipular condiciones indeterminadas, ambiguas o vagas que actúen en contra de los intereses del asegurado; y si las integran al contrato, (ii) deberán interpretarlas a favor del adquirente por virtud del principio *pro costumatore*, el cual es una figura que permite proteger a los





usuarios de los contratos de seguro y propender por la eliminación de todos los elementos que generan inseguridad en la ejecución del contrato.

Además, la Sala sostuvo que la entidad accionada había vulnerado los derechos fundamentales de las peticionarias, pues: (i) eran sujetos de especial protección constitucional; (ii) ambas atravesaban una difícil situación a raíz del acaecimiento del siniestro; (iii) ambas se encontraban ante la amenaza de un perjuicio irremediable, pues como consecuencia de sus afecciones físicas no podían continuar con el pago del saldo insoluto.

#### Preexistencia.

Este fenómeno hace alusión a circunstancias que se presentaban con anterioridad a la etapa contractual y constituyeron un factor determinante en el acaecimiento del riesgo cubierto. Permite a la entidad aseguradora abstenerse de ejecutar el pago de la póliza una vez haya verificado que el tomador sufría de padecimientos previos al momento en que el contrato comenzó a surtir efectos, y que además tuvieron relación directa con su fallecimiento.

Mediante sentencia T-015 de 2012, la Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional analizó una acción de tutela interpuesta por una viuda que había sido amparada por póliza de seguro de vida adquirida por su esposo en vida. En esta ocasión, la Sala indicó que la preexistencia se refiere a la posibilidad que tiene la entidad aseguradora de establecer una exclusión sobre aquel asegurado que padezca una enfermedad con anterioridad a la fecha en que la cobertura empezó a desplegar sus efectos y, además, su muerte sea consecuencia de dicha enfermedad.

Por su parte, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en un fallo del día 21 de abril de 2015[45], expuso que la preexistencia es un fenómeno definido por la RAE como: *"existencia anterior, con alguna de las prioridades de naturaleza u origen"*, que al ser aplicado al concepto de contrato de seguro, se refiere a una situación previa al perfeccionamiento del seguro que no encaja como un *"hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual versa el litigio, ocurrido después de haberse propuesto la demanda"*. En este mismo sentido, explicó que no basta la simple preexistencia del hecho para que la entidad aseguradora pueda abstenerse de ejecutar la póliza, sino que resulta necesario establecer el nexo causal entre la afección preexistente y la muerte del tomador.

Ahora bien, los conceptos mencionados anteriormente sobre reticencia y preexistencia guardan ciertas diferencias que resulta necesario precisar en esta ocasión. Sobre el particular, a través de sentencia T-222 de 2014, la Sala Novena de Revisión de esta Corporación examinó varias tutelas acumuladas, en la que los peticionarios alegaban que les habían sido negadas sus pólizas de seguro de vida por preexistencia al momento de contraer las obligaciones. En esta oportunidad, la Sala expuso varias consideraciones en relación con dichos conceptos:





En primer lugar, explicó que la preexistencia es un concepto objetivo, mientras que la reticencia es un concepto subjetivo.

En segundo lugar, mencionó que la reticencia se refiere a una inexactitud en la información presentada por el tomador de la póliza al momento de celebrar el contrato, la cual es castigada con nulidad relativa como sanción a la mala fe.

En tercer lugar, manifestó que en ciertos eventos la preexistencia puede considerarse como una reticencia, como en aquellos en donde el tomador tiene conocimiento de hechos que pueden hacer más onerosa la póliza y en este sentido se abstiene de declararlos.

En cuarto lugar, expuso que existen eventos en los que el tomador de la póliza no declara hechos preexistentes por no tener conocimiento de ellos, como aquellos relativos a enfermedades silenciosas o progresivas, en los que el adquirente no tenía posibilidad de tener pleno conocimiento de las circunstancias. En estos casos, la sentencia asegura que el tomador no actuó de mala fe y por ello sería desproporcionado imponerle una carga que no puede cumplir, como lo es informar sobre hechos desconocidos.

En quinto lugar, arguyó que en casos donde se presentó mala fe, la carga de la prueba corresponde a la entidad aseguradora, pues es la única que puede informar con certeza sobre: (i) el sobre costo del contrato por los hechos omitidos; y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato.

En síntesis, el contrato de seguro de vida es una modalidad de contrato por la cual el tomador de la póliza se obliga al pago de una prima destinada a integrar un fondo que, en caso de invalidez o muerte del adquirente, entrará a cubrir el daño sufrido por quienes estaban a su cargo. Este contrato se desarrolla dentro del marco establecido por el principio de buena fe de los contratantes, el cual, por un lado, obliga a la entidad aseguradora a presentar cláusulas claras y expresas en el contrato y, por otro, obliga al tomador a presentar una declaratoria sobre su estado de riesgo ajustada a la verdad y a sus antecedentes médicos. No obstante, existen eventos en los que el tomador de la póliza omite exponer hechos esenciales para determinar el interés de la entidad aseguradora o el monto de la póliza a expedir, los cuales, configuran una reticencia cuando el adquirente tenía conocimiento de circunstancias anteriores al contrato y omitió declararlas en su estado de riesgo, de manera que el contrato estará viciado de nulidad relativa y la entidad aseguradora podrá, a título de sanción, retener el monto que ya se había cancelado; mientras que, en otros eventos, a pesar de existir hechos determinantes anteriores a la adquisición de la póliza, no se constituirá mala fe del tomador por cuanto éste no tenía conocimiento de los hechos, casos en los cuales corresponderá a la aseguradora demostrar lo contrario.





### 3. AUSENCIA DE PARALELISMO DE ACCION

De conformidad con el Artículo 37 del Decreto 2591/91, manifiesto bajo gravedad de juramento que no he presentado otra Acción de Tutela respecto de los mismos Hechos y Derechos.

### 4. PETICIÓN FORMAL

4.1 Que se ampare el derecho fundamental la dignidad humana, la vida, mínimo vital, la igualdad y conculcados y cualquier otro que se determine como violado a favor de mi poderdante.

4.2 Que se **ORDENE** a la Aseguradora del **BANCO FINANDINA S.A.**, para que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, efectúe el trámite necesario para pagar a BANCO FINANDINA de Bogota, como beneficiario de la póliza de seguro de vida grupo deudores, el 100% del saldo insoluto de la obligación adquirida por el Señor RUBEN DARIO MARIN MARIN identificado (a) con la cedula de ciudadanía N° 10.091.287 de Pereira-Risaralda.

4.3 Por los hechos anteriormente expuestos solicito de manera muy respetuosa a la entidad BANCO FINADINA que le sea AFECTADA LA POLIZA VIDA DEUDORES por lo mencionado anteriormente ya que al momento de la valoración de la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ emitió **FECHA DE ESTRUCTURACION DE INVALIDEZ** para el **28 DE MARZO DE 2016**, fecha en la cual estaba al día en los pagos y contaba con la cobertura que se le brindaba en dicha póliza vida deudores.

### 5. PRUEBAS

Documentales:

- Copia de cedula del accionante.
- Copia del Dictamen expedido por la junta regional de invalidez.
- Copia carta de solicitud de aplicación de seguro de vida e incapacidad total y permanente con fecha de 31 de mayo de 2019.
- Derecho de petición radicado ante el BANCO FINANDINA el día 19 de marzo de 2019
- Factura del BANCO FINANDINA en donde relacionan los valores adeudados.

### PRUEBAS DE OFICIO

-Si su señoría lo desea, solicito se sirva oficiar a la entidad accionada con el fin de que allegue copia íntegra de la póliza de seguro de deuda y/o de Vida Grupo Deudores para garantizar los créditos mencionados en caso de muerte o incapacidad permanente, suscrita por la entidad **BANCO FINANDINA** y tomada por mi poderdante, así mismo que dicha entidad envíe copia de la objeción dada por esta entidad.





## 6. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundamento mi pedimento en lo establecido en los artículos Art. 23, 86 de la Constitución Política y Decreto 2591 de 1991, D. L. 1382/2000; Art. 6° del C.C.A.; ley 33 de 1985.

## 7. ANEXOS

- 7.1 Poder debidamente otorgado
- 7.2 Las pruebas relacionadas en el acápite respectivo
- 7.3 Copia del traslado (2) y (1) copia para el archivo del juzgado

## 8. NOTIFICACIONES

A la **Accionante** y al suscrito en la carrera 9 No. 18<sup>a</sup>-01 Barrio Chapinero - Neiva (Huila) Teléfono 8578398 Celular 300-477-6007  
Correo Electrónico: [alvaropachecorico@gmail.com](mailto:alvaropachecorico@gmail.com)

Al **Banco Finandina** en la KM 17 carretera Central del norte vereda Fusca - Chía, Teléfono: 219-19-19 oficina administrativas: 651-19-19 Correo Electrónico: [notificacionesjudiciales@bancofinandina.com](mailto:notificacionesjudiciales@bancofinandina.com)

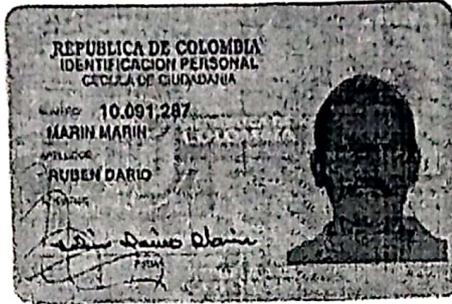
A La **Aseguradora del BANCO FINANDINA - BNP PARIBAS CARDIF**, en la Carrera 7 # 75 - 66, piso 10. Bogotá, D.C. Teléfono: +57 (1) 744 4040 Correo Electrónico: [atencionalcliente@cardif.com.co](mailto:atencionalcliente@cardif.com.co)

Atentamente,



**ALVARO PACHECO RICO**  
CC. 12.104.381 de Neiva (H)  
T.P. No. 208559 C.S. de la J.





En este momento esta zona no cuenta con cobertura para entregarte información detallada de la ruta que lleva tu envío, Estamos trabajando para habilitarla próximamente.

El rastreo de envíos en el mapa solo aplica para ciudades principales.



Bogotá D.C., 23 de Julio de 2016  
DNF COL - 10078

Señor  
**RUBEN DARIO MARIN MARIN**  
CALLE 8 SUR NRO, 12 A 61  
BARRIO LA JULIA  
rdmolimpica@yahoo.com  
Teléfono: 3184936798- 3204968032  
BUGA - VALLE DE CAUCA

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Asunto: Notificación Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral.  
Asegurado : **RUBEN DARIO MARIN MARIN**  
Cédula : 10.091.287  
No. Reclamo : 600017151

Apreciados señores Ruben

Reciba un cordial saludo de parte de todo el equipo de la Dirección Nacional de Pensiones de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. Teniendo en cuenta que Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías contrato a partir del 1 de Julio de 2016 el Seguro de Invalidez y Sobrevivientes para sus afiliados con la Compañía de Seguros Bolívar S.A., de conformidad con la facultad que fue concedida por disposición del artículo 142 del Decreto 0019 de 2012, Seguros Bolívar S.A., en su calidad de Aseguradora del seguro previsional de Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías, a través de su Equipo Interdisciplinario de Calificación, ha emitido la siguiente calificación de su Pérdida de Capacidad Laboral:

Pérdida de Capacidad Laboral	73.05%
Fecha de Estructuración	28 de Marzo de 2016
Origen	ENFERMEDAD COMUN

Adjunto usted encontrará el dictamen junto con la ponencia, por lo tanto, le solicitamos que lea cuidadosamente los documentos que usted está recibiendo y proceder de la siguiente manera:

- 1. En el evento de una inconformidad:** De acuerdo con el artículo 142 del Decreto 0019 de 2012, si usted no está de acuerdo con el dictamen, porque no comparte el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, la fecha de estructuración o el origen, deberá, en el término de diez (10) días hábiles contados a partir de la notificación de esta comunicación, enviar un escrito a esta Aseguradora, en el que manifieste los motivos de su inconformidad. En este evento, su caso será enviado para calificación a la Junta Regional competente, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la radicación de su comunicación, por cuanto contra el dictamen emitido por esta Aseguradora no procede ningún recurso, solo el trámite correspondiente ante las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez.

No sobre advertir, que si dentro del término de diez (10) días no recibimos ninguna comunicación en la que se manifieste su Inconformidad con el dictamen emitido por esta Aseguradora, dicha calificación quedara en firme.

- 2. Proceso de calificación ante la Junta Regional:** Contra el dictamen que emita la Junta Regional de Calificación, en el evento que su caso haya sido remitido a esa entidad, si usted no está conforme con este, porque no comparte el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, la fecha de estructuración o el origen, deberá, interponer los recursos de reposición y apelación dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haber sido notificado del dictamen. Cabe recalcar que, dicho recurso usted lo tiene que radicar ante la Junta Regional competente y acreditar las pruebas que se pretendan hacer valer para que su caso sea revisado por la Junta Nacional de Calificación. Una vez haya radicado dicho recurso en la Junta es indispensable que nos haga llegar copia de éste, con el fin de estar atentos a las decisiones que tome la Junta Regional competente.

Ahora bien, si usted no se manifiesta dentro de este término, el dictamen quedará en firme.

Compañía de Seguros Bolívar S.A. • Nit 860.002.503-2  
Av. El Dorado N. 68B-31 • Tel. 341 00 77 • Bogotá, Colombia  
www.segurosbolivar.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Forma B-007 (Red.may/15)

En este momento esta zona no cuenta con cobertura para entregarte información detallada de la ruta que lleva tu envío, Estamos trabajando para habilitarla próximamente.

- El rastreo de envíos en el mapa solo aplica para ciudades principales.

+

Mayo 31 de 2019

Radicado

3000050367



Señores  
BANCO FINANADINA  
Ciudad

REF. Solicitud de Aplicación de Seguro de Vida y de Incapacidad Total y Permanente, por pérdida de Capacidad Laboral en 73.05%.

Con el debido respeto y haciendo uso del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, regido por el Código de Comercio, y teniendo en cuenta que me ha sido decretado pérdida de la Capacidad Laboral en el 73,05% según calificación adjunta emitida por la Dirección Nacional de Pensiones de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. en su calidad de Aseguradora del seguro Previsional de Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías, quien a través de su Equipo Interdisciplinario de Calificación, emitió, con fecha de Estructuración 28 de Marzo de 2016, la Pérdida de Capacidad Laboral.

Por lo anterior solicito dar Aplicación del Seguro de Vida y de Incapacidad Total y Permanente a cada uno de los créditos y obligaciones que tengo contratados a nombre de RUBEN DARIO MARIN MARIN, identificado con la cédula de ciudadanía 10.091.287 con la entidad Financiera, y del cual se me hizo tomar al momento de otorgar dichos créditos por cualquier concepto que se me hayan autorizado, y dar aplicación desde la fecha de Estructuración 28 de Marzo de 2016, en que se emitió la pérdida de capacidad laboral.

Para la formalización de la reclamación por este anexo, aporto la historia clínica completa y la valoración de la pérdida de la capacidad laboral en un 73.05%, a través de la entidad competente, quien determinó el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral y la fecha de Estructuración 23 de marzo de 2016.

Dirección de Notificación:

Calle 8 sur No. 12A-61, Barrio la Julia Guadalajara-Buga Valle del Cauca, teléfono 3184936798, Correo electrónico: rdmolimpica@yahoo.com

Atentamente,

RUBEN DARIO MARIN MARIN  
C.C. 10.091.287

En este momento esta zona no cuenta con cobertura para entregarte información detallada de la ruta que lleva tu envío, Estamos trabajando para habilitarla próximamente.

El rastreo de envíos en el mapa solo aplica para ciudades principales.



INICIO SOLUCIONES NOTICIAS Y PROMOCIONES TRANSACCIONES

NUESTRO NEGOCIO

INGRESAR

COTIZA TUS ENVÍOS

SOLICITUD DE RECOLECCIÓN

CONSULTA TU FACTURA

TARIFAS

NUESTRA RED

DESTINOS Y TRAYECTOS

RECUPERAR CONTRASEÑA

RETAIL WEB

SISCLINET

DE TALLE RISTUNIAL



SELECCIÓN COLOMBIA S.A.S. - SELECCIÓN COLOMBIA S.A.S. - SELECCIÓN COLOMBIA S.A.S. - SELECCIÓN COLOMBIA S.A.S. - SELECCIÓN COLOMBIA S.A.S.

Teléfono: 01 (80) 430

Teléfono: 01 (80) 430

GUÍA No:

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

01 (80) 430

BOG 11 SELECCIÓN COLOMBIA S.A.S. BOGOTÁ LINDEMAYANCA NEQUIVA

SELECCIÓN COLOMBIA S.A.S. BOGOTÁ LINDEMAYANCA NEQUIVA



Código electrónico

Código electrónico

Entregado Devuelto En Proceso

En este momento aún no se cuenta con cobertura para entrega información detallada de la ruta que lleva tu envío. Estamos trabajando para habilitarla próximamente.

El número de envíos en el mapa solo aplica para ciudades principales.



Señores  
**BANCO FINANDINA**  
E. S. D.

## REFERENCIA: DERECHO DE PETICIÓN

**ÁLVARO PACHECO RICO**, Identificado con la CC. No. 12.104.381 de Neiva, con tarjeta profesional No. 208559 del Consejo Superior de la Judicatura; En representación del Señor **RUBÉN DARÍO MARÍN MARÍN**, mayor de edad, Identificado con C.C. No. 10.091.287 de Pereira, según poder debidamente conferido, me permito presentar ante ustedes derecho de petición respetuosa consagrada en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y los artículos 13,15,16,22,27,32 y 33 del código CPACA ley 1437 del 2011, en la ley estatutaria 1755 del 30 de junio 2015 y demás normas concordantes, con respecto a los siguientes:

### HECHOS

1. Mi representado, el señor **RUBÉN DARÍO MARÍN MARÍN** adquirió con la entidad financiera **BANCO FINANDINA** con el número de Tarjetas crédito Numero 4841939639654825 por un valor a pagar de dieciséis millones trescientos ochenta y siete mil ochocientos once pesos (\$16.387.811) M/Crte, obligación crediticia, la cual se encuentra asegurada desde el momento en que se otorgó...
2. El señor **RUBÉN DARÍO MARÍN MARÍN** identificado con C.C. No. 10.091.287 de Pereira, le fue reconocida la Pensión de Invalidez por parte de Colfondos Pensiones y Cesantías, perdida de la capacidad laboral del 73.05% con fecha de estructuración del 28 de marzo de 2016.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, presento las siguientes:

### PETICIÓN

- 1) Que la aseguradora del BANCO FINANDINA., cumpla lo pactado como es la cancelación de las obligaciones crediticias adquiridas por el señor **RUBÉN DARÍO MARÍN MARÍN**, en razón su pérdida de capacidad laboral la cual fue calificada en un 73,5% de origen común con fecha de estructuración del 28 de marzo de 2016.
- 2) Que se haga llegar copia a la aseguradora correspondiente a este seguro del crédito con número de tarjetas de crédito así: TARJETA No.



Juriscontinental Asociados / Cra 9 # 18A-01 Barrio Chapinero  
Cel: 300 477 60 07 - 317 746 40 55 Tel: 857 83 98 Neiva - Huila  
alvaropachecorico@gmail.com - juridicacv@outlook.com  
www.juriscontinental.com



84419396639654825..por Valor de dieciséis millones trescientos ochenta y siete mil ochocientos once pesos (\$16.387.811) M/Crte

## FUNDAMENTOS JURÍDICOS

### EL CONTRATO DE SEGURO

Es una figura jurídica concebida como un acuerdo de voluntades por el cual una persona llamada tomador –o beneficiario- se obliga al pago de un prima a favor de otra llamada asegurador, con el fin que esta última cubra los daños causados por la ocurrencia de riesgo –siniestro- que afecta la integridad física o el patrimonio del primero. Su creación ha sido el producto de la evolución que han sufrido las costumbres mercantiles en occidente, las cuales partieron de la misma necesidad que tiene el ser humano por desarrollar mecanismos que le brinden condiciones de protección y seguridad en cada uno de los aspectos de su vida, para con ello obtener el mayor grado de prevención posible frente a daños a su integridad física, salud, patrimonio, bienes y demás factores que afectan su existencia.

Ahora bien, el desarrollo de este contrato a lo largo de los años ha dado lugar a diversas modalidades, entre las cuales se destacan los seguros: (i) terrestres, marítimos y aéreos, que obedecen a la naturaleza de los riesgos asegurados; (ii) sociales e individuales, de acuerdo a su objeto y adquirentes; y (iii) de daño y de persona, si recaen sobre el patrimonio del asegurado o su integridad física. Estas categorías, a su vez se ramifican en otras variedades de seguros, pero en esta ocasión la Sala abordará el estudio de la última de ellas, pues en los seguros de personas se encuentra incorporado el seguro de vida, el cual es precisamente la modalidad adquirida por los accionantes dentro de este proceso.

### EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA

Esta modalidad contractual hace referencia al acuerdo de voluntades que realizan el tomador de póliza y la entidad aseguradora, donde el primero se obliga al pago de una prima destinada a integrar un fondo que, en caso de invalidez o muerte, habrá de amparar los perjuicios que sufran aquellos que estaban a su cargo, que serán llamados beneficiarios de la póliza. El desarrollo legal de este contrato se enmarca dentro del régimen establecido en los artículos 1151 a 1162 del Código de Comercio. Igualmente, el artículo 1045 del mismo estatuto menciona los elementos que integran esta modalidad de contrato, discriminados así: (i) el interés asegurable; (ii) el riesgo asegurable; (iii) la prima o precio del seguro, y (iv) la obligación condicional del asegurador.

El interés asegurable hace referencia a la disposición que presentan las partes al momento de manifestar las condiciones y posibilidades del contrato. Por





un lado, la entidad aseguradora, una vez conocida la declaratoria de riesgo del interesado, valorará sus condiciones y determinará si accede o no a cubrir el riesgo expuesto, o bajo qué términos lo haría. Por otro lado, el interesado examinará la propuesta y resolverá obligarse al monto que indique la aseguradora.

El riesgo asegurable es aquel siniestro posible o probable que se pretende cubrir con el pago de la póliza que para el caso que nos ocupa del señor **RUBÉN DARÍO MARÍN MARÍN** es la Incapacidad permanente.

La prima o precio del seguro hace referencia a la suma o importe que deberá cancelar el asegurado para obtener la cobertura del riesgo valor. Resulta como producto de la determinación que realiza la entidad aseguradora sobre los hechos y circunstancias expuestas por el tomador de la póliza.

El último de los elementos que integran el contrato de seguro es la obligación condicional del asegurador, la cual implica que dentro de este contrato el asegurador establece un marco delimitado de acción sobre el cual se desarrolla la ejecución de la póliza adquirida, de manera que únicamente serán cubiertos los daños ocasionados por los siniestros determinados en el contrato, es decir, que la obligación de hacer efectiva la póliza surgirá al momento en que acontezca alguno de los riesgos que se estipularon en el contrato de seguro. En este sentido, el asegurador no se encuentra obligado a pagar cualquier tipo de perjuicio que acaece sobre el tomador de la póliza, sino sólo en aquellos eventos discriminados y seleccionados por la entidad aseguradora dentro del contrato estipulado como lo son en el caso del señor **RUBÉN DARÍO MARÍN MARÍN** la Incapacidad permanente; cuya invalidez se estructuró a partir del día 23 de marzo de 2016 por enfermedad común, la cual no existía para la fecha en que adquirió las obligaciones crediticias.

En este orden de ideas, cabe precisar que los elementos descritos deben desenvolverse sobre el plano que extiende el principio de buena fe en los contratos, pues en todos ellos es esencial que la declaratoria de voluntad se encuentre libre de vicios de voluntad para poder guardar el equilibrio de la relación. Así las cosas, el contrato de seguros se rige por un estricto cumplimiento del principio de buena fe entre las partes, toda vez que a partir de la declaración de voluntad emitida por el adquirente, el asegurador puede identificar los márgenes sobre los cuales se desplegarán los efectos de la póliza adquirida, y a su vez establecer la modalidad y el monto que debe pagar el adquirente. Por esta razón, la declaración que rinde el tomador del seguro al momento de contratar con la entidad aseguradora debe ajustarse a los términos de la verdad y mostrar la real condición de quien la obtiene, de lo contrario esto generaría una nulidad dentro del contrato que haría inviable la ejecución de la póliza.

## JURISPRUDENCIA





La Jurisprudencia Constitucional a determinado que la Constitución Política, en su artículo 23 consagra que "toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución." <sup>1</sup>

## ANEXOS

- Poder debidamente diligenciado
- Valoración de pérdida de capacidad laboral de fecha 23 de julio de 2018,
- Reconocimiento de pensión de invalidez de fecha 07 de febrero de 2019.
- Copia cedula de ciudadanía y Tarjeta profesional

## NOTIFICACIONES

Para efectos de notificaciones, Carrera 9ª No.18ª-01 Barrio Chapinero- Neiva (Huila)  
Tel. 8578398- cel. 300 477 60 07  
Correo electrónico alvaropachecorico@gmail.com

Agradezco la atención y pronta respuesta a la presente,

Atentamente.

  
ÁLVARO PACHECO RICO  
CC. No. 12.104.381 de Neiva  
T.P. No. 208559



<sup>1</sup> Sentencia T-842 DE 2007





Señores

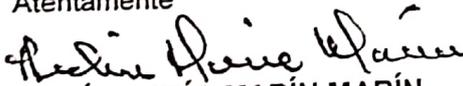
GERENTE BANCO FINANDINA.  
E. S. D

PODER ESPECIAL

RUBÉN DARÍO MARÍN MARÍN , mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 10.091.287 de Pereira (Risaralda), me permito manifestar a su Entidad respetuosamente, Que confiero poder Especial amplio y suficiente ALVARO PACHECO RICO, abogado en ejercicio con Cedula de ciudadanía No. 12.104.381 de Neiva y T.P. 208559 C.S.J , para que presente en mi nombre solicitud de derecho PETICIÓN ante la entidad financiera FINANDINADA, Reconocimiento pago seguro deudor contraída con esa entidad

Otorgo a mi apoderado las facultades consagradas en el Artículo 70 del C.de P.C, en especial las de recibir, desistir, transigir, tachar, conciliar, revocar sustituir reasumir y en fin todas aquellas facultades que otorga la ley, y que sean necesarias e inherentes para el cabal cumplimiento del presente mandato.

Atentamente

  
RUBÉN DARÍO MARÍN MARÍN  
CC. 10.091.287 de Pereira (Risaralda)

ACEPTO

  
ALVARO PACHECO RICO  
CC. No. 12-104.381 de Neiva  
TP. No. 208559 C. S. J



Juriscontinental Asociados / Cra 9 # 18A-01 Barrio Chapinero  
Cel: 300 477 60 07 - 317 746 40 55 Tel: 857 83 98 Neiva - Huila  
alvaropachecorico@gmail.com - juridicacv@outlook.com  
www.juriscontinental.com

LA NOTARIA TERCERA DE LOS CONDADO DE NEVA  
MARRI, DE CONDADO

Que el Anterior Occidental GAS And Petroleum  
Fue Presentado por el Plano pasencia 1520

Identificado con el 12104301  
*[Handwritten signature]*

21 DIC 2020



*[Handwritten signature]*

LA NOTARIA TERCERA DE LOS CONDADO DE NEVA  
MARRI, DE CONDADO

Que el Anterior Occidental GAS and PETROLIUM  
Fue Presentado por el PASO MARRI MARRI

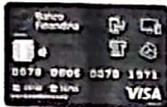
Identificado con el 10091207  
*[Handwritten signature]*

21 DIC 2020



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



RUBEN DARIO,

Una tarjeta que te devuelve el 1% de lo que compras en kilómetros  
Visítanos en [www.bancofinandina.com](http://www.bancofinandina.com)

<b>VALOR A PAGAR</b>	
16.387.811	
<b>FECHA LÍMITE DE PAGO</b>	<b>Nº. DE TARJETA</b>
INMEDIATO	4841939639654825

PLAN KILOMETROS	
Acumulados	24.13
Acumulados Período	0.00
A Vencer	0.00
Restados	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>24.13</b>

**CONSUMOS DEL MES CON LA TARJETA QUE TE MUEVE**

Estimado cliente, hemos detectado que su tarjeta de crédito se encuentra en mora. lo invitamos a que realice el pago inmediato en cualquiera de los canales habilitados por el Banco Finandina para tales efectos. Recuerde que esta situación puede causarle un reporte negativo en centrales de información, además de no disfrutar de todas las ventajas de su Tarjeta de Crédito. Si ya realizó el pago, agradecemos hacer caso omiso de esta comunicación.

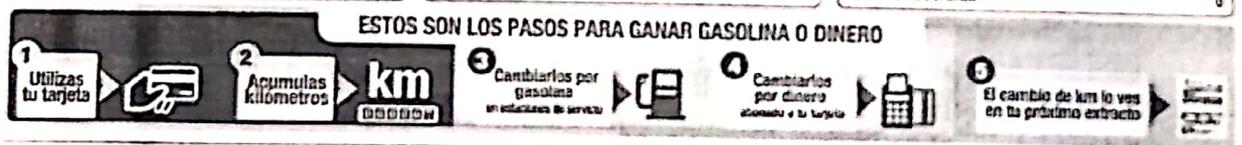
RESUMEN							
Pago mínimo	Fecha límite de pago	Fecha de corte	CUPO TOTAL	CUPO DISPONIBLE	Cupo de avances	Disponibles avances	Utilizaciones del período
16,387,811	INMEDIATO	2020-12-17	1	0	1	0	0

COMPRAS Y CARGOS														
DD	MM	AA	Detalle	Mon ext	Tasa efectiva anual (%)	Valor compra		Valor cuota mes	Valor pendiente por diferir	Número de cuotas				
						ME	ML			Total	Fact.	Pend.		
17	12	20	RUBEN MARIN ****4825 INTERES DE MORA					130.158						

RESUMEN PAGO MÍNIMO	
SALDO EN MORA	16.257.653
+ Cuota consumo mes	0
+ Diferidos meses anteriores	0
+ Intereses	130.158
+ Avances	0
+ Otros cargos	0
+ Sobrecupo	16.387.810
<b>= PAGO MÍNIMO</b>	<b>16,387,811</b>

RESUMEN SALDO TOTAL	
SALDO ANTERIOR	16.257.653
+ Consumo del mes	0
+ Intereses	130.158
+ Avances	0
+ Otros cargos	0
- Pagos	0
- Plan Kilómetros	0
- Devoluciones	0
- Saldo a favor	0
<b>= PAGO TOTAL</b>	<b>16,387,811</b>

RESUMEN APLICACIÓN DE PAGO	
Total Pagado	0
Capital	0
Intereses Corrientes	0
Intereses de Mora	0
Otros Cargos	0
Gasto de Cobranza	0



**Nº. DE TARJETA**  
4841939639654825

**FECHA DE PAGO**



**Paga aquí**

FORMA DE PAGO	
CONCEPTO	VALOR EN PESOS \$
Efectivo	
Cheques ( / )	
Total Pagado:	

DETALLE DE LOS CHEQUES		
COD BANCO	Nº CHEQUE	VALOR \$

**TELÉFONO FIJO**

**CELULAR**

[www.jurisccontinental.com](http://www.jurisccontinental.com)

Escaneado con CamScanner

**FORMAS DE PAGO**

**PAGOS SIN FILAS Y DESDE CUALQUIER CUENTA**



**RED DE OFICINAS BANCO FINANINDINA**

Oficina	Ciudad/Dirección	Horario Lunes - Viernes
<b>Dirección General</b>	Kilometro 17 Carretera central del norte Chia	9:00 a.m. - 12:00 p.m. / 1:00 p.m. - 4:00 p.m.
<b>Pepe Sierra</b>	Bogotá AV 19 # 116 - 15	8:30 a.m. - 5:00 p.m.
<b>Salitre Plaza</b>	Bogotá Kr 69B No 24 - 39 Lc 283 CC Salitre Plaza	9:00 a.m. - 6:00 p.m.
<b>Av. Chile</b>	Bogotá Cr 7 No 70a - 32	8:30 a.m. - 5:00 p.m.
<b>Chipchape</b>	Cali Calle 38N No 6M - 35 Lc 519A 14 CC Chipchape	9:00 a.m. - 11:30 a.m. / 2:00 p.m. - 6:00 p.m.
<b>Barranquilla</b>	Barranquilla Kr 58 No 74 - 162 Local 1	8:00 a.m. - 11:30 a.m. / 2:00 p.m. - 5:00 p.m.
<b>Bucaramanga</b>	Bucaramanga Calle 42 No 28 - 77 Fd Este Club 42	8:00 a.m. - 11:30 a.m. / 2:00 p.m. - 5:00 p.m.
<b>Ibague</b>	Ibague Km 4 Vía al Papayo Glorieta Miroldo	8:00 a.m. - 11:30 a.m. / 2:00 p.m. - 5 p.m.
<b>Medellín</b>	Medellín Kr 43A No 23 - 49 Lc 134 CC Av Mat	8:00 a.m. - 11:30 a.m. / 2:00 p.m. - 5 p.m.
<b>Perera</b>	Perera, Calle 15 No 13 - 110 Lc 211 CC Perera Plaza	9:00 a.m. - 11:30 a.m. / 2:00 p.m. - 6:00 p.m.
<b>Villavicencio</b>	Villavicencio, Av 40 No 26C - 10 Lc 2 - 12 CC Un centro	8:30 a.m. - 11:30 a.m. / 2:00 p.m. - 6:00 p.m.

**También puedes pagar tu tarjeta de crédito en los Bancos que pertenecen a la red Visa en Colombia\*:**

- Banagrario
- Helm Bank
- Banco Popular
- Banco Caja Social
- HSBC
- Banco de Bogotá
- Banco de Occidente
- Colpatría
- AV Villas
- BBVA
- Banco GNB
- Davivienda
- Banco Santander

ENTIDAD	Banco de Occidente	Bancolombia 572
CONVENIO	215055542	Corresponsal Bancario*

Presentando copia del extracto\*

**OBSERVACIONES**

- Los cheques deben ser girados a nombre de Banco Finandina anotando la siguiente información: Banco Finandina, NIT 860.051.83M-6, Carrera Atilagado del Guadalupe, Documento de Identidad del Titular, Teléfono del Titular, Número de TC, Cuenta en cuenta del primer beneficiario.
- En caso de no recibir el extracto puedes registrarlo a través de [www.bancofinandina.com](http://www.bancofinandina.com) en donde podrás obtener una copia o también puedes comunicarte con nuestra línea fácil en donde te informamos el valor de tu comprobante. Recuerda que en caso de no recibirlo en estas fechas de realizar el pago, el saldo de tu cuenta.
- Recomendamos mantener actualizados los datos de contacto de manera que recibas de forma inmediata la información de tu saldo y la notificación de transacciones a través de mensajes de texto.
- Al realizar tus compras no pierdas de vista tu tarjeta de crédito y al momento de recibirla verifica que sea tu tuya, adicionalmente al realizar Avances en efectivo a tu tarjeta con producción exitosa que otras personas puedan verla.
- En caso de recibir un mensaje en tu celular sobre una transacción que no hayas realizado por favor comunicarte de inmediato con nuestra línea fácil para realizar el bloqueo de la tarjeta, puede tratarse de una tarjeta clonada.
- En caso de cualquier inconveniente puedes comunicarte con nuestro Servicio al Cliente en su línea 24 horas al día en la ciudad de Bogotá al número 2191919, en las demás ciudades al número 018000912886.
- El defensor del consumidor financiero del Banco Finandina principal Dr. Carlos Mario Sierra y soporte es la Dra. Sonia Elizabeth Rojas Izquierdo, con dirección Avenida Calle 72 No. 6-30 Piso 18, Pbx. 4673700 y correo electrónico [defensor@bcofinandina.com](mailto:defensor@bcofinandina.com).
- En atención a lo establecido en la Ley 1269 de 2008 (Protección Financiera) el Banco Finandina le garantiza que la información contenida en los extractos o estados de cuenta que hoy en día no se emiten al momento de la obtención del valor de la cuenta corriente y forma de vinculación, podrán ser modificados en cualquier momento de acuerdo con las obligaciones a tu cargo, incluyendo las cuotas o intereses que se generen en tu cuenta corriente, por lo tanto, si deseas que se genere un informe de las operaciones que se generen en tu cuenta corriente, el Banco Finandina generará un reporte regular a dichas operaciones, el cual te llegará por el teléfono o correo.
- Si su obligación es consignar al crédito privado, recuerde que de cada pago realizado de manera automática se abogará el 20% sobre el valor pagado.

TASA INTERÉS COMPRAS	TASA INTERÉS AVANCES	TASA INTERÉS IMPUESTOS	TASA INTERÉS MORA
24.75%	24.75%	24.75%	25.69%

**Pague su crédito fácil, rápido y seguro usando su cuenta de cualquier Banco desde**

**[www.bancofinandina.com](http://www.bancofinandina.com)**



**Banco Finandina**

**SERVICIO AL CLIENTE**



servicioalcliente@bancofinandina.com



**Línea fácil:**  
Bogotá 2191919  
Resto del país 018000912886

Escaneado con CamScanner



Señores

JUEZ DE TUTELA NEIVA (REPARTO)

E. S. D.

ASUNTO: PODER

RUBÉN DARÍO MARÍN MARÍN mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía N° 10.091.287 de Pereira-Risaralda, respetuosamente manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente al doctor ÁLVARO PACHECO RICO, identificado con cedula de ciudadanía N° 12.104.381 de Neiva, abogado en ejercicio, portador de tarjeta profesional N° 208559 del C.S.J, domiciliario y residente en Neiva, para que interponga acción de tutela, según el art. 86 de la Constitución Política en contra de la entidad financiera Banco Finandina y su Aseguradora o quien haga sus veces de esas entidades para el reconocimiento del pago del seguro deudor según pérdida de capacidad laboral de un 73.05%, enfermedad común. Otorgada por Seguros Bolívar según el artículo 142 del decreto 0019 de 2012.

Otorgo a mi apoderado las amplias facultades otorgadas en la Ley, en especial las de solicitar conciliación. Presentar peticiones, notificarse, solicitar, y recibir copias, presentar solicitudes respetuosas, conciliar, renunciar, sustituir, reasumir, en fin todas aquellas facultades necesarias e inherentes para el cabal cumplimiento del presente mandato.

Sírvase reconocerlo como mi apoderado en los términos del presente poder.

Atentamente,

RUBÉN DARÍO MARÍN MARÍN  
C.C.10.091.287. de Pereira, Risaralda.

ÁLVARO PACHECO RICO  
C.C. 12.104.381 de Neiva  
T.P. N° 208.559 del C.S.J



Juriscontinental Asociados / Cra 9 # 18A-01 Barrio Chapinero  
Cel: 300 477 60 07 - 317 746 40 55 Tel: 857 83 98 Neiva - Huila  
alvaropachecorico@gmail.com - juridicacv@outlook.com  
www.juriscontinental.com

Escaneado con CamScanner

**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO**  
Artículo 68 Decreto Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



6459170

En la ciudad de Neiva, Departamento de Huila, República de Colombia, el treinta y uno (31) de agosto de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Tercera (3) del Círculo de Neiva, compareció: RUBEN DARIO MARIN MARIN, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 10091287 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

*Ruben Dario Marin*



2317on9wmlx9  
31/08/2021 - 15:57:15



----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la Información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.



**LIBARDO ALVAREZ SANDOVAL**

Notario Tercero (3) del Círculo de Neiva, Departamento de Huila

Consulte este documento en [www.notariasegura.com.co](http://www.notariasegura.com.co)  
Número Único de Transacción: 2317on9wmlx9



Acta 1

Escaneado con CamScanner

