



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**

**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO
La Dorada, Caldas, tres (03) de mayo de dos mil veintiuno (2021)**

Ref. Verbal Declarativo de Responsabilidad Civil Contractual

Rad.: 17380-40-89-002-2018-00376-01

RESUELVE RECURSO DE APELACIÓN

El despacho procede a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante frente a la sentencia proferida en audiencia oral el 12/03/2020 por el Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de La Dorada, Caldas, dentro del Proceso Verbal Declarativo de Responsabilidad Civil Contractual instaurado por Diana Patricia González Gómez en contra de la Aseguradora Metlife Colombia S.A.

I. ANTECEDENTES

La parte demandante pretende que se declare civilmente responsable a la aseguradora Metlife S.A. en razón al contrato celebrado en el que se adquirió la póliza con N° 2005677, en consecuencia, solicitó se pagara a su favor el valor de:

1. Cincuenta y dos millones ochocientos setenta y cinco mil pesos m/cte (52.875.000, 00)
2. Por la suma del juramento estimatorio apreciado por el valor de dieciocho millones quinientos cincuenta y un mil seiscientos ochenta y dos pesos (\$18.551.682) argumentado el incumplimiento del contrato por parte de la aseguradora.
3. Por los intereses de mora que se sigan generando hasta que se cancele la totalidad de la obligación
4. Finalmente solicitó condenar en costas y agencias en derecho a la parte pasiva¹.

Como cimienta de sus pretensiones, expuso en síntesis²

- La señora Diana Patricia González Gómez adquirió una póliza de accidentes personales N° 2005677 el día 30/09/2015.
- La referida póliza consiste en el amparo de los siniestros como muerte e incapacidad total y permanente.
- Para la 16/05/2017 a la señora Diana Patricia González Gómez se le dictaminó pérdida laboral del 52.91%.

¹ Fl. 39 cuaderno principal

² Fl. 37 y 38 cuaderno principal

- Así las cosas, el 01/08/2017 la asegurada solicitó ante la Compañía de Metlife S.A. la reclamación del valor pecuniario adquirido en la póliza de accidente personales N° 2005677.
- De lo peticionado la Compañía de Metlife S.A. se pronunció exponiendo que no era posible acceder a su reclamación, toda vez que, al momento de la declaración de asegurabilidad poseía preexistencias relevantes.
- Manifestó, que la aseguradora renovó la póliza el día 09/11/2017 y hasta la presentación de la demanda recibía la prima de seguro.
- Finalizó su relato fáctico anunciando que el 25/04/2018 se llevó a cabo audiencia de conciliación con la aseguradora, la cual se finiquitó sin éxito alguno.

II. TRÁMITE DE LA PRIMERA INSTANCIA

Mediante proveído del 25/09/2018, el Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de la Dorada, Caldas inadmitió la demanda haciendo unos reparos en concreto, los cuales fueron subsanados en tiempo oportuno, razón por la cual, a través de auto del 22/10/2018 se admitió la demanda.

Posteriormente, la aseguradora contestó el libelo incoado en su contra, exponiendo lo siguiente:

- En fecha 30/09/2015 la señora Diana Patricia González Gómez adquirió Contrato de Seguro de Vida Grupo instrumentado en la póliza N°2005677 – Certificado 1095 con la aseguradora MetLife y quien funge como tomador el Banco Falabella.
Así las cosas, MetLife solo se rige a los términos, condiciones, coberturas, sumas aseguradas, entre otras estipulaciones contractuales de la póliza N°2005677 - Certificado 1095.
- Refirió que, al momento de adquirir la póliza, los asegurados deben aportar información veraz del estado del riesgo conforme al artículo 1058 del Código de Comercio.
- Invocó que del contrato de póliza N°2005677 - Certificado 1095 debe declararse la nulidad relativa de conformidad con lo preceptuado por el artículo 1058 del Código de Comercio, toda vez que, “la pérdida de capacidad laboral” está excluida del contrato de seguro, partiendo del hecho que la enfermedad que presenta la asegurada radica desde el año 2013 y la póliza fue adquirida el 30/09/2015.
- Afirmó que el seguro continúa vigente, por lo que la aseguradora continúa cobrando con periodicidad la prima y los montos acordados, puesto que, la señora Diana Patricia González Gómez no ha expresado tácitamente su intención de dar por terminada dicha póliza³.

Adicionalmente, presentó las siguientes excepciones de mérito de nulidad relativa del contrato de seguro vida grupo, ausencia de cobertura, prescripción de las acciones entre otras, que en síntesis se sustentaron en que:

La asegurada Diana Patricia González Gómez ingresó como aseguradora de METLIFE el 30/09/2016, y al momento de diligenciar la correspondiente solicitud de asegurabilidad

³ cuaderno 1 fls. 79 a 143

respondió de manera negativa a todas las preguntas concernientes a patologías, sin embargo, la demandante presentó dolor lumbar con *"evolución de 4 años de artromialgias generalizadas, fibromialgia y depresión con manejo, valoración por psiquiatría por trastorno de ansiedad generalizado..."*

El contrato de seguro celebrado carece de cobertura para las patologías planteadas por la señora Diana Patricia González Gómez puesto que aquellas son preexistentes a la vigencia del contrato de seguro constituido el 30/11/2015, por lo tanto, debe declararse la nulidad relativa del seguro de vida en cuestión conforme a lo normado en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Concluyó su contestación objetando el juramento estimatorio, aludiendo que no le asiste incumplimiento culposo atribuible a la aseguradora MetLife Colombia S.A. toda vez que, el contrato de seguro - póliza N°2005677 - Certificado 1095 no cumple con los presupuestos de validez y en consecuencia se constituye una nulidad relativa en virtud de la reticencia y/o inexactitudes planteadas por la asegurada.

Descorrido el traslado de las excepciones, la parte actora se pronunció con respecto a la reticencia o inexactitud en la declaración del estado del riesgo, en la cual aludió que no son procedentes puesto que, la compañía aseguradora se allanó tácitamente al riesgo de la asegurada partiendo del hecho que MetLife conocía su situación de riesgo y ante ello no entabló proceso judicial de declaratoria de nulidad relativa y continuó recibiendo las primas del contrato de póliza.

Añadió que, si el asegurador conocía de las circunstancias sobre la reticencia o inexactitud antes de la celebración del contrato y pese a esta situación lleva a cabo un negocio jurídico, no le asiste razón al invocar la anulabilidad del contrato o la reducción de la prestación asegurada.

Aunado a lo anterior, expuso que la aseguradora tenía acceso a su historia clínica, pero omitió dicha diligencia y por el contrario celebró el contrato de póliza 2005677 – certificado 1095 –.

Como prueba solicitó a la parte demandada que aportara la declaración original del contrato y que de los acápites diligenciados se les hiciera un cotejo grafológico, al considerar que puede haber un cambio de la hoja n°2 de la declaratoria de asegurabilidad por otra.

Solicitó la vinculación de la señora Diana Carolina Cano Hernández persona que llevó a cabo el contrato de seguro entre MetLife y la asegurada, también de la señora María Juliana Tobón Peña quien funge como representante legal de la aseguradora de Metlife Colombia S.A.

Seguido, mediante auto del 09/04/2019 se fijó fecha para llevar a cabo audiencia de los artículos 372, en la cual se agotaron las etapas, decretándose el testimonio solicitado por la parte accionante de la señora Diana Carolina Cano Hernández en su condición de asesora comercial de Falabella ubicado en la ciudad de Medellín, quien diligenció la solicitud del documento original de la declaración de asegurabilidad, también se le solicitó a MetLife Colombia S.A que aportara dicha solicitud de manera original y del "cotejo grafológico" requerido por la parte activa fue negada, al considerar la Juez de

Primer Nivel que la misma fue solicitada de manera errada por cuanto no lo solicitó como tacha de falsedad de documento.

Ante dicha negativa el mandatario judicial de la parte demandante solicitó recurso de apelación de conformidad al numeral 3 del artículo 321 del CGP, el cual fue concedido por la Juez *A-Quo* en efecto devolutivo, y confirmada por este despacho el 11/06/2019, en dicho proveído, se condenó en costas a la parte recurrente conforme al numeral 8 del artículo 5 del acuerdo 105654 de 2016 del C.S.J.⁴

III. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de La Dorada, Caldas a través de sentencia No. 50 de fecha 12/03/2020, resolvió declarar prospera la excepción de mérito propuesta por la parte demandada denominada nulidad relativa del contrato de seguro de vida con número 2005677 – Certificado 1095 y con la correspondiente sanción de retener a su favor la totalidad de la prima, fundamentándose en la existencia de la reticencia e inexactitud de los hechos que rodean el riesgo y condenó a la parte demandante en agencias en derecho.

IV. IMPUGNACIÓN DE LA SENTENCIA

Inconforme con la decisión emitida, la parte demandada interpuso recurso de alzada señalando los reparos concretos frente a la misma; el Juez de instancia concedió el recurso en efecto suspensivo.

La parte activa presentó escrito solicitando la revocatoria del fallo de primera instancia haciendo énfasis en los siguientes aspectos.

1. El cuestionario realizado por la asegurada no cumple con los elementos sustanciales que le permitan a la aseguradora conocer el estado del riesgo y no le asiste por tanto que la demandada haya actuado de mala fe.
2. Al respecto señaló que el cuestionario está diseñado para un siniestro de muerte por cualquier causa, el cual es totalmente diferente a una incapacidad total y permanente.
3. Añadió que el cuestionario en comento no formula expresamente los padecimientos como lo son "*artromialgias, trastorno de ansiedad, síndrome del dolor lumbar, fibromialgia*" por el contrario las preguntas son generales y no determinan el riesgo del asegurado.
4. Señaló que en el documento mencionando existe un acápite en el que determina "*entiendo y acepto que el beneficiario del seguro no cubre pre-existencia declaradas y no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha de contratación, ni enfermedades graves (cáncer, infarto, evento cerebrovascular, insuficiencia renal y by-pass)...*" de estas patologías la aseguradora las determina como enfermedades graves; del cuestionario se puede vislumbrar que lo que busca es inducir a sus clientes en error.
5. Por tanto, consideró que este tipo de cuestionarios no son claros, ni son específicos para evaluar el riesgo.

⁴ cuaderno 2 "a continuación del primer cuaderno" fls. 498 a 500

6. Reiteró que la declaración de asegurabilidad fue diligenciada por una asesora quien vendió el seguro, alterando la manifestación libre y espontánea que pueda tener la persona que adquirió el seguro.
7. Finalmente, anunció que la Juez de primera instancia no efectuó un examen riguroso de las pruebas aportadas al proceso, sino por el contrario dio por sentada la declaración de asegurabilidad aportado al proceso.

V. TRÁMITE DE LA SEGUNDA INSTANCIA

Allegadas las diligencias a este Juzgado, de acuerdo con el Decreto Legislativo 806 del 04/06/2020, mediante auto del 10/10/2020 se admitió el recurso de apelación interpuesto por la demandada en el efecto suspensivo y se ordenó que una vez ejecutoriado el auto se corriera traslado a la parte recurrente para que sustentara el recurso de apelación interpuesto⁵, facultad de la cual hizo uso oportunamente⁶; en término oportuno, se pronunció a su vez la pasiva de la Litis como no recurrente.⁷

Pasado el asunto a Despacho para adoptar la pertinente decisión en la segunda instancia, a ello se procede, previas las siguientes:

VI. CONSIDERACIONES

1. Presupuestos Procesales.

En el asunto de marras concurren los presupuestos procesales, los cuales son indispensables para llevar a cabo la relación jurídica procesal, como es en el caso objeto de estudio.

Está legitimado en la causa por activa aquel que ostente la calidad de beneficiaria en el contrato de seguro cuyo pago se pretende y lo está por pasiva la aseguradora del riesgo amparado la compañía de Seguros MetLife.

2. Problema Jurídico.

Deberá resolver el Despacho los siguientes interrogantes:

- ¿Determinar la inexistencia de la prueba de la culpa por parte del asegurado?
- ¿Existió reticencia por parte de la asegurada, la señora Diana Patricia González Gómez, al momento de suscribir las declaraciones de asegurabilidad del seguro de vida con número 2005677 – Certificado 1095?
- ¿Le asistía a la aseguradora el deber de indagar si la asegurable padecía de alguna enfermedad preexistente?

3. Fundamentos normativos.

El Libro IV Título V del Código de Comercio en su artículo 1058 regula el contrato de los seguros, de la siguiente manera:

⁵ Archivo digital 01, carpeta de segunda instancia

⁶ Archivo digital 11, carpeta de segunda instancia

⁷ Archivo digital 12, carpeta de segunda instancia

*“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.”

De lo anterior, se vislumbra que al momento de adquirir una póliza de seguro le asiste al tomador de la misma, ser claro y sincero refiriéndose a sus patologías y así declarar por parte del asegurador el estado del riesgo que padece, puesto que, al no referirse con exactitud acarrea nulidad relativa del seguro adquirido.

A su turno, el artículo 1158 ídem, reza:

“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”.

Ahora bien, el asegurador emite un cuestionario de varias patologías y es en ese preciso momento el asegurado informa de manera completa y veraz su estado de salud, dado pues, que es el único que conoce cabalmente sus patologías, antecedentes y posibles enfermedades por haber tenido padecimientos.

Pues al constatarse esta información, la aseguradora decide si lleva a cabo dicho contrato o si por el contrario se estipulan obligaciones más onerosas en razón a la posibilidad del daño o agravación del riesgo que puede tener el asegurado.

Al respecto ha dicho la Alta Corte se ha pronunciado de la siguiente manera:

“El concepto de riesgo es el elemento más importante y esencial en esta clase de contratos, ya que por medio de este 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.

En este sentido, determinar el riesgo depende de muchos factores. Uno de ellos, la declaración del asegurado. Tal manifestación, permite a la aseguradora determinar el nivel del riesgo y todo lo que ello implica. Si el tomador del seguro no informa las condiciones previas al contrato de seguro, el asegurador no sabrá cuál es el riesgo que está cubriendo, lo que implicaría su desnaturalización.

Tal es la importancia 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, implica consecuencias negativas para el asegurado: La nulidad relativa del contrato de seguro, o recibir tan solo una parte de la póliza⁸.

Así pues, por expresa disposición de la ley, si el tomador o asegurado no es veraz con la información se obtiene la inexactitud o reticencia y como consecuencia la nulidad relativa del contrato adquirido.

De igual manera, se ha establecido que el contrato de seguro se celebra de buena fe tanto del tomador como al asegurador, sin embargo, se debe evidenciar y centrar en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio⁹.

Con respecto a la buena fe se desprende que es a cargo de aquella persona que al momento de adquirir y para el caso que nos convoca debe de obrar con buena fe, pues de esta veracidad conlleva repercusiones jurídicas ulteriores.

Por otra parte, el profesor Ossa G. expuso: "El asegurador no está obligado a verificar la exactitud de la declaración del estado del riesgo. Ni siquiera por su aspecto objetivo, menos aún por su aspecto moral. No existe norma legal que pueda invocarse para afirmar lo contrario."¹⁰

Aunado a lo anterior, no le asiste al asegurador inspeccionar los riesgos de los tomadores, por el contrario, esta responsabilidad acarea en cabeza de quien adquiere la póliza.

4. Fundamentos Facticos.

Analizadas las probanzas allegadas al plenario, permite tener como cierto que existió un contrato de póliza con N°2005677 - Certificado 1095, celebrado el día 30/09/2015 entre la señora Diana Patricia González Gómez como asegurada y MetLife Colombia S.A. como aseguradora.

Revisada la historia clínica allegada al dossier, se logró evidenciar lo siguiente:

- 25/11/2005 consultó en razón a un "dolor lumbar" descrita como enfermedad actual de un año de evolución.
- 13/11/2008 asistió a una valoración "dolor lumbar izquierdo" de un año de evolución.
- 19/09/2011 acudió al galeno con el motivo de consulta denominado "la columna" "dolor lumbar" con 4 años de evolución.

⁸ Sentencia T-251-17

⁹ Sentencia C-232-97

¹⁰ J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 349.

- 27/03/2012 para la fecha se describe que la paciente presenta 2 años de artromialgias generalizadas de predominio en manos, muñecas, codos, rodillas, cuellos de pies, asociados a mialgias de cintura pélvica y escapular, intolerancia al ejercicio deterioro de calidad de vida.
- 04/06/2012 el motivo de consulta para la época "fibromialgia con índice de dolor generalizado y severidad"
- 12/11/2013 "trastorno de ansiedad generalizada"
- 12/08/2014 "arritmia cardiaca de un año de evolución clínica"
- 19/09/2014 arribó descripción medica de especialista en anestesiología en la cual indicó que fue valorada con diagnóstico de fibromialgia, depresión secundaria, osteoartritis y arritmia cardiaca, con cuadro clínico de 4 años de múltiples despertares, entre otras.
- 10/02/2016 motivo de consulta, arritmia denominada como enfermedad actual.

De las patologías principales se extrajeron "dolor lumbar", reporte del año 2012 en el que se describe que la paciente padece hace 2 años la enfermedad denominada artromialgia generalizada, que para el 19/08/2014 y para el 19/09/2014 describe su reporte médico así; "arritmia cardiaca de un año de evolución clínica..." - "...hace 7 meses ingresó al instituto donde fue valorada con diagnóstico de fibromialgia, depresión secundaria, osteoartritis y arritmia cardiaca, con cuadro clínico de 4 años de múltiples despertares, sueño no reparador..." consecutivamente.

Con lo anterior, se evidencia que estas dolencias fueron diagnosticadas antes de adquirir la póliza con N°2005677 - Certificado 1095 y por lo tanto eran de conocimiento pleno de la demandante.

Por otro lado, el despacho logró evidenciar, que de conformidad al contrato de seguro de vida suscrito con la entidad Metlife de Colombia S.A., allegado al dossier, el cual no fue tachado de falso, y por lo tanto es plena, legal y legítima prueba documental para demostrar la relación jurídica entre las partes, se estableció lo siguiente,

- En el cuestionario de asegurabilidad, la demandante manifestó no padecer ninguna enfermedad crónica ni estar recibiendo tratamiento médico por cualquier enfermedad entre otras, lo cierto es que si se parte de la buena fe, le asistía a la señora González Gómez anunciar sus patologías puesto que de ellas se podía derivar un contrato oneroso e imponer ciertas clausulas por parte de la aseguradora, al tratarse de una persona con enfermedades.
- En el contrato objeto de esta Litis, suscrito por la actora, se enfatizó que: "*entiendo y acepto que el beneficio del seguro no cubre pre-existencias declaradas o no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha de contratación, ni enfermedades graves (Cáncer, infarto, Evento Cerebro Vascular, insuficiencia Renal, By-pass) diagnosticadas durante el periodo de carencia de 90 días*".

Conforme a los elementos probatorios allegados al *dossier* y de acuerdo a lo anteriormente expuesto, en efecto, si hay "pre-existencias" de base y pese a que la asegurada en el trámite del litigio reconoció no haber leído en su totalidad la declaratoria de asegurabilidad, lo cierto es que su firma reposa en el contrato como tomadora del seguro de vida.

Está plenamente demostrado que la señora Diana Patricia González Gómez estaba diagnosticada, cuando menos desde el año 2005, con un "dolor lumbar" descrito como

enfermedad actual de un año de evolución, entre otras enfermedades, que eran degenerativas, tal como consta en su historia clínica aportada al dossier.¹¹

Así las cosas, las enfermedades padecidas por la accionante eran de suma importancia que la aseguradora las conociera; luego, no puede decirse que fueran intrascendentes para la demandada, pues estas cumple el presupuesto exigido por la doctrina y la jurisprudencia respecto de la necesidad de revestir “alguna importancia, magnitud o relevancia”, en tanto que se tornaba trascendente para determinar el verdadero estado del riesgo, que de conocerse, o bien le hubiera permitido a aquella no asumirlo, o aumentar el valor de la prima de seguro.¹²

En este punto las cosas, huelga concluir que la asegurada siendo conocedora de sus patologías y habiéndosele advertido expresamente que la póliza “...no cubre pre-existencias declaradas o no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha de contratación, ni enfermedades graves ...” no indico tal información y por lo tanto, incurrió en reticencia al callar sobre su estado de salud.

Bajo este entendido, resulta ajustado a derecho la posición asumida por la Aseguradora al momento en que le fue elevada la reclamación por parte de la señora Diana Patricia González Gómez, pues al configurarse la conducta reticente de la asegurada, el seguro devenía afectado por nulidad relativa lo que hacía inexistente la obligación de pagar el seguro en lo que atañe al aumento del valor asegurado, pues esa es la sanción prevista por la ley y que opera de pleno derecho.

Con fundamento en todo lo expuesto, le era dable a la compañía aseguradora oponerse a las pretensiones, en tanto, resultaron probados los hechos en que se fundamentan las excepciones y que por demás, tienen como común denominador la reticencia en la que incurrió la asegurada que en este evento origina la nulidad relativa del seguro, establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Según todo el análisis efectuado a lo largo de este proveído fue acertada la decisión de la *A quo*, pues estuvo acorde con el análisis en conjunto del material probatorio obrante en la Litis; por lo cual se confirmará.

Finalmente, y toda vez que el recurso de apelación blandido por la parte actora no salió avante, se condenará en costas a la misma conforme lo expuesto en el numeral 1 del artículo 365 del Código General del Proceso en cuantía de 1 s.m.l.v., conforme al numeral 8 del artículo 5 del acuerdo 10554 de 2016 del Consejo Superior de la Judicatura.

VII. CONCLUSIÓN

En virtud de lo anterior este despacho confirmará la decisión adoptada por el Juzgado Segundo Promiscuo Municipal, de la Dorada – Caldas en proveído del 12/03/2020.

¹¹ Corte Suprema de Justicia, SCC, M.P. Eduardo Villamil Portilla, Ref.: Exp. No. 11001-31-03-040-1998-0129-01.

¹² Corte Suprema de Justicia SCC M.P. Ref. exp. No. 5743 30/11/2000.

VIII. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO, DE LA DORADA, CALDAS** administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el 12/03/2020 por el Juzgado Segundo Promiscuo Municipal, de la Dorada – Caldas, dentro del Proceso Verbal Declarativo de Responsabilidad Civil Contractual, incoado por la señora Diana Patricia González Gómez en contra de la Aseguradora MetLife de Colombia S.A.

SEGUNDO: CONDENAR en costas de esta instancia a la parte recurrente en la suma de 1 s.m.l.v., conforme al numeral 8 del artículo 5 del acuerdo 10554 de 2016 del Consejo Superior de la Judicatura.

TERCERO: REMITIR por secretaría, las diligencias al juzgado de origen.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

CAROLINA ANDREA ACEVEDO CAMACHO
JUEZ