

Radicado: 2021-00875-00 - Traslado excepciones de mérito La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo S.A.

jhan castro quiñones <jhancastro08@hotmail.com>

Miércoles 24/11/2021 14:53

Para: notificaciones@gha.com.co <notificaciones@gha.com.co>; notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop <notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop>; comulseb@comulseb.coop <comulseb@comulseb.coop>; Juzgado 19 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C. <cmpl19bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

📎 1 archivos adjuntos (221 KB)

Traslado excepciones de mérito.pdf;

Barranquilla, 24 de noviembre de 2021.

Señores

Juzgado 19° Civil Municipal de Bogotá

E. S. D.

Radicado: 2021-00875-00.

Referencia: Demanda ordinaria.

Demandantes: Evelia Bohórquez Arenas, Sandra Quintero Bohórquez, Yulieth Quintero Bohórquez y Jhoana Quintero Bohórquez.

Demandadas: La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo S.A. - Cooperativa Multiservicios Barichara Ltda.

Asunto. Traslado de excepciones de mérito

Respetuoso saludo,

Jhan Castro Quiñonez, mayor de edad, identificado con C.C. 1.045.698.624 y T.P. 232.983 del C.S.J., actuando en calidad de apoderado especial de las ciudadanas demandantes en el proceso de la referencia, de la manera más respetuosa acudo ante su despacho con el propósito de pronunciarme respecto de las excepciones de mérito formuladas por la sociedad demandada, La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo S.A., la cual recibimos mediante correo electrónico el día 16 de noviembre de 2021.

Barranquilla, 24 de noviembre de 2021.

Señores

Juzgado 19° Civil Municipal de Bogotá

E. S. D.

Radicado: 2021-00875-00.

Referencia: Demanda ordinaria.

Demandantes: Evelia Bohórquez Arenas, Sandra Quintero Bohórquez, Yulieth Quintero Bohórquez y Jhoana Quintero Bohórquez.

Demandadas: La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo S.A. - Cooperativa Multiservicios Barichara Ltda.

Asunto. Traslado de excepciones de mérito¹.

Respetuoso saludo,

Jhan Castro Quiñonez, mayor de edad, identificado con C.C. 1.045.698.624 y T.P. 232.983 del C.S.J., actuando en calidad de apoderado especial de las ciudadanas demandantes en el proceso de la referencia, de la manera más respetuosa acudo ante su despacho con el propósito de pronunciarme respecto de las excepciones de mérito formuladas por la sociedad demandada, La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo S.A., la cual recibimos mediante correo electrónico el día 16 de noviembre de 2021.

En este orden de ideas, nos permitimos aclarar que no hemos sido notificados de la contestación de la demanda por parte de la Cooperativa Multiservicios Barichara Ltda., razón por la cual no pronunciaremos respecto de cada excepción de mérito formulada por la demandada en referencia, como a continuación se desarrolla:

¹ **Artículo 370. Pruebas adicionales del demandante.** Si el demandado propone excepciones de mérito, de ellas se correrá traslado al demandante por cinco (5) días en la forma prevista en el artículo 110, para que este pida pruebas sobre los hechos en que ellas se fundan.

I. Falta de legitimación en la causa por activa.

En este medio de defensa señala la empresa aseguradora que mis poderdantes no se encuentran legitimadas por activa para incoar esta demanda, en tanto que el beneficiario del seguro objeto de reclamo era el finado Roso Quintero Patiño, y el tomador del mismo es la Cooperativa Multiservicios Barichara Ltda., siendo los referidos sujetos de derechos los únicos legitimados para incoar acciones judiciales relativas al reclamo que dio origen a este litigio.

Al respecto, debemos precisar con total contundencia que los argumentos expuestos por la entidad aseguradora para sustentar esta postura, son totalmente contrarios a la doctrina jurisprudencial construida por la Corte Suprema de Justicia en Sala de Casación Civil al respecto; bajo ninguna circunstancia la legitimación por activa para exigir el cumplimiento de esta póliza de seguro de vida se circunscribe al finado como beneficiario oneroso en vida, y la Cooperativa Multiservicios Barichara Ltda., en calidad de beneficiaria, como pasaremos a demostrar.

En torno a este presupuesto procesal en los litigios relativos a seguros de vida, en los cuales el deudor se encuentra fallecido, ha señalado con indiscutible claridad y contundencia la Corte Suprema de Justicia que los efectos de un contrato – como el de seguro – son extensibles a los herederos y cónyuge supérstite del beneficiario que fallece, en tanto que las acreencias insolutas por cuenta de la negativa de la empresa aseguradora de cubrir el riesgo de muerte, tienen un impacto negativo en el patrimonio familiar y en la sociedad conyugal misma:

«Es apodíctico, así, que en el buen o mal suceso de los contratos hay mucha gente interesada. Bien fuera admitir la expresión de que en los contornos de los contratos revolotean intereses ajenos al mismo, los cuales no es posible rehusar o acallar no más que con el argumento de que terceros son. Por caso, ¿cómo decírselo a la viuda de acá? Ciertamente que el deudor fallecido no es el beneficiario del seguro contratado; que su vida se aseguró para bien del acreedor, en este caso el Banco. ¿Quién podría negarlo ante la letra clarísima del artículo 1144 del código de comercio? De modo que sólo el Banco es titular de las consecuencias directas del seguro contratado. Pero a más de él también está indiscutiblemente interesada la

viuda y los herederos, dado que las secuelas indirectas del contrato, señaladamente el no pago del seguro, le perjudica. De la suerte de aquel contrato pende y en mucho la de la sociedad conyugal que tenía con su marido fallecido. Y algo similar le acontece a los herederos»².

Esta directriz jurisprudencial ha sido reafirmada más recientemente por el máximo organismo de cierre de la jurisdicción ordinaria, al señalar que, incuestionablemente los herederos y cónyuge del causante adquieren unas obligaciones legales respecto de la atención de las acreencias que la empresa aseguradora se niega a cubrir, razón por la cual gozan de plena legitimación para activar las acciones legales tendientes a reclamar el cumplimiento del contrato de seguro:

“De lo anterior se desprende el claro interés de la causante y los herederos en el objeto del litigio, a quienes el incumplimiento del contrato de seguro les irradia derechos y obligaciones, y por ende, un vínculo jurídico, pues, aunque son terceras al pacto, no lo son absolutas sino relativas, en tanto no cabe duda que el impago de la póliza alcanza afecta su patrimonio, al haber asumido aquellas las acreencias que serían cubiertas con esa indemnización, de modo que, de quedar establecida en el proceso la obligación de la aseguradora de cumplir con el pago que le reclaman en la demanda, se suspendería tal afectación, e incluso, dado caso, podría abrirse camino la recuperación de sumas ya cubiertas.”³

Así entonces, como se advierte con total claridad de los extractos jurisprudenciales citados, en el presente caso mis representadas como cónyuge supérstite (Evelia Bohórquez Arenas), y las hijas del finado (Sandra, Yulieth y Jhoana Quintero Bohórquez), gozan de plena legitimación por activa para incoar la presente demanda, en tanto que han asumido con sus recursos el pago de la acreencia insoluta que el causante adeudaba a la Cooperativa Multiservicios Barichara Ltda., cuyo riesgo de muerte se encontraba asegurado por la accionada La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo S.A., como se demuestra con el insumo probatorio obrante en el expediente.

² CSJ SC, 28 Jul 2005, Rad. 1999-00449-01

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Radicado: 11001-02-03-000-2018-04068-00 (STC634-2019), Consejero Ponente: Álvaro García Restrepo, proferida el 30 de enero de 2019.

En conclusión, adolece de soporte jurídico el medio exceptivo cuestionado en este acápite, y por ello, su señoría deberá declarar su total improcedencia.

II. Falta de cobertura material por cuanto el señor Roso Quintero Patiño no cumplía con los requisitos de asegurabilidad en la póliza vida grupo deudores.

Para fundamentar este instrumento de defensa señaló la empresa accionada que el causante Roso Quintero Patiño no cumplía con los requisitos de asegurabilidad al momento de ingresar como beneficiario a la póliza vida grupo deudores, por cuanto había sido diagnosticado con la patología "*diabetes mellitus*" el 05 de julio de 2018, esto es, antes de su ingreso a dicha póliza, el 29 de septiembre de 2018. En contraposición a tal aseveración, debemos precisar contundentemente que, la empresa aseguradora en el presente asunto actúa de mala fe ante el legítimo reclamo formulado por mis mandantes para el cumplimiento del contrato de seguro, en la medida que realmente el ingreso del finado Roso Quintero Patiño a la citada póliza se dio en el mes de noviembre de 2016, momento en el cual la Cooperativa Multiservicios Barichara Ltda., le confirió su primer crédito como asociado, siendo el mismo asegurado por la pluricitada póliza objeto de reclamo en esta litis, tal y como consta en los hechos (4.2) al (4.4) de la demanda, los cuales gozan de prueba documental en el expediente.

Ahora bien, esta actuación de la empresa aseguradora no sólo es contraria al apotegma de buena fe contractual que dimana del artículo 1603⁴ del Código Civil, en tanto desconoce la realidad fáctica de la relación contractual con el finado, sino que, pone de relieve el claro incumplimiento de su deber como ente asegurador autorizado por el Estado colombiano, que de conformidad con la sentencia T-027/19 proferida por la Corte Constitucional, tiene frente a sus asegurados y beneficiarios para acreditar con fehaciencia el riesgo que es objeto de aseguramiento.

Si bien es cierto que en la demanda se citó con amplitud las reglas jurisprudenciales adoptadas por la Corte Constitucional en la referida sentencia

⁴ Artículo 1603. Ejecución de buena fe>. Los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no solo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, o que por ley pertenecen a ella.

T-027/19 respecto de esta materia, resulta necesario nuevamente recordar a la demandada La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo S.A., que tiene la obligación de verificar a través de todos los medios posibles, el estado de salud de las personas que fungen como asegurados y beneficiarios en sus pólizas de vida grupo deudores, bien sea mediante la realización de exámenes médicos o verificando la historia clínica del sujeto de derecho⁵.

En efecto, no está llamada a prosperar la excepción refutada en estas líneas, en tanto que bajo ninguna circunstancia el causante Roso Quintero Patiño incumplió los requisitos de asegurabilidad para ingresar a la póliza de vida reclamada, y contrario a ello, fue la empresa aseguradora la que inobservó sus deberes al momento de establecer dichas condiciones de asegurabilidad respecto del beneficiario en cuestión.

III. Nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia del asegurado.

Como lo hizo en la objeción formulada a la solicitud inicial de aplicación del seguro objeto de reclamo, la empresa aseguradora indica en este medio de excepción de mérito que, debe declararse la nulidad del aseguramiento ante la configuración de reticencia por parte del asegurado, debido a que éste último, omitió declarar su verdadero estado de salud al momento de ingresar a la póliza vida deudores.

En este aspecto la demandada La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo S.A., desatiende nuevamente los postulados que ha desarrollado la jurisprudencia constitucional en torno al tratamiento de la reticencia en los contratos de seguro, figura jurídica que sólo podrá tener aplicabilidad cuando se demuestre que el asegurado o beneficiario actuó de mala fe, con el objetivo de

⁵ Corte Constitucional, Sentencia T-027 de 2019, consejero ponente: Alberto Rojas Ríos, proferida el 30 de enero de 2019: “El tercer deber consiste en desplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia. Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (o asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud –en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados y no simples declaraciones generales–; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado.”

evitar que la prima de seguro se tornara más onerosa, o que, en su defecto, le negaran el amparo requerido, como lo señala la citada sentencia T-027/19:

“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 contrato⁶. En ese sentido, la Corte Constitucional sostuvo que debe distinguirse entre inexactitud y reticencia⁷. La primera es de carácter objetivo y corresponde a la discrepancia que hay entre la información declarada y la situación del tomador o asegurado⁸; mientras que la segunda es subjetiva y consiste en la intención del tomador (o asegurado) de ocultar la información para evitar cambios contractuales.”⁹

Es evidente su señoría que la reticencia en el contrato de seguro no opera bajo un criterio objetivo – como lo pretende la aseguradora demandada - sino que, por el contrario, demanda de la acreditación de mala fe por parte del beneficiario o asegurado para ocultar su verdadera condición, situación que no se encuentra probada en el caso del causante Roso Quintero Patiño, lo que conlleva inexorablemente a que se declare no probada esta excepción.

IV. Inexistencia de obligación a cargo de la aseguradora de practicar y/o exigir exámenes médicos en la etapa precontractual.

Señala la contestación en este apartado de su defensa que, por mandato expreso del artículo 1158 del Código de Comercio la empresa aseguradora no estaba obligada a practicar exámenes médicos al beneficiario Roso Quintero Patiño, sin que tal disposición a su criterio, admita interpretación disímil.

⁶ Corte Constitucional sentencias T- 222 de 2014; T- 830 de 2014; T- 684 de 2015; T- 577 de 2015; T-058 de 2016; T- 240 de 2016; T-282 de 2016; T-251 de 2017.

⁷ Corte Constitucional, sentencia T- 251 de 2017.

⁸ Corte Constitucional, sentencia T-222 de 2014.

⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-027 de 2019, consejero ponente: Alberto Rojas Ríos, proferida el 30 de enero de 2019

Al respecto, queremos enfatizar una vez más en el grave error que comete la parte demandada, La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo S.A., por cuanto desconoce en toda forma, el alcance que la Corte Constitucional le ha dado a la aludida norma comercial. Nótese que en la sentencia T-027/19 se persiste en remarcar que el asegurador como experto y conocedor de la labor que desarrolla, la cual además es de interés público, y en ejercicio de una posición dominante en virtud de la cual define a su arbitrio las condiciones del seguro, ostente unos deberes superiores al asegurado, en lo que se refiere a la verificación de las condiciones de asegurabilidad:

“63. La jurisprudencia de la Corte ha sostenido que el asegurador, al ser quien ostenta la posición dominante y quien define las condiciones del contrato de seguro, está sujeta a unos deberes mayores.”¹⁰

Así entonces, aun cuando la jurisprudencia constitucional no obliga específicamente a que el asegurador practique exámenes médicos a los beneficiarios que ingresan a una póliza de vida deudores, sí les impone una carga de determinar con precisión y claridad su verdadero estado de salud, propósito que no se logra diligenciando un formulario por el ciudadano que es seguramente, ajeno al conocimiento integral de su condición personal sino que, debe configurarse a través de mecanismos como la revisión de historia clínica de la persona destinataria del seguro:

“66. El tercer deber consiste en desplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia. Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (o asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud –en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados¹¹ y no simples declaraciones generales–; b) solicitar la autorización a la historia

¹⁰ Sentencia ídem.

¹¹ Véase Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 04.03.2016 (SC 2803-2016), Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez.

clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado.”¹²

En el presente asunto, la empresa aseguradora demandada limitó su deber de verificación de las condiciones de asegurabilidad del finado Roso Quintero Patiño, al diligenciamiento de un confuso y complejo formulario que el beneficiario se limitó a firmar sin mayores explicaciones por parte de los asesores de la Cooperativa Multiservicios Barichara Ltda., empresa que le otorgó los créditos asegurados.

Se puede concluir entonces con inexorable precisión que, la compañía aseguradora no realizó la verificación de la historia clínica del causante Roso Quintero Patiño, para efectos de verificar con total certidumbre, su estado de salud, y menos aún, practicó exámenes médicos para tal propósito, por lo que este medio de excepción también debe declararse improcedente por su despacho.

V. La acreditación de la mala fe no es un requisito de prueba para quien alega la reticencia del contrato de seguro.

Señala en este punto la entidad aseguradora en su contestación de la demanda que, la mala fe no debe ser probada para acreditar la configuración de la figura de reticencia en el contrato de seguro, hipótesis que pretende demostrar a través de extractos jurisprudenciales correspondientes a sentencias anteriores a la T-027/19, que consolida y unifica criterios en torno a esta materia.

Para demostrar la total improcedencia de este medio exceptivo, es suficiente acudir nuevamente a la sentencia de la Corte Constitucional antes reseñada, en la que se explica con total precisión que, para la configuración de la reticencia deben confluir 2 requisitos a saber: a) demostrar la mala fe del asegurado o tomador al momento de informar sobre su condición personal, y b) acreditar el nexo de causalidad entre la preexistencia omitida y la condición médica que dio lugar a la materialización del riesgo:

¹² Corte Constitucional, Sentencia T-027 de 2019, consejero ponente: Alberto Rojas Ríos, proferida el 30 de enero de 2019

“67. En cuanto el deber de comprobar la existencia del elemento subjetivo en la reticencia, la Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: a) probar la mala fe por parte del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso¹³ y; b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de 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.”

Para el presente caso, la empresa aseguradora demandada no prueba con las evidencias aportadas junto a la contestación de la demanda, los requisitos exigidos en la jurisprudencia constitucional para aplicar la reticencia al beneficiario fallecido Roso Quintero Patiño, debido a que éste no actuó de mala fe al diligenciar su formulario de aseguramiento, y menos aún existió un nexo de causalidad entre la “diabetes mellitus” que padecía, y la concreción del riesgo asegurado, esto es, su fallecimiento, el cual se generó básicamente por afecciones cardíacas, complicaciones por neumonía, cardiopatía isquémica, infarto con muerte súbita, entre otras patologías, pero bajo ninguna circunstancia fue la “diabetes mellitus” la causa efectiva de su deceso, como se prueba en la nota de egreso de la Clínica Reina Catalina de Barranquilla:

NOTA DE EGRESO

Fecha/Hora Realización: 17/01/2021 8:51:03	Folio No: 13105121
---	---------------------------

17/01/2021 8:51:03, 13105121 ¿Vivo o Muerto?: MUERTO

17/01/2021 8:51:03, 13105121 PLAN AMBULATORIO:: RECETARIO PARA ENTREGA DE CADÁVER
ACTA DE DEFUNCIÓN N° 725485059

17/01/2021 8:51:03, 13105121 DIAGNOSTICO DE EGRESO: SOSPECHA DE SARS COV 2
NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
SCA IAM SEST
STENT X 2 EN ADA
CARDIOPATIA ISQUEMICA FEVI 43% INSTITUCIONAL.
DM TIPO II
MUERTE SÚBITA POST RCP HACE 15 DÍAS.

¹³ Corte Constitucional, sentencia T- 222 de 2014, reiterada en T- 282 de 2016.

En virtud de los argumentos desarrollados, se torna igualmente improcedente esta excepción de mérito.

VI. La Equidad Seguros de Vida O.C., tiene la facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la nulidad del contrato de seguro.

Interpone la demandada este medio de excepción con el propósito que se confiera la facultad de retener la prima a título de pena en el evento que se acredite por su despacho la reticencia en el presente asunto. En este recurso de defensa, La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo S.A., plantea una consecuencia respecto de una declaración que deberá realizar su señoría para resolver de fondo este litigio, razón por la cual habiéndose demostrado que no resultaba procedente en este caso aplicar la reticencia alegada por la empresa aseguradora, esta excepción también está llamada al fracaso.

VII. Inexistencia de cobertura de la póliza AA000205 por riesgo expresamente excluido.

En esta excepción nuevamente alude la empresa demandada al hecho que el asegurado Roso Quintero Patiño no manifestó el padecimiento de “diabetes mellitus”, enfermedad que según la accionada está fuera de la cobertura de la póliza objeto de reclamo; la argumentación de este mecanismo de defensa es similar al aludido en excepciones precedentes, respecto de las cuales sólo podemos reafirmarnos en el sentido de señalar que el causante beneficiario de la póliza se limitó a diligenciar un confuso y complejo formulario de asegurabilidad que le facilitaron en la empresa cooperativa que le otorgó el crédito, no obstante, dicha información no fue corroborada por la entidad de seguros aquí demandada, como lo ordena imperiosamente la jurisprudencia constitucional.

Así entonces, no puede la empresa aseguradora alegar el incumplimiento de sus deberes de verificación rigurosa de la condición de asegurabilidad del beneficiario, como causa para eludir el reconocimiento y pago del seguro reclamado, por lo que requerimos a su señoría, que se disponga el total fracaso de esta excepción.

VIII. Sujeción a las condiciones particulares y generales del contrato de seguro, en la que se identifica la póliza, el clausulado y los amparos.

En virtud de la generalidad de este medio de excepción, requerimos a su señoría simplemente que la decisión que dirima el presente litigio se circunscriba de forma precisa a las condiciones particulares y generales del contrato de seguro objeto de reclamo, sin perjuicio del reconocimiento de las afectaciones que han sufrido a título de daño emergente las accionantes con ocasión a la negativa de la empresa aseguradora respecto del pago del riesgo asegurado.

Esta afectación se circunscribe a la obligación de atender mensualmente la cuota del crédito insoluto que en vida pagaba el causante a la Cooperativa Multiservicios Barichara Ltda., desde el momento de su fallecimiento (enero de 2021) hasta la presente fecha, y de forma continua hasta que la empresa aseguradora pague la totalidad de dicha obligación, situaciones que se han demostrado con las pruebas aportadas al expediente.

IX. El único beneficiario a título oneroso de la póliza de seguro vida grupo deudores es la Cooperativa Multiservicios Barichara.

Señala la demandada que, en una eventual sentencia condenatoria en su contra, el único beneficiario del pago de la póliza debe ser la Cooperativa Multiservicios Barichara Ltda., entidad que emitió el crédito insoluto que en vida tomara el causante Roso Quintero Patiño; ante tal pedimento, no tenemos otro camino que coadyuvarlo en el sentido que La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo S.A., debe ser condenado a pagar la totalidad de la obligación adeudada por el causante al momento de su fallecimiento.

Lo anterior sin perjuicio de que se ordene a la empresa cooperativa acreedora a restituir la totalidad de las cuotas mensuales pagadas desde el fallecimiento del beneficiario Roso Quintero Patiño, esto es, 17 de enero de 2021, hasta que se materialice el pago total de la póliza objeto de reclamo por la entidad aseguradora.

De conformidad con lo expuesto, solicitamos que se declare parcialmente procedente este medio de excepción, en el sentido que La Equidad Seguros de

Vida Organismo Cooperativo S.A., debe pagar a la Cooperativa accionada el monto total de la obligación adeudada por el causante Roso Quintero Patiño al momento de su fallecimiento.

De usted atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jhan Castro Quiñonez', is written over a light gray rectangular background.

Jhan Castro Quiñonez

C.C. 1.045.698.624

T.P. 232.983 del C.S.J.