



**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CÚCUTA
SALA CIVIL – FAMILIA**

MANUEL FLECHAS RODRIGUEZ
Magistrado Sustanciador

Proceso	EJECUTIVO CON GARANTÍA REAL
Radicado Juzgado	540013153007201800237 01
Radicado Tribunal	2022-0128-01
Demandante	COLPATRIA
Demandado	LUIS ALEJANDRO SIERRA

San José de Cúcuta, diecinueve (19) de agosto del dos mil veintidós (2022)

ASUNTOS A RESOLVER

Sería del caso que esta Magistratura resolviera de fondo el recurso de apelación interpuesto por la parte ejecutada en contra del auto proferido por el Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Cúcuta el 16 de julio del 2021, a través del cual se negó la solicitud de nulidad formulada por el extremo pasivo; sin embargo, de la revisión de las actuaciones obrantes en la carpeta de primera instancia del expediente digital del proceso bajo estudio, se evidenció que mediante memorial del 22 de agosto de la anualidad que transcurre, la parte ejecutante solicitó la terminación del proceso bajo estudio, aduciendo el pago total de la obligación, por lo que a través de proveído del 9 de septiembre de 2022, el Juez de primera instancia decretó la terminación del proceso de la referencia de conformidad con lo previsto en el artículo 461 del Código General del Proceso, ordenó el levantamiento de las medidas cautelares y archivo el expediente.

Teniendo en cuenta lo anterior y en vista que el proceso bajo estudio se encuentra finiquitado desde el 9 de septiembre de la presente anualidad, este Despacho se abstiene de pronunciarse sobre el recurso de la alzada por sustracción de materia.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

PRIMERO. ABSTENERSE de efectuar pronunciamiento de fondo del recurso de apelación formulado por la parte ejecutada en contra del auto del 16 de julio de 2021, por sustracción de materia.

SEGUNDO: En firme la presente providencia, **DEVUÉLVASE** al juzgado de origen, previa constancia de su salida.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE¹


MANUEL ANTONIO FLECHAS RODRÍGUEZ
Magistrado

¹ En virtud de la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional y de conformidad con lo previsto en el artículo 11 del Decreto-Legislativo 491 del 28 de marzo de 2020, por cuya virtud se autoriza la “firma autógrafa mecánica, digitalizada o escaneada”, se firma el presente documento por quienes integran esta Sala de Decisión.

República de Colombia



*Departamento Norte de Santander
Tribunal Superior
Distrito Judicial de Cúcuta*

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CÚCUTA
SALA CIVIL FAMILIA

Magistrada Sustanciadora: Dra. CONSTANZA FORERO NEIRA

Ref. Rad.: 54001-3153-001-2018-00285-01

Rad. Interno: 2022-0136-01

Cúcuta, diecinueve (19) de septiembre de dos mil veintidós (2022)

Revisado el expediente electrónico, advierte este despacho que la parte demandante a través de su apoderado judicial mediante escrito obrante a folio 028 del cuaderno principal manifestó que desiste del recurso de apelación interpuesto contra el numeral cuarto de la sentencia dictada el 14 de marzo de 2022, por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Oralidad de Cúcuta, dentro de este proceso verbal de responsabilidad civil contractual propuesto por Juan Paulo Pino Granados obrando en nombre propio y como representante legal de la sociedad PINO GRANADOS S.A.S., y los señores María Cecilia Granados Ramírez y Raúl Andrés Pino Granados en contra de Marciana Carillo de Niño y Cesar Augusto Niño Carrillo.

*Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cúcuta
Sala Civil Familia*

Rdo. Interno 2022-0136-01

Por considerar el despacho que la solicitud efectuada reúne los requisitos legales y en virtud a que fue quien promovió el acto procesal que se desiste, se satisfacen las exigencias contenidas en el artículo 316 del Código General del Proceso, y por ello, se acepta el desistimiento del recurso interpuesto.

En consecuencia, la Magistrada sustanciadora

RESUELVE:

PRIMERO: Aceptar el desistimiento que del recurso de apelación, interpuso Juan Paulo Pino Granados obrando en nombre propio y como representante legal de la sociedad PINO GRANADOS S.A.S., y los señores María Cecilia Granados Ramírez y Raúl Andrés Pino Granados, a través de su procurador judicial, contra la sentencia dictada el 14 de marzo de 2022, por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Oralidad de Cúcuta, dentro de este proceso verbal de responsabilidad civil contractual, por lo indicado en la parte motiva.

SEGUNDO: La presente decisión producirá los efectos previstos en el inciso 2° del artículo 316 del Código General del proceso, respecto de quien desiste.

*Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cúcuta
Sala Civil Familia*

Rdo. Interno 2022-0136-01

TERCERO: En firme el presente, vuelva el expediente al despacho para emitir la correspondiente sentencia en virtud del recurso de apelación interpuesto por la parte demandada.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



CONSTANZA FORERO NEIRA

Magistrada



**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CÚCUTA
SALA CIVIL-FAMILIA**

**MAGISTRADO SUSTANCIADOR
DR. MANUEL FLECHAS RODRÍGUEZ**

Proceso	Responsabilidad Civil Contractual
Radicado Juzgado	540013153003202000024-01
Radicado Tribunal	2021-251 -01
Demandante	SERGIO ENRIQUE PEÑALOZA MONTERREY
Demandado	COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A
Litisconsorte Necesario	BANCO DAVIVIENDA S.A – SUCURSAL PAMPLONA

San José de Cúcuta, diecinueve (19) de septiembre del dos mil veintidós (2022)

Esta Sala de Decisión adscrita a la Sala Civil - Familia del Honorable Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cúcuta, en cumplimiento de lo preceptuado en el inciso 3º del artículo 12 de la Ley 1223 del 13 de junio de 2022, procede a emitir sentencia escrita mediante la cual se resuelven los **recursos de apelación** debidamente interpuestos y sustentados por la parte demandante y demandada, en el proceso de **Responsabilidad Civil Contractual** de la referencia, en contra de la sentencia proferida el 31 de agosto de 2021 por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Oralidad de Cúcuta.

A N T E C E D E N T E S

DEMANDA

La parte actora promovió demanda de responsabilidad civil contractual en contra de la Compañía Seguros Bolívar, la que fundamento en los siguientes;

HECHOS

Indicó que a finales del año 2016, el Banco Davivienda S.A le aprobó el crédito “CREDIEXPRESS N° 0606068000074836” a favor del señor Sergio Enrique Peñaloza Monterrey, el cual se encuentra amparado por la póliza de Seguro de Vida Grupo – Deudores N°45155 con vigencia a partir del 19 de enero de 2017, tomada por la entidad bancaria con la Compañía de Seguros Bolívar S.A; teniendo como asegurado al demandante, por los amparos de vida e incapacidad total y permanente, con el 100% asegurado sobre el saldo del crédito de \$150.000.000 millones de pesos y teniendo como beneficiario al Banco Davivienda S.A.

Seguidamente señaló que el 6 de septiembre del 2018, el demandante obtuvo el dictamen de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional N°13349648-

915, en donde se determinó que la parte actora ostentaba una pérdida de la capacidad laboral de 78.48%, el cual fue notificado personalmente el 11 de septiembre de 2018.

Razón por la cual el 24 de septiembre del 2018, el asegurado radicó los documentos que certificaban la pérdida de capacidad laboral ante el Banco Davivienda S.A, con el fin que los mismos fueran remitidos a la Compañía de Seguros Bolívar S.A, y de esta forma hacer efectivos los amparos de incapacidad total y permanente a favor del señor Sergio Enrique Peñaloza Monterrey, teniendo en cuenta la póliza adquirida para amparar el crédito otorgado al demandante.

Adicionalmente refirió que el 12 de abril del 2019, a través de oficio DNI-SV-7534822 la Gerencia de Operaciones Indemnizaciones Seguros de Vida de la Compañía de Seguros Bolívar S.A, emitió respuesta el Banco Davivienda, en donde informaban que no era posible realizar el pago solicitado, teniendo en cuenta que el asegurado había incurrido en una declaración reticente que generó la nulidad relativa del contrato de seguro, pues omitió en la declaración de asegurabilidad indicar su verdadero estado de salud, dado que historias clínicas que allegadas con la reclamación, se encontró que el demandante ya había sido diagnosticado de *Diabetes Mellitus tipo II* e *Hipertensión arterial*, para el momento en que adquirió la póliza, ya que con anterioridad había recibido tratamiento, circunstancias importantes del estado de salud que no fueron informadas a momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

De igual forma, mediante oficio DNI-SV-7534822 la Gerencia de Operaciones Indemnizaciones Seguros de Vida de la Compañía de Seguros Bolívar S.A, manifestó que no se podía acceder al pago requerido, toda vez que cuando el asegurado adquirió la obligación con el Banco Davivienda S.A, INFORMÓ QUE GOZABA DE BUENA SALUD, razón por la cual la compañía le otorgó la cobertura en condiciones normales y no practicó exámenes médicos de ingreso al asegurado, sin percatarse que posteriormente éste incurriría en una declaración reticente que generaría la nulidad relativa del contrato de seguro, toda vez que omitió en la declaración de asegurabilidad manifestar su verdadero estado de salud.

Por último, manifestó que el 16 de enero de 2020, se realizó la audiencia de conciliación extrajudicial en el centro de conciliación y mediación sede Cúcuta de la Policía Nacional de Colombia, sin que se llegara a un acuerdo conciliatorio de los extremos procesales

Con base a los referidos hechos, la parte actora solicitó la declaración de las siguientes;

PRETENSIONES

- Declarar a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. civil y contractualmente responsable del incumplimiento del contrato de seguro cubierto por la póliza de Seguro de Vida Grupo de Deudores DE- 455155, que ampara la incapacidad total y permanente del demandante en el crédito CREDIEXPRESS N° 06306068000074836, con vigencia desde el 19 de enero de 2017 por un valor de \$ 150.000.000, crédito éste tomado por mi cliente con el Banco Davivienda.

- Como consecuencia de lo anterior, condenar a la Compañía de Seguros Bolívar a pagar al Banco Davivienda S.A, el saldo insoluto de la obligación adquirida con dicha entidad bancaria en el crédito CREDIEXPRESS N° 06306068000074836.
- Así mismo, condenar a la Compañía de Seguros Bolívar S.A., a que reconozca y pague al señor PEÑALOZA MONTERREY los intereses moratorios causados desde el 11 de julio de 2019, fecha en que la aseguradora negó el amparo de la incapacidad total y permanente cubierto por la póliza de seguro de vida de DE-451155 que ampara el crédito CREDIEXPRESS N° 06306068000074836 hasta el 24 de enero de 2020.
- El pago de los intereses moratorios de Ley sobre las cantidades que resulten en favor de la parte actora, desde la fecha en que deba hacerse el pago hasta aquella en que efectivamente se realice.
- Que se condene en costas y agencias en derecho a la compañía de seguros demandada.

PRUEBAS ALLEGADAS POR LA PARTE DEMANDANTE

Así mismo, allegó copia del certificado individual de Seguro de Vida Grupo - deudores de la póliza N°45155 expedido por Seguros Bolívar S.A¹; copia del dictamen de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional N° 13349648-945 expedido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Norte de Santander del 6 de septiembre de 2018²; copia del oficio con asunto de “*entrega de documentos, evaluación seguro bancario*” del 24 de septiembre de 2018³; copia de la respuesta dada por Seguros Bolívar S.A, a través de oficio DNI-SV-7534822 del 12 de abril de 2019⁴; oficio DNI-SV-R-7534822 del 11 de julio del 2019 de la Gerencia de operaciones seguros de vida de la compañía seguros Bolívar S.A⁵; ejemplar del Certificado de existencia y representación legal de la Compañía de Seguros Bolívar S.A⁶; copia de las historias clínicas del señor Peñaloza Monterrey⁷; y copia del Acta de no conciliación N° 172683⁸ y auto mediante el cual libra mandamiento de pago a favor del Banco Davivienda S.A – Oficina Pamplona a cargo de Sergio Enrique Peñaloza Monterrey dentro del proceso ejecutivo “disposiciones especiales para la efectividad de la garantía real”, adelantado ante el Juzgado Segundo Civil Laboral del Circuito de Oralidad de Pamplona.⁹

TRÁMITE DE PRIMERA INSTANCIA

La demanda se presentó el 28 de enero del 2020, correspondiéndole por reparto al Juzgado Tercero Civil de Circuito de Oralidad de Cúcuta¹⁰, el cual, mediante auto admitió la

¹ Folio 21 del Archivo 002 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

² Folios 23-29 del Archivo 002 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

³ Folio 30 del Archivo 002 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

⁴ Folios 31-32 del Archivo 002 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

⁵ Folios 33-35 del Archivo 002 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

⁶ Folios 36-63 del Archivo 002 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

⁷ Archivo 022 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

⁸ Folios 64 -68 del Archivo 002 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

⁹ Folios 100- del Archivo 002 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

¹⁰ Folio 69 del Archivo 002 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

demanda¹¹, y se le imprimió el trámite de un proceso verbal, fue notificada personalmente el 7 de febrero de 2020 ¹².

Posteriormente, a través de memorial fechado el 11 de marzo del 2020¹³, la parte actora presentó reforma de la demandada, en donde adicionó como litisconsorte necesario al Banco Davivienda S.A – Sucursal de Pamplona, y allegó como prueba adicional a las previamente indicadas el auto mediante el cual libran mandamiento de pago a favor del Banco Davivienda y a cargo del Sergio Enrique Peñaloza Monterrey, dentro del proceso ejecutivo “Disposiciones especiales para la efectividad de la garantía real”¹⁴, la cual fue aceptada mediante auto¹⁵, el cual fue notificado personalmente al apoderado judicial de la entidad bancaria el 21 de agosto de 2020¹⁶, y se efectuó el respectivo traslado de la reforma de la demanda a la Compañía de Seguros Bolívar a través de correo electrónico¹⁷, quienes a través de sus apoderados judiciales contestaron la reforma de la demanda bajo los siguientes términos:

La Compañía de Seguros Bolívar S.A, contestó la demanda aceptando algunos hechos, otros los negó y expresó que otros no le constaban, de igual forma, se opuso a la totalidad de la pretensión, indicando que las mismas están llamadas al fracaso toda vez que el contrato de seguro es nulo por reticencia.

Como excepciones de mérito formuló, las que denominó “*Nulidad del contrato de seguro por reticencia en la declaración del estado del riesgo por parte del asegurado*” y “*Falta de demostración de siniestro – Inexistencia de Siniestro*”, fundamentadas como aparecen a folios 7 al 10 de archivo 009, del cuaderno de primera instancia del expediente digital.

PRUEBAS QUE APORTÓ

Ahora, como pruebas documentales allegó Certificado individual de Seguro Vida Grupo-Deudores¹⁸, anexo para póliza deudores¹⁹, anexo de incapacidad total y permanente²⁰; copia de la declaración de asegurabilidad diligenciada y firmada el 9 de diciembre del 2016²¹, copia del formato único para reclamaciones de seguros de vida y sus anexos del 26 de septiembre de 2018²²; Oficio DNI-SV-7538422 del 12 de abril del 2019, a través del cual dan respuesta al Banco Davivienda S.A²³; ejemplar de la respuesta dada el 11 de julio de 2019 al señor Sergio Enrique Peñaloza Monterrey mediante oficioDNI-SV-7534822²⁴, copia de dictamen de determinación de pérdida de capacidad laboral²⁵; copia historia clínica de la Fundación Cardiovascular²⁶; copia de la historia clínica electrónica de la Fundación

¹¹ Folio 70 del Archivo 002 de la carpeta de primera instancia del expediente digital
¹² Folio 75 del Archivo 002 de la carpeta de primera instancia del expediente digital
¹³ Folio 82-99 del Archivo 002 de la carpeta de primera instancia del expediente digital
¹⁴ Folio 100-103 del Archivo 002 de la carpeta de primera instancia del expediente digital
¹⁵ Archivo 006 de la carpeta de primera instancia del expediente digital
¹⁶ Archivo 16 de la carpeta de primera instancia del expediente digital
¹⁷ Archivo 008 de la carpeta de primera instancia del expediente digital
¹⁸ Folio 16 del archivo 003 de la carpeta de primera instancia del expediente digital
¹⁹ Folios 17-18 del archivo 003 de la carpeta de primera instancia del expediente digital
²⁰ Folios 19-20 del archivo 003 de la carpeta de primera instancia del expediente digital
²¹ Folio 21 del archivo 003 de la carpeta de primera instancia del expediente digital
²² Folios 22-26 del archivo 003 de la carpeta de primera instancia del expediente digital
²³ Folios 37-38 del archivo 003 de la carpeta de primera instancia del expediente
²⁴ Folios 39-41 del archivo 003 de la carpeta de primera instancia del expediente digital
²⁵ Folios 27-34 del archivo 003 de la carpeta de primera instancia del expediente digital
²⁶ Folios 49-75 del archivo 003 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

Cardiovascular de Colombia²⁷, copia de concepto médico²⁸; por otra parte, solicitó el interrogatorio de parte del señor Sergio Enrique Peñaloza y requirió como testimonios técnicos al Doctor Fabian Arias Álvarez y el de la Doctora Luz Marina Campo.

Por su parte el Banco Davivienda, se pronunció respecto de la demanda aceptando algunos hechos e indicó que no le constaban otros; respecto a las pretensiones indico que estaban dirigidas hacia el patrimonio de la Compañía aseguradora Seguros Bolívar S.A, presentó como excepciones de fondo las que denominó “*No atadura legal que implique obligación de la entidad bancaria respecto de lo pretendido por el actor*”, “*Carencia de legitimación en la causa por pasiva en torno al Banco Davivienda S.A*”, “*No configuración de pago total de la obligación del crédito Crediexpress N° 06306068000074836*” y “*Excepción Genérica o Innominada*”

PRUEBAS QUE APORTÓ

Allegó como pruebas documentales el Certificado del saldo de la obligación vertida en el CREDIEXPRESS N° 06306068000074836²⁹ y copia del certificado de la Cámara de Comercio de Cúcuta de Davivienda S.A.³⁰

De las excepciones presentadas por la aseguradora Seguros Bolívar y Banco Davivienda, se corrió traslado de conformidad a lo previsto en el artículo 110 del C.G. P³¹, por lo que dentro del término procesal la parte actora recorrió el traslado de las mismas³²

Evacuada, por el juzgado de primera instancia, las audiencias de que tratan los artículos 372 y 373 del C.G.P, el once (11)³³ y treinta (30) de agosto del 2021, y luego de recepcionar las pruebas testimoniales, fijar el litigio y advertir que en el trámite procesal no se configuró ninguna nulidad procesal, prosiguió a escuchar los alegatos de conclusión de los extremos procesales.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Como sustento de su decisión la *a quo*, explicó que el contrato de seguro le impone tanto al asegurador como al tomador una serie de deberes y obligaciones reciprocas, que empiezan desde cuándo se ha celebrado la convención y aun antes de emitirse la póliza o el documento que refleja los datos y condiciones del contrato de seguros, es así, como la aseguradora tiene el deber de comunicar al asegurado los pormenores de la negociación indicándole las consecuencias de faltar a la verdad o de omitir información al momento de rendir su declaración, debiendo ser enfática en mostrarle la obligación que tiene de dar información exacta en la declaración de asegurabilidad so pena de incurrir en la sanción derivada de la reticencia, que no es otra, que declarar la nulidad relativa del contrato o la reducción de la indemnización, deber que se cumple con la imposición de un cuestionario que interroga al asegurado acerca de los padecimientos en su salud, también tiene el deber

²⁷ Folios 79-85 del archivo 003 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

²⁸ Folios 87-89 del archivo 003 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

²⁹ Folio 19 del archivo 015 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

³⁰ Folios 9-18 del archivo 015 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

³¹ Archivo 18 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

³² Archivo 24 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

³³ Archivo 42 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

de evitar las cláusulas abusivas o ambiguas que van en contravía de la naturaleza del contrato.

Seguidamente, expuso que el tomador tiene la obligación de declarar sinceramente todas las circunstancias referentes al riesgo, que se traduce simplemente en evitar reticencias o inexactitudes que no es otra cosa que faltar a la verdad guardándose información importante que impediría a todas luces que la compañía de seguros aceptara el contrato debido alto riesgo.

Señaló que tratándose de seguros colectivos de vida en los que se contrata a través de un tercero determinado, la obligación de declarar el estado del riesgo la tiene el asegurado, que para el caso sería el señor Sergio Enrique Peñaloza Monterrey, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe de sus afecciones médicas, lo anterior recogiendo dando aplicación al principio de buena fe, de que tratan los artículos 863, 871, 1058 del estatuto mercantil.

En esa misma línea, indicó que el asegurado en la etapa precontractual debe declarar los hechos y circunstancias que determinen su estado de riesgo, entre las cuales se encuentran su verdadero estado de salud al instante diligenciar la solicitud individual y declaración de asegurabilidad para el seguro de vida so pena de producirse la nulidad relativa en virtud de su reticencia; pues reiteró que son las declaraciones del asegurado las que van a activar en el asegurador, la posibilidad de tasar la prima con el fin de lograr un equilibrio de las condiciones de ejecución del contrato o en su defecto de prescindir de llevar a cabo la contratación, declaración que puede ser provocada mediante la respuesta del interrogatorio que en tal sentido se le presente por la aseguradora, circunstancia relativa al principio de buena fe y a la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo por parte del tomado.

De otra parte, trajo a colación la sentencia de la Corte Suprema de Justicia del 13 de febrero del 2018 con Magistrado Ponente Jaime Alberto Arrubla, en donde se indicaba que *“de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio el tomador del seguro en virtud del principio de buena fe tiene el deber de informar fidedignamente los hechos determinantes del estado del riesgo con independencia que la aseguradora lo constate, que en caso que la declaración no esté sujeta a un cuestionario determinado el tomador no queda liberado de las consecuencias adversas frente a inexactitudes o reticencias en que haya podido incurrir que cuando se encuentra involucrado el derecho a la salud se supone que el tomador lo sabe todo, es la fuente principal de la información, razón por la cual en la formación del contrato de seguro se encuentra llamado a obrar con el máximo de transparencia posible; lo anterior teniendo en cuenta que la corte ha establecido que un contratante no puede quebrar la igualdad ni tomar ventaja del otro, especialmente si la ausencia de información de uno de ellos esta originada en el silencio del otro, quien oculta información disponible, información que por ser esencia debe brindarse oportuna y cumplidamente.”*

Teniendo en cuenta lo anterior, adujo que lo importante al celebrar un contrato como el que se está estudiando, es que las partes deben informar todas las circunstancias que puedan inferir en la apreciación del riesgo, pues dada la masa en que se da la celebración de este tipo de contratos y la imposibilidad física de inspeccionar cada uno de los riesgos

contratados por parte del asegurador, a este no se le exige la verificación previa del estado de salud del asegurado, quedan a merced de lo que este declare o informe y de ahí la importancia de actuar con la verdad.

Es por ello que, resaltó la importancia que el tomador de manera sincera suministre los datos que puedan alterar los estados del riesgo, so pena de tener que resistir las consecuencias de perder el derecho que deviene de la adquisición del contrato de seguro.

Adicionalmente, refirió que la Corte Constitucional ha venido sentando posiciones, en donde indican que a partir de la declaración por parte del tomador en donde indica de forma sincera de las enfermedades que lo aquejan es que nace para la entidad aseguradora el deber de realizar actuaciones tendientes a verificar el actual estado del riesgo, pero tampoco puede pasar por alto para que la aseguradora pueda beneficiarse de la nulidad relativa del contrato de seguros dada la reticencia del asegurado, dicha compañía de seguros esta llamada a demostrar el nexo causal entre el ocultamiento del estado de salud y el riesgo objeto de aseguramiento, así como también está obligada a demostrar la mala fe del asegurado; en otras palabras, el asegurado está obligado a informar todas la patologías que lo afecta y solo este comportamiento es lo que obliga a la aseguradora adelantar las actuaciones para la verificación o comprobación del riesgo, debiéndose en este punto recalcar que en cuanto a lo previsto en el artículo 1158 del Código de Comercio, el prescindir de la realización del examen médicos por parte de la aseguradora no exime al asegurado de decir la verdad y tampoco de la sanción que puedan derivarse de dicho artículo, pero por su parte, la aseguradora que pide la nulidad relativa por reticencia, no basta que la alegue pues debe determinar el nexo de causalidad entre el riesgo, que el mismo tenga incidencia en la realización del siniestro y que el asegurado actuó de mala fe.

Con base a lo brevemente explicado, y luego de hacer una análisis del material probatorio allegado por los extremos procesales, la Juez de instancia a través de sentencia decidió declarar impróspera las excepciones de mérito formuladas por la parte demandada, declarar configurada la excepción denominada falta de legitimación por pasiva al Banco Davivienda, Acceder a las pretensiones de la demanda y en consecuencia declarar infundada la objeción de Seguros Bolívar frente a la reclamación de pago del demandante con ocasión de la realización del siniestro de incapacidad total y permanente surtida, conforme a la póliza de seguro vida grupo deudores N°45155, de igual manera, condenó a Seguros Bolívar a pagar al banco Davivienda, el saldo de la deuda que se tenga sobre el crédito N°0630606800074836, sin que exceda la suma de \$150.000.000 de pesos, seguidamente condenó a Seguros Bolívar a pagar a la parte actora los intereses comerciales moratorios desde el 19 de julio de 2019 hasta que se verifique el pago, por último condenó en costas a la parte demandada.

RECURSOS DE APELACION

Notificada la providencia en estrados, fue apelada por los representantes judiciales tanto del demandante y como del demandado, siendo admitidos los recursos de la alzada, a través de los cuales alegaron las siguientes inconformidades:

RECURSO DE APELACION PRESENTADO POR LA PARTE DEMANDANTE

El apoderado de la parte demandante, basa su inconformidad respecto al numeral tercero de la sentencia proferida el 31 de agosto de 2021, en donde la *a quo* erró al limitar el valor del saldo insoluto del crédito adeudado por el demandante al Banco Davivienda S.A. el valor de \$150.000.000 de pesos, pues no tuvo en cuenta el numeral primero de las observaciones de la póliza el cual prevé que *“el valor asegurado actualizado, corresponde al saldo del crédito a la fecha respectiva de liquidación”*, es por ello que el valor asegurado que debe pagar la aseguradora a la entidad bancaria es el que arroje al momento de realizarse la liquidación, que para el caso será el que se indique cuando quede en firme la sentencia que resuelva el presente litigio.

RECURSO DE APELACION PRESENTADO POR LA PARTE DEMANDADA

La apoderada judicial del extremo pasivo, manifestó su inconformidad con la sentencia de primera instancia, dado que en el presente caso se configuró la nulidad relativa del contrato por vicio en el consentimiento con la conducta reticente del demandante, como sustento de lo anterior indicó que el señor Sergio Enrique Peñaloza Monterrey, al momento de contratar la póliza, omitió información relevante respecto a su estado de salud, pues no informó que sufría de Diabetes, Hipertensión arterial, Síndrome de dificultad respiratoria y Bronconeumonía.

Arguyó que la juez de instancia había incurrido en un yerro en la valoración probatoria e interpretación legal, pues, aunque reconoció que el demandante había faltado a la verdad, considero que la aseguradora no había acreditado la mala fe del demandante ni la relación de causalidad entre la reticencia con el siniestro

CONSIDERACIONES

Previo a abordar el objeto del litigio se ha de advertir que esta Sala de Decisión, es competente para conocer del asunto por el factor funcional a la luz del artículo 31 del C. G. del P., de igual forma una vez realizado el control de legalidad que tiene previsto el artículo 132 del estatuto procesal, no se atisban vicios que puedan invalidar lo actuado, de manera que se encuentra reunidos los presupuestos para resolver el asunto en esta instancia judicial.

Ahora bien, se advierte que de conformidad con lo preceptuado artículo 328 del estatuto procedimental, la competencia de esta superioridad se circunscribe a resolver las inconformidades expuestas por los extremos procesales al fallo proferido el 30 de agosto del 2021 por el Juzgado tercero Civil del Circuito de Oralidad de Cúcuta.

PROBLEMAS JURÍDICOS

Problema jurídico planteado de conformidad con el reparo indicado por la parte demandada

- Determinar si tal y como lo sostiene el extremo pasivo la juez de primera instancia erró al no tener por probada la mala fe del demandante y por ende se ocasionó una conducta reticente lo que configura un vicio en el consentimiento de la aseguradora y generaría a la nulidad del contrato de seguro.

Problema Jurídico planteado de conformidad con el reparo indicado por la parte demandante

- Establecer si la decisión de la *a quo* al limitar el pago que debe realizar la aseguradora a la entidad bancaria, por el monto que se aseguró el crédito N° N°0630606800074836, se realizó en debida forma.

DEL CONTRATO DE SEGURO

Si bien es cierto, la legislación colombiana a la fecha no consagra una definición puntual respecto al contrato de seguro, pues de los artículo 1036 y 1037 del Código de Comercio, únicamente se extraen sus características y partes intervinientes, no lo es menos que jurisprudencialmente, se ha descrito como “(...) *aquel negocio bilateral, oneroso, aleatorio y de tracto sucesivo, por virtud del cual una empresa autorizada para explotar esta actividad, se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina “prima”, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al “asegurado” los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos estos en los que se les llama de “daños” o de “indemnización efectiva”, o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización o el ahorro*”⁸⁴.

Ahora bien, dado que la finalidad del contrato de seguro es que la empresa aseguradora asuma un riesgo, entendido este como un hecho dañoso incierto, las partes intervinientes en el contrato, por un lado, el asegurador, es decir, la persona jurídica que asume los riesgos, y, por el otro, el tomador, o sea, la persona que traslada tales riesgos, deben obrar de buena fe en las distintas fases de la operación contractual, tal como lo establecen los artículo 1603 del Código Civil y los artículos 835 y 863 del Código de Comercio, ello en la medida que “*la buena fe equivale a obrar con lealtad, con rectitud, con honestidad*”, postulado que cobra particular importancia en la génesis del contrato, puesto que el candidato a tomador debe declarar con sinceridad y sin reserva todos los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo (art. 1058 C. Co.) para que el asegurador pueda decidir, libremente y a su arbitrio si asume todos o algunos de los riesgos que se le quieren trasladar (art. 1056, ib.) o requiere el pago de una prima más onerosa.

Lo anterior en la medida que nadie conoce mejor las condiciones del riesgo al que está expuesto el interés o la cosa asegurada, que el futuro tomador, cuya información debe ser real, completa y fidedigna para la correcta formación del consentimiento del asegurador. De manera que si el tomador oculta un hecho (reticencia) o realiza una presentación no concordante con la realidad de los mismos (inexactitud), dichas circunstancias generan

⁸⁴ Cas. Civ. Sentencia del 29 de enero de 1998, MP. Dr. Carlos Esteban Jaramillo Schloss, Exp. 4894

idénticos efectos: *anular el contrato de seguro*, pues de haberlos conocido el asegurador no hubiese contratado o lo habría hecho en condiciones diferentes, salvo que la inexactitud o reticencia provengan de error inculpable –evento en el cual el asegurador sólo deberá pagar un porcentaje de la prestación asegurada-, o que el asegurador haya conocido o debido conocer las circunstancias sobre las que versan los vicios de la declaración (C. de Co., art. 1058), hipótesis en la que no podrá hacerse efectiva la rescisión del contrato (art. 1746 C.C.)³⁵.

DE LA NULIDAD DEL CONTRATO

Ahora bien y partiendo del hecho que la inexactitud y la reticencia generan idénticas consecuencia, esto es la nulidad del contrato, es menester advertir que la misma corresponde a una relativa, aunque exista dolo por parte del tomador, ello en la medida que por vía de interpretación no es posible imponer sanción diferente a la expresamente contemplada por la ley (inc. 1 art. 1058 C.Co.)³⁶.

También, es importante indicar que cuando de reticencia se trata, sus parámetros tipificadores deben ser analizados frente a cada caso concreto para efectos de determinar la decisiva influencia que tienen las circunstancias calladas, presentadas de manera diversa o contrarias por entero a la realidad, respecto a la posibilidad de celebrar el negocio con la aseguradora o de llevarlo a efecto en condiciones diferentes a las pactadas.

En ese sentido la Corte Suprema de Justicia señaló que:

“... la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato, sino que opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo, pero bajo condiciones más onerosas.

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz.

“4.3. Es palmario que 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

³⁵ la nulidad pronunciada en sentencia que tiene fuerza de cosa juzgada, da a las partes el derecho para ser restituidas al mismo estado en que se hallarían si no hubiese existido el acto o contrato nulo.

³⁶ Corte Suprema de Justicia, sentencia del 24 de octubre del 2005 exp. 9559, Mg. Silvio Fernando Trejos.

como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, 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.”³⁷

Bajo esa misma línea, la honorable Corte Constitucional ha indicado:

“(…) [Se] ha sostenido que, en materia de seguros, la autonomía de la voluntad no puede constituirse en un abuso de su posición en detrimento de los derechos que acuden a la aseguradora. Para evitar posibles acciones arbitrarias, esta Corporación ha establecido algunos límites, entre los cuales debe mencionarse la *uberrimae fidae*”.

“55. Por este límite, entendido como un elemento esencial del contrato de seguro, se entiende el apego estricto a la buena fe y la claridad de las partes al momento de manifestar las condiciones que permean la voluntad negocia. Por apego estricto y claridad se entienden, a su vez, dos aspectos: a) un deber general de respetar la pulcritud moral e intelectual y; b) un deber concreto de **interpretación pro consumatore**”.

“56. Este deber, que vincula tanto al tomador (o asegurado) como al asegurador, consiste en actuar con la mayor claridad posible con la contraparte contractual. Asimismo, **este deber implica, especialmente para el asegurador, el despliegue de ciertas conductas, que permitan la definición adecuada del contrato de seguro**”.

“57. La jurisprudencia constitucional ha sostenido que el artículo 83 de la Constitución repudia las conductas arbitrarias tanto del asegurador como del tomador (o asegurado) y, por ello, deben establecerse las obligaciones necesarias para evitar que dichas conductas se realicen. Para el caso del tomador o asegurado, el Legislador y esta Corporación han reconocido el deber de declarar de manera cierta todas las circunstancias inherentes al riesgo”.

“58. La declaración implica, a su vez, el deber concreto del tomador (o asegurado), de informar sobre la existencia de una enfermedad, así como la gravedad de la misma, al momento de celebrar el contrato. Si el tomador (o asegurado) no informa sobre dicha situación, puede configurarse la reticencia, reglamentada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Esta figura, sin embargo, requiere de ciertas precisiones establecidas tanto por la jurisprudencia de esta Corporación como de la Corte Suprema de Justicia”.

“59. Por una parte, el deber de declarar implica que el tomador (o asegurado) conoce de la enfermedad. Esto significa que el tomador (o el asegurado) tiene, al momento de celebrar el contrato de seguro, conocimiento sobre las enfermedades, que deben ser diagnosticadas por el especialista competente y registradas en la respectiva historia clínica”.

“60. Por otra parte, **este deber no recae sobre la existencia de la enfermedad en sí, sino sobre el conocimiento real que se tiene de ésta**. Esto fue explicado por la Corte Suprema de Justicia en el 2011, al estudiar la posible reticencia de una persona que sufrió de unos síntomas en días previos a la celebración del contrato de seguro, pero que no conocía del padecimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Para la Corte Suprema de Justicia, **existe un buen número de enfermedades que pueden estar presentes en el**

³⁷ C. S. de J. Sala de Casación Civil, sentencia de 1º de junio de 2007.

organismo humano mucho antes de la época en que se diagnostican o se exteriorizan para incidir negativa y sensiblemente en la salud de las personas. Este tipo de enfermedades (como el VIH), no serían determinantes al momento de celebrar el contrato de seguro –aun si existiesen antes del mismo–, siempre y cuando no hayan sido diagnosticadas”.

“61. Finalmente, el desconocimiento del deber de declarar –o la configuración de la reticencia– requiere, necesariamente, de una actuación de mala fe. Por ésta se entiende, de acuerdo a la jurisprudencia de esta Corporación, que no basta con el conocimiento de la enfermedad, sino que la omisión de ésta en la declaración se debe a la intención del tomador (o asegurado) a evitar que el contrato de seguro se haga más oneroso o que el asegurador desista del contrato. En ese sentido, la Corte Constitucional sostuvo que debe distinguirse entre inexactitud y reticencia. La primera es de carácter objetivo y corresponde a la discrepancia que hay entre la información declarada y la situación del tomador o asegurado; mientras que la segunda es subjetiva y consiste en la intención del tomador (o asegurado) de ocultar la información para evitar cambios contractuales.

62. En síntesis, el deber de seguimiento estricto de la buena fe para el tomador (o asegurado) consiste en informar sobre el conocimiento de enfermedades que le han sido diagnosticadas al momento de la celebración del contrato de seguro”³⁸. (Subrayado fuera de texto)

CASO CONCRETO

Análisis del reparo planteado por la parte demandada

Teniendo en cuenta el reparo incoado por la parte demandada en contra de la sentencia de primera instancia, el estudio del mismo se concentrará en determinar si la decisión de la *quo* respecto a no tener por probada la mala fe del demandante se debe mantener o sí, por el contrario, dentro del plenario se logró comprobar la mala fe y como consecuencia de ello se debe declarar la nulidad relativa por reticencia del contrato de seguros.

Bajo ese entendido, esta Sala, tendrá que traer a colación los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, los cuales señalan:

“Artículo 1058 DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA. 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.

³⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-027-19 de 30 de enero de 2019.

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.”

“Artículo 1158 PRESCINDENCIA DE EXAMEN MEDICO Y DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO. *Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.*

Adicionalmente, se tiene que la Honorable Corte Constitucional ha venido sosteniendo, que “(...) la obligación de las aseguradoras para determinar el pago o no de una indemnización excede la de demostrar la ocurrencia de una presunta preexistencia no comunicada por el tomador. En virtud del derecho fundamental al debido proceso y del principio de responsabilidad en la valoración de las pruebas, la entidad también deberá valorar las pruebas aportadas en el trámite adelantado por el tomador a la luz de los principios de la sana crítica.

Es por esto que, en caso de que la aseguradora alegue la existencia de la figura de la “reticencia”, deberá demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente. De esta manera, la aseguradora es la parte contractual que tiene la carga de probar dicho elemento objetivo para efectos de exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización.

“El hecho de que la carga de la prueba de la relación de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro recaiga en la aseguradora previene que los usuarios reciban objeciones por razón de preexistencias que en nada inciden con la ocurrencia del siniestro. Esta medida tiene como propósito evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión.

“Ahora bien, la Sala resalta que, tal y como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la aseguradora que alega reticencia, además de probar este elemento objetivo: a saber, el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del

siniestro, tiene la obligación de probar el elemento subjetivo, esto es, la mala fe del tomador. En consecuencia, la aseguradora tiene una doble carga: i) por un lado, probar que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición.” (Subraya y resalta la Sala)³⁹

De conformidad con la normatividad y jurisprudencia en cita, se extrae que no siempre el asegurador conoce las circunstancias que pueden influir en la apreciación del riesgo, por eso la correcta información del asegurado constituye el comportamiento de aquellos que participan en los tratos preliminares del contrato, es por ello que generalmente la aseguradora se orienta y decide teniendo en cuenta la información revelada por el tomador.

En la etapa precontractual, quienes participan en ella, recíprocamente deben comunicar todos los datos trascendentes, pues toda información ejerce influencia sobre el consentimiento, como también toda afirmación de lo que es falso o suministrado con reticencia, lo que traduce una infracción al deber general de buena fe.

Una información falsa, inexacta o reticente suministrada por el asegurado, vicia el consentimiento del asegurador, dado que el contrato queda perfeccionando sobre un riesgo distinto del verdadero, ya que de haber sido informado éste sin reticencias ni falsedades sobre las circunstancias que influyen en la apreciación del riesgo, hubiere preferido no contratar o hacerlo bajo otro contenido contractual, pues el perfeccionamiento del contrato de seguro depende de la influencia que ejerce la declaración del estado del riesgo que emite quien pretende asegurarse y obtener así provecho para su beneficiarios.

El deber de información en este tipo de contratos generalmente se efectúa a través de un escrito proporcionado por el asegurador que contiene cuestionarios dirigidos a determinar con exactitud el riesgo que puede llegar a ser objeto del contrato, lo anterior se conoce como una declaración dirigida del estado del riesgo, contrario a lo que es la declaración espontánea, la cual se trata de las circunstancias conocidas relevantes de apreciación del riesgo a buen criterio del asegurado.

El contenido del cuestionario suministrado por el segurador es un elemento orientador sobre cuáles son las circunstancias que influyen en el riesgo, por ello, la confianza que el asegurador deposita en la declaración veraz del asegurado puede ser infringida mediante reticencia y la inexactitud o falsa declaración, fenómenos que vician el consentimiento del asegurador cuyo efecto es la nulidad relativa del seguro (artículo 1058 del Código de Comercio).

Descendiendo al caso bajo estudio, se ha de precisar que de la copia de la “*declaración de asegurabilidad*” obrante en el folio 21 del archivo 003 de la carpeta de primera instancia del expediente digital, se extrae que el asegurado indicó no padecer de ninguna enfermedad crónica ni estar en estudio médico por alguna afección en su estado de salud, lo anterior pese a tener conocimiento de sus precedentes médicos, adicionalmente, se consignó en una parte de dicho documento que “*lo manifestado en esta declaración es verídico y que*

³⁹ Sentencia T-282-2016, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado, 1 de junio de 2016, reiterada en la sentencia T-658-2017, M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo, 27 de octubre de 2017.

tengo el conocimiento de que cualquier alta a la verdad es causal de nulidad de este seguro”, a lo que después se paso a imponer la firma asintiendo lo allí consignado.

Ahora, debe verificarse si la anterior declaración coincide con la realidad, para lo cual se tiene en cuenta el material probatorio allegado dentro del transcurrir procesal, el cual indica el estado de salud del asegurado con anterioridad a la declaración de asegurabilidad precitada.

De la revisión de la historia clínica del señor Sergio Enrique Peñaloza Monterrey, da cuenta que tenía como antecedentes *“Diabetes Mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación”, “Hipertensión Esencial (primaria)”, “Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica, no especificada”, “Síndrome de dificultad respiratoria del adulto” y “Insuficiencia renal aguda, no especificada”*⁴⁰, de lo anterior, sin lugar a duda se observa que el demandante para la época en que hizo la declaración de asegurabilidad el 9 de diciembre de 2016, omitió mencionar las deficiencias medicas que lo aquejaban según su historia clínica, en otras palabras, no informó a la aseguradora su verdadero estado de salud pese haber tenido el formulario en sus manos y a la vista.

Lo que concuerda con la información plasmada en el dictamen de pérdida de capacidad laboral, emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez Norte de Santander, el 6 de septiembre del 2018 y con fecha de estructuración el 11 de noviembre de 2016; pues se evidenció que para el 18 de noviembre del 2016, la especialidad de Medicina interna refirió *“paciente con diabetes mellitus tipo 2, no insulino dependiente e hipertensión arterial, fumador activo con cuadro respiratorio agudo, que progreso a neumonía multilobar con insuficiencia respiratoria, estaba en UCI en manejo ventilatorio por mala evolución remiten para manejo ECMO, ya desde el sitio de remisión viene con elevación de azoados y oligoanuria, no tenemos conocimiento de función renal, está en soporte ventilatorio soporte con ECMO y libre de vasopresores desde el ingreso se manejó antibiótico, paciente que no amerita terapia de reemplazo renal continuo tipo hemodiafiltración venosa-venosa continua”,* con diagnostico *“diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicaciones, enfermedad pulmonar no obstructiva crónica no especificada, síndrome dificultad respiratoria del adulto”*; aunado a ello, se extrae de dicho dictamen que los fundamentos para la calificación del origen y/o perdida de capacidad laboral y ocupacional del 78.48% fueron con ocasión a los siguientes diagnósticos *“Acortamiento del tendón de aquiles”, “Diabetes mellitus insulino dependientes con complicaciones múltiples”, “Fibrosis y afecciones cicatriciales de la piel”, “Polineuropatía diabética”, “Retinopatía diabética” y “Tumor maligno de la próstata”,* enfermedades de las cuales esta instancia puede deducir la existencia del nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la patología origen del siniestro.

De lo anterior esta Corporación, también infiere la deslealtad y omisión del asegurado en no manifestar su real estado de salud en cuanto a sus padecimientos previos a la celebración del contrato de seguro, lo que es precisamente sancionable por el legislador indistintamente que del ocultamiento de dicha información sea la causa directa del siniestro, pues se configura la nulidad relativa prevista en el artículo 1058 del estatuto

⁴⁰ Folios 735 y siguientes del archivo 005 del archivo 22 de la carpeta de primera instancia del expediente digital

mercantil, pues se reitera, la obligación de declarar sinceramente y como en el caso bajo estudio el demandante no lo hizo, todo lo contrario, refirió estar sano generando una confianza legítima que a la postre dada la abstención de la verdad, quebrantó el principio de la buena fe que se exige en esta clase de negocios jurídicos.

Adicionalmente, del contenido de la declaración de asegurabilidad, se evidenció una advertencia al tomador, consistente en que debía abstenerse “**de firmar si sus condiciones no corresponden exactamente a lo enunciado**”, observación que no tuvo en cuenta el demandante, pues a sabiendas de sus aflicciones de salud, decidió seguir adelante con la celebración del contrato de seguro.

De otra parte, no se le puede endilgar la carga a la compañía aseguradora de haber solicitado la historia clínica o exámenes médicos para determinar las condiciones de salud del asegurado, pues dentro de los documentos obrantes en el expediente digital, no se encontró ningún elemento de juicio que permita concluir que la aseguradora previa a la celebración del contrato de seguro conoció hechos o circunstancias que versan los vicios de la declaración. Es por ello, que si Sergio Enrique Peñaloza Monterrey hubiese informado su verdadero estado de salud y pese a ello la demandada no hubiere averiguado realmente cuál era su condición médica, ahí si ésta no podría excusarse a pagar el siniestro.

Puesta de ese modo las cosas, esta instancia habrá que reconocer la prosperidad del recurso interpuesto por la parte demandada, pues quedó demostrado que el demandante, tenía la obligación de rendir la declaración de asegurabilidad informando su estado personal de salud, empero, al omitir dicha información obró de mala fe y generó que inexorablemente se extinguiera la causa jurídica del contrato de seguro, ocasionando la nulidad relativa del contrato según lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, razón por la cual ningún reproche desde el punto de vista precontractual o contractual se le puede hacer a la parte demandada.

Análisis del reparo planteado por la parte demandante

Sería del caso emprender el estudio de la inconformidad presentada por la parte actora, si no fuera por que del examen realizado previamente esta Sala, llegó a la conclusión que dentro del presente proceso de responsabilidad civil contractual, se configuró la nulidad relativa del contrato de seguro celebrado entre Sergio Enrique Peñaloza y la Compañía de Seguros Bolívar por reticencia del asegurado, lo que tiene como consecuencia que dicha aseguradora no debe pagar ninguna suma de dinero por concepto de la indemnización por incapacidad total y permanente del tomador.

Así las cosas, esta Sala, revocará la sentencia de primera instancia, en su lugar negará las pretensiones y se condenará en costas de esta instancia a la parte demandante en favor de la demandada por haber salido avante el recurso.

En mérito de lo expuesto, el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CÚCUTA, SALA DE DECISIÓN CIVIL FAMILIA**, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: REVOCAR la sentencia proferida el treinta y uno (31) de agosto de dos mil veintiuno (2021) por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Oralidad de Cúcuta dentro del proceso Verbal de Responsabilidad Civil Contractual promovido por SERGIO ENRIQUE PEÑALOZA MONTERREY en contra de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A por las razones expuestas en la parte considerativa.

SEGUNDO: DECLARAR probada la excepción “Nulidad del contrato de seguro por reticencia en la declaración del estado del riesgo por parte del asegurado”; en consecuencia, se niegan las pretensiones de la demanda

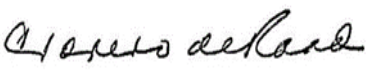
TERCERO: CONDENAR en costas a la parte demandante, ante el fracaso de la alzada incoada. Adviértase que las agencias en derecho de esta instancia serán señaladas mediante auto posterior conforme lo preceptúa el artículo 366 del Código General del Proceso. Tásense.

CUARTO: En firme esta sentencia envíese el expediente al Juzgado de origen para lo de su competencia. Además, compártase con el despacho cognoscente el expediente digitalizado contentivo de lo actuado en esta instancia, dejando las constancias del caso.

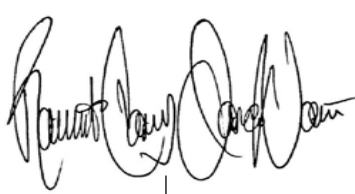
NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE⁴¹



MANUEL ANTONIO FLECHAS RODRÍGUEZ
Magistrado Ponente



CONSTANZA FORERO DE RAAD
Magistrada



ROBERTO CARLOS OROZCO NUÑEZ
Magistrado

⁴¹ En virtud de la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional y de conformidad con lo previsto en el artículo 11 del Decreto-Legislativo 491 del 28 de marzo de 2020, por cuya virtud se autoriza la “*firma autógrafa mecánica, digitalizada o escaneada*”, se firma el presente documento por quienes integran esta Sala de Decisión.



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CÚCUTA
SALA CIVIL – FAMILIA

MANUEL FLECHAS RODRIGUEZ
Magistrado Sustanciador

Proceso	DIVISORIO
Radicado Juzgado	540013153004202000267 02
Radicado Tribunal	2022-0101-02
Demandante	CARLOS ALBERTO ABREO VILLAMIZAR Y OTRO
Demandado	LUIS HALEF GAVIRIA y OTRO

San José de Cúcuta, diecinueve (19) de septiembre de dos mil veintidós (2022)

ASUNTOS A RESOLVER

Visto el informe secretarial que antecede y sin que se tengan que practicar pruebas dentro del caso bajo estudio, el Despacho, de conformidad con el artículo 12 de la Ley 2213 del 13 de junio del 2022, el cual modificó el trámite que se debe surtir en segunda instancia, corre traslado a la parte apelante en esta instancia, por el término de cinco (5) días, a efectos de que sustente el recurso de la alzada incoado en contra de la sentencia proferida el 8 de octubre de 2021.

Sin embargo, se previene al recurrente que deberá sujetar sus alegaciones a desarrollar los argumentos expuestos ante el juez de primera instancia y que su falta de sustentación en los términos del inciso final del numeral 3 del artículo 322 de la procedimental en concordancia con el inciso 3 del artículo 12 de la Ley 2213 del 13 de junio del 2022, permitirá declarar desierto el recurso.

De igual forma, se advierte que en caso que el recurrente acredite haber enviado su escrito de sustentación a los demás sujetos procesales, mediante copia por un canal digital conocido dentro del proceso, el término de traslado a la parte no apelante por cinco (5) días se contabilizará dos (2) días hábiles siguientes al envío del mensaje.

Por otro lado, se les reitera a las partes en contienda y a sus apoderados judiciales, que el escrito de sustentación, el que descurre el traslado del mismo, actos de apoderamiento y solicitudes que se eleven al interior del proceso deberán ser remitido **única y exclusivamente** al correo electrónico institucional de la Secretaria de la Sala Civil-Familia **secscfamtsuc@cendoj.ramajudicial.gov.co**, **con copia a los demás sujetos procesales a los canales digitales conocidos¹** en el proceso e indicando la referencia interna del expediente, las partes en controversia y en todo caso la dirección de correo electrónico del apoderado judicial que presenta el escrito, la cual deberá coincidir con la cuenta en el Registro Nacional del Abogados y el SIRNA.

Por todo lo anterior, se advierte que no se tendrán por presentados memoriales remitidos a los correos electrónicos institucionales del Despacho 003 de esta Sala Civil-Familia, del Magistrado Titular o los colaboradores del mismo.

¹ Art. 3 Decreto Legislativo 806 del 4 de junio del 2020

Por otro lado, se pone de presente a las partes en contienda que de conformidad con lo establecido en la Circular CSJNSC22-143 del 1 de julio del año en curso emitido por Consejo Seccional de la Judicatura de este Distrito Judicial, el horario de trabajo y atención al usuario por los distintos canales de comunicación que rigen para este Colegiado desde dicha calenda es el comprendido entre las 8:00 a.m. a las 12:00 m. y de las 2:00 p.m. a las 6:00 p.m. de lunes a viernes, horario dentro del cual deben surtirse las comunicaciones entre esta judicatura y los usuarios de la administración de justicia, pues fenecido dicho lapso los memoriales y escritos allegados se entenderán recibidos a primera hora del día hábil siguiente a su radicación, conforme lo dispone el artículo 109 del Código General del Proceso.

Finalmente, de conformidad con lo establecido en el inciso quinto del artículo 121 del Código General del Proceso, se procede a prorrogar la competencia para seguir conociendo del asunto, por una sola vez y hasta por seis (6) meses más, contados a partir del vencimiento del término para fallar en segunda instancia, lo anterior con la finalidad de emitir el fallo que en derecho corresponda.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

PRIMERO. CORRER TRASLADO por el término de **5 días** a la parte apelante, a efectos de que SUSTENTE en debida forma su recurso de alzada, previéndole que sus alegaciones deberán sujetarse a desarrollar los argumentos expuestos ante el Juez de primera instancia y que su falta de sustentación en los términos del inciso final del numeral 3 del artículo 322 del C.G.P. en concordancia con lo establecido en el inciso tercero del artículo 12 de la Ley 2213 del 13 de junio del 2022 y las directrices trazadas en este proveído, permitirán la declaratoria de desierto del recurso, ordenándose devolver el expediente al juzgado de origen para lo de su competencia.

De igual forma, se advierte que en caso que el recurrente acredite haber enviado su escrito de sustentación a los demás sujetos procesales, mediante copia por un canal digital conocido dentro del proceso, el término de traslado a la parte no apelante por cinco (5) días se contabilizará dos (2) días hábiles siguientes al envío del mensaje.

SEGUNDO. PRORROGAR LA COMPETENCIA hasta por seis (6) meses más, contados a partir del vencimiento del término para fallar en segunda instancia, por las razones expuestas

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE²



MANUEL ANTONIO FLECHAS RODRÍGUEZ
Magistrado Ponente

² En virtud de la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional y de conformidad con lo previsto en el artículo 11 del Decreto-Legislativo 491 del 28 de marzo de 2020, por cuya virtud se autoriza la “firma autógrafa mecánica, digitalizada o escaneada”, se firma el presente documento por quienes integran esta Sala de Decisión.