



JUZGADO VEINTICINCO CIVIL DEL CIRCUITO  
Carrera 10ª No. 14-33 P-12°

[Ccto25bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:Ccto25bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Link micrositio: <https://www.ramajudicial.gov.co/web/juzgado-025-civil-del-circuito-de-bogota>

Bogotá D.C.

# **CUADERNO APELACIÓN SENTENCIA (No. 3)**

**Clase de Proceso:**

VERBAL

**Demandante(s):**

LAILY LILIANA ARIZA GALVIS

**Demandado(s):**

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA

**Radicado No.**

**11001080000820210075101**

**SUSTENTACIÓN REPAROS// RADICADO: 110010800008-2021-00751-01 // JUZGADO 25 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ//LAIDY ARIZA CONTRA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.//ASS**

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Vie 1/04/2022 4:06 PM

Para: Juzgado 25 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto25bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>; domapla@hotmail.com <domapla@hotmail.com>; lilianagalvis@gmail.com <lilianagalvis@gmail.com>; lilianagalvis@gmail.com <lilianagalvis@gmail.com>

CC: Santiago Rojas Buitrago <srojas@gha.com.co>; MARÍA CAMILA AGUDELO ORTIZ <mcagudelo@gha.com.co>

Señores

**JUZGADO VEINTICINCO (25) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**

E. S. D.

**PROCESO:** ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO.  
**JUZGADO DE ORIGEN:** SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.  
**DEMANDANTE:** LAIDY LILIANA ARIZA GALVIS  
**DEMANDADOS:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.  
**RADICACIÓN:** 110010800008-2021-00751-01

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, sociedad debidamente constituida, sometida a control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, manifiesto que dentro del término legal, en primer lugar, **REASUMO EL PODER** a mi conferido, y en segundo lugar, comedidamente procedo a **SUSTENTAR LOS REPAROS** formulados en contra de la sentencia proferida el 02 de noviembre de 2021 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, en los términos del documento adjunto.

De igual forma, solicito no se tenga en cuenta el escrito radicado a las 3:1y pm, si no el contenido en este correo radicado a las 4:04 pm. De antemano agradezco su atención.

Del señor Juez,

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

T.P. No. No. 39.116 del C. S de la J.

Señores

**JUZGADO VEINTICINCO (25) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**

E. S. D.

**PROCESO:** ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO.  
**JUZGADO DE ORIGEN:** SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.  
**DEMANDANTE:** LAIDY LILIANA ARIZA GALVIS  
**DEMANDADOS:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.  
**RADICACIÓN:** 110010800008-2021-00751-01

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, sociedad debidamente constituida, sometida a control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, manifiesto que dentro del término legal, en primer lugar, **REASUMO EL PODER** a mi conferido, y en segundo lugar, comedidamente procedo a **SUSTENTAR LOS REPAROS** formulados en contra de la sentencia proferida el 02 de noviembre de 2021 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, por medio de la cual equivocadamente se reconocieron las pretensiones de la demanda y se condenó a la Compañía de Seguros. Reparos que sustento teniendo en cuenta los siguientes fundamentos fácticos y jurídicos:

## **CONSIDERACIÓN PRELIMINAR**

Con el fin de brindar claridad al Despacho sobre los reparos que se formularon frente al *A-quo* y que se sustentarán mediante este escrito, se presentará la siguiente estructura que permitirá el adecuado entendimiento de los presupuestos fácticos y jurídicos que se expondrán. En primer lugar, se establecerá el problema jurídico a resolver por parte del Despacho. En segundo lugar, se presentará la sustentación de los reparos que se formularon en audiencia del 02 de noviembre 2021, que fueron posteriormente ampliados y que servirán de fundamento para la resolución del caso.

### **PROBLEMA JURÍDICO A RESOLVER**

En el caso en marras, es preciso analizar si se configuraron los supuestos preceptuados en el artículo 1058 del Código de Comercio a saber, la reticencia del asegurado al no declarar sinceramente los antecedentes médicos que padecía al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad. De tal suerte, el despacho deberá determinar si las declaraciones reticentes del asegurado, hubieran retraído a la aseguradora de celebrar el contrato o cuanto menos hacerlo más oneroso, teniendo en cuenta que la occisa sufría de diabetes mellitus, hiperlipidemia entre otras enfermedades que denotaban el deterioro del estado de salud de la asegurada. En ese sentido, es necesario estudiar si el juzgador de primera instancia incurrió en un incorrecto análisis probatorio al no evaluar las pruebas en conjunto teniendo en cuenta su pertinencia, conducencia y utilidad, ello con el fin de determinar si es exigible obligación contractual alguna en cabeza del Asegurador, esto es, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. en atención a la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

## SUSTENTACIÓN DE REPAROS

1. **EN EL PROCESO SE ACREDITÓ TOTALMENTE EL ELEMENTO SUBJETIVO CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 1058 DEL C.CO. SE DEMOSTRÓ TANTO LA RELEVANCIA TÉCNICA Y MÉDICA DE LOS ANTECEDENTES NO DECLARADOS, ASÍ COMO LA CONSECUENCIA RELATIVA A QUE, DE HABER CONOCIDO DICHS ANTECEDENTES, NO SE HUBIERA CONTRATADO EN LOS TÉRMINOS QUE LO HIZO MI REPRESENTADA.**

Con el objetivo de procurar por un correcto entendimiento del presente reparo, es de suma importancia que el juzgado tome en consideración que la Superintendencia Financiera de Colombia incurrió en un error de gran envergadura durante la apreciación en conjunto de todos los medios de prueba que obran en el plenario. En efecto, de manera equivocada el juez de primera instancia consideró que en el trámite no se había demostrado por parte de la Aseguradora, cuál hubiera sido la consecuencia en caso de haber conocido los antecedentes no declarados por la señora Lucía Galvis Quiroga (Q.E.P.D). Sin embargo, tal y como se explicará a continuación, no solamente la relevancia técnica y médica de dichos antecedentes para la Compañía de Seguros se encuentra totalmente probada en el trámite de la Acción de Protección al Consumidor Financiero, sino que, además, la citada consecuencia de igual forma se acreditó a través de distintas pruebas que son conducentes, pertinentes y útiles para el efecto.

En este orden de ideas y para mayor claridad del presente reparo, se manifiesta que la estructura metodológica que tendrá el mismo consiste en explicar, por un lado, cómo en la acción de protección al consumidor financiero se demostró totalmente la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados. Mientras que, por el otro lado, también se analizará profundamente cómo en el caso concreto también se probó totalmente que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., de haber conocido todas las patologías no informadas por el Asegurado, definitivamente se hubiera retraído de contratar en los mismos términos que lo hizo.

### 1.1. **En el proceso se acreditó totalmente la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados por la asegurada y la consecuencia para la compañía:**

Analizado los diversos medios de prueba que obran en el expediente, resulta sumamente claro que de los mismos se demuestra totalmente la relevancia técnica y médica para la Aseguradora, de los antecedentes no declarados por la señora Lucía Galvis (QEPD). En tal virtud, a continuación, se realizará una exposición de todos los medios de prueba, a partir de los cuales se acredita contundentemente, que las enfermedades no declaradas por el Asegurado modifican totalmente el verdadero estado del riesgo que la Compañía de Seguros creyó asegurar. En otras palabras, el consentimiento de mi representada se vio viciado, habida cuenta que creyó asegurar una persona en óptimas condiciones de salud, cuando realmente vinculó a la póliza a una que, había sido diagnosticada previamente con sendas enfermedades sumamente relevantes, que afectan gravemente la salud de una persona que las padece.

#### 1.1.1. *Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de la Historia Clínica.*

En primer lugar, se pone de presente que el documento más importante que obra en el expediente y que

correlativamente demuestra la relevancia médica y técnica de las enfermedades y antecedentes no informados, es el propio dictamen de pérdida de capacidad laboral. En otras palabras, la Historia Clínica que se aportó al plenario del ESE Hospital Regional Manuela Beltrán, es el documento idóneo a partir del cual se acredita la existencia y relevancia de los antecedentes no declarados, pues aquel es el documento, en donde se dice cuáles de las enfermedades que afectaban la salud de la señora Lucía Galvis (QEPD) al momento de vincularse al grupo asegurado, no declaradas, que terminaron por viciar el consentimiento de mi prohijada.

De esta manera y analizando el caso concreto, la señora Lucía Galvis (QEPD) no informó a mi representada de la existencia de sus enfermedades, las cuales, según la propia historia clínica, son totalmente determinantes e inciden en la decisión de asegurar a una persona que la padezca. En este sentido, las patologías más relevantes no declaradas fueron las siguientes:

- **DIABETES MELLITUS:**

Fecha 14/05/2012 Hora 13:16  
CONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADA  
• MOTIVO DE CONSULTA  
ASTENIA, ADINAMIA  
• ENFERMEDAD ACTUAL  
PACIENTE DIABETICA EN TRATAMIENTO, CON POLIFARMACIA REFIERE PERIODOS DE ANSIEDAD POR LA COMIDA.  
• CAUSA EXTERNA  
ENFERMEDAD GENERAL  
• EXAMEN FISICO  
TA 120/70 P 81 KG BUEN ESTADO GENERAL, CUELLO SIN MASAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO SIN MASAS, EXTREMIDADES SIN EDEMA PULSOS PEDIOS Y TIBIALES POSTERIORES NORMALES, SNC SIN DEFICIT.  
• ANALISIS  
DIABETICA CON POLIFARMACIA SE REEMPLAZA HIPOGLICEMIANTE ORALES ACTUALES ( 5 TABLETAS ) POR UNA TABLETA DE GLIMEPIRIDE / METFORMINA TABL. POR 2/1000 MG PERMANENTE  
• DIAGNOSTICO  
E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION  
Relacionado 1:E785-HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA

Documento: Historia Clínica E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán - Socorro.

Transcripción parte esencial: “Fecha y hora de registro 14/05/2012 13:16

(...)

*Diagnostico*

(...)

E 119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN

(...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de diabetes mellitus no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica de la señora Lucía Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad. Aunado a que en múltiples anotaciones a lo largo de su vida se encuentra que la señora Lucía Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por un tiempo prolongado, y que la misma era tratada con medicamentos prescritos de forma permanente, y pese a esto, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó:

Fecha 14/05/2012 Hora 13:16  
CONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADA  
• MOTIVO DE CONSULTA  
ASTENIA, ADINAMIA  
• ENFERMEDAD ACTUAL  
PACIENTE DIABETICA EN TRATAMIENTO, CON POLIFARMACIA REFIERE PERIODOS DE ANSIEDAD POR LA COMIDA.  
• CAUSA EXTERNA  
ENFERMEDAD GENERAL  
• EXAMEN FISICO  
TA 120/70 P 81 KG BUEN ESTADO GENERAL, CUELLO SIN MASAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO SIN MASAS, EXTREMIDADES SIN EDEMA PULSOS PEDIOS Y TIBIALES POSTERIORES NORMALES, SNC SIN DEFICIT.  
• ANALISIS  
DIABETICA CON POLIFARMACIA SE REEMPLAZA HIPOGLICEMIANTE ORALES ACTUALES ( 5 TABLETAS ) POR UNA TABLETA DE GLIMEPIRIDE / METFORMINA TABL. POR 2/1000 MG PERMANENTE  
• DIAGNOSTICO  
E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION  
Relacionado 1:E785-HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA  
• PROCEDIMIENTOS Y AYUDAS DIAGNOSTICAS SOLICITADAS  
GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL, HBA1C  
• MEDICAMENTOS PRESCRITOS  
GLIMEPIRIDE / METFORMINA 2/1000 MG PERMANENTE + ATORVASTATINA 20 MG

Las oportunidades en que se le prescribió la medicina y se registró la ingesta de la misma, fueron en las siguientes atenciones consignadas en el historial médico: (i). 14/05/2012. (ii) 22/02/2013. (iii) 30/07/2013. (iv) 17/03/2017. (v) 19/09/2020. (vi) 20/09/2020. (vii) 10/10/2020.

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de diabetes mellitus es una enfermedad prolongada en el tiempo que cuenta con una multiplicidad de registros en los fragmentos de la historia clínica que obran en el expediente. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

De igual forma, también hay registros en la historia clínica de la señora Lucía Galvis (QEPD) que permiten acreditar que padecía de la enfermedad de Hiperlipidemia por lo menos desde el año 2012, así:

- **HIPERLIPIDEMIA**

Fecha 14/05/2012 Hora 13:16  
CONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADA  
• MOTIVO DE CONSULTA  
ASTENIA, ADINAMIA  
• ENFERMEDAD ACTUAL  
PACIENTE DIABETICA EN TRATAMIENTO, CON POLIFARMACIA REFIERE PERIODOS DE ANSIEDAD POR LA COMIDA.  
• CAUSA EXTERNA  
ENFERMEDAD GENERAL  
• EXAMEN FISICO  
TA 120/70 P 81 KG BUEN ESTADO GENERAL, CUELLO SIN MASAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO SIN MASAS, EXTREMIDADES SIN EDEMA PULSOS PEDIOS Y TIBIALES POSTERIORES NORMALES, SNC SIN DEFICIT.  
• ANALISIS  
DIABETICA CON POLIFARMACIA SE REEMPLAZA HIPOGLICEMIANTE ORALES ACTUALES ( 5 TABLETAS ) POR UNA TABLETA DE GLIMEPIRIDE / METFORMINA TABL. POR 2/1000 MG PERMANENTE  
• DIAGNOSTICO  
E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION  
Relacionado 1:E785-HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA

Documento: Historia Clínica E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán - Socorro.

Transcripción parte esencial: "Fecha y hora de registro 14/05/2012 13:16

Diagnostico

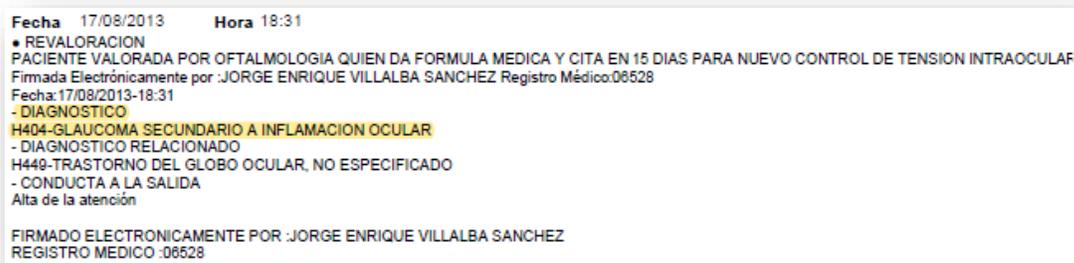
E 785 – HIPERLIPIDEMIA

(...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En este sentido, basta con analizar su información médica del mes de enero del año 2012, en donde se observa claramente registro de hiperlipidemia, lo que indiscutiblemente significa, que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por más de un año previo al perfeccionamiento de su aseguramiento, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó.

Así mismo, también hay registros en la historia clínica de la señora Lucía Galvis (QEPD) que permiten evidenciar el padecimiento de la enfermedad de Glaucoma por lo menos desde el año 2013, así:

- **GLAUCOMA**



Documento: Historia Clínica E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán - Socorro.

Transcripción esencial: Fecha y hora de registro 17/08/2013 18:31

(...)

Diagnostico

(...)

11404 - GLAUCOMA SECUNDARIO A INFLAMACIÓN OCULAR

(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En este sentido, basta con analizar su información médica del mes de enero del año 2012, en donde se observa claramente registro de glaucoma, lo que indiscutiblemente significa, que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por más de un año previo al perfeccionamiento de su aseguramiento, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó:



Documento: Historia Clínica U.T. Res Integrada FOSCAL Ciudad y fecha: Bogotá, 31/01/2012

Transcripción esencial: "Impresión diagnóstica

(...)

Diagnostico principal: H409 Glaucoma

(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de glaucoma es una enfermedad

prolongada en el tiempo que cuenta con una multiplicidad de registros en los fragmentos de la historia clínica de la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.). En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

Con el objetivo de obtener una adecuada comprensión de la relevancia de las patologías, debe tomarse en consideración que al proceso fue aportado el adecuado material probatorio, dentro de los cuales se incluyó la declaración de un profesional médico experto en la materia, cuyas puntuales ilustraciones acerca de la importancia de las enfermedades se destacaran en el numeral siguiente. Sin perjuicio, de que las reglas de la experiencia y la sana crítica reflejan con suma claridad que las enfermedades documentadas son altamente importantes.

Es por este motivo que la Superintendencia Financiera en su sentencia incurrió en un yerro de suma importancia, debido a que adujo que no existían elementos de juicio diferentes al interrogatorio de parte, a partir de los cuales se demostrara la relevancia técnica y médica de las enfermedades no declaradas por la Asegurada.

Todo lo previamente expuesto nos permite concluir, que la Superintendencia Financiera de Colombia incurrió en una equivocación de gran importancia en su sentencia al aducir que no existían elementos de juicio diferentes al interrogatorio de parte, para acreditar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, cuando ha quedado plenamente demostrado a partir de la historia clínica, que los antecedentes no informados por la señora Lucía Galvis (QEPD) representan de una importancia relevante para una persona que las padece por el simple hecho de tenerlas. Lo que correlativamente significa, que, si dichos antecedentes son relevantes para la persona que las sufre, por supuesto, también son importantes para la Compañía de Seguros, quien es a la persona jurídica a la que se le está trasladando el riesgo de la muerte de las personas y su estado de salud exacerba el riesgo de fallecer, y en tal virtud, requiere información fidedigna para determinar el verdadero estado del riesgo que se encuentra asumiendo.

#### ***1.1.2. Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de la declaración del Médico Cesar Carrascal.***

Como primera medida, es de suma importancia que se tome en consideración que la relevancia de las patologías no informadas y la consecuencia comercial de lo que hubiera sucedido de haber conocido oportunamente esos antecedentes, representan variables inescindibles. En efecto, la consecuencia comercial se deriva precisamente de la relevancia médica y técnica de los antecedentes no informados. Es decir, si dichos antecedentes no representan patologías significativas para fijar el verdadero estado del riesgo, claramente no puede existir una consecuencia comercial diferente a la pactada inicialmente. Precisamente por ese motivo, el proceso se demostró totalmente el error en el que incurrió la Superintendencia Financiera, al no haber valorado en conjunto todos los medios de prueba que acreditan incuestionablemente, que los antecedentes no informados por la señora Lucía Galvis (QEPD), son sumamente representativos para BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Teniendo en cuenta la relevancia de los antecedentes no informados, es que la Compañía de Seguros

determinó que de haber conocido todas las patologías de la señora Lucía Galvis (QEPD), no hubiera contratado en los mismos términos que lo hizo. Este hecho se encuentra totalmente comprobado a partir, no solo de todas las pruebas documentales que previamente fueron analizadas, sino adicionalmente, desde el interrogatorio del testigo médico, quien declaró expresamente sobre la relevancia de las enfermedades en la audiencia de practica de pruebas del 29 de octubre de 2021 y frente a las cuales manifestó:

“minuto 36:17. Superintendencia Financiera: ¿Qué padecimientos tenía la señora Luciana (sic) para el mes de noviembre de 2013, con anterioridad a esa fecha que se encontró?”

Minuto 36:33. Médico Cesar Carrascal: Ya se tenía diagnóstico documentado, ya estaba probada la existencia y tratamiento de una Diabetes Mellitus tipo dos, una patología de orden endocrino estaba allí presente y diagnosticada.

Minuto 36:54. Superintendencia Financiera: ¿Alguna otra doctor?”

Minuto 36:56. Médico Cesar Carrascal: Tenia otra enfermedad, un glaucoma que es una enfermedad a nivel ocular a nivel visual, la cual va perdiendo la visión por el aumento de la presión intra globo ocular, una hiperlipidemia y está asociada a la diabetes con aumento en la circulación de los lípidos y las grasas sanguíneas. Fueron tres básicamente, tres patologías presentes que ya estaban en la historia clínica antes del año 2013.

Minuto 37:31. Superintendencia Financiera: Doctor Cesar, ¿cuál fue la causa del fallecimiento de la señora Luciana (sic)?”

Minuto 37:37. Médico Cesar Carrascal: Bueno ella fallece por una complicación de un SARS 2 COVID, obviamente pues tenía factores coadyuvantes que podían llevarla a una condición muy desfavorable por la concomitancia de estas patologías previas sobre todo la hiperlipidemia y la diabetes mellitus, pero la causa de la muerte fue por una neumonía generada por el SARS2 COVID.

Minuto 38:11. Superintendencia Financiera: **Doctor tiene usted conocimiento cual hubiera sido el actuar de la entidad aseguradora de saber al momento de la celebración del contrato los padecimientos que usted me indica anteriores.**”

Minuto 38:31. Médico Cesar Carrascal: Entiendo que frente a este tipo de patologías de alteraciones como lo es la diabetes mellitus, glaucoma o la hiperlipidemia pues **se abstiene o hace una extra prima, se cobra una extra prima frente a la condición en que se encuentra la paciente si se hubiera tenido conocimiento de su existencia previamente a la suscripción de la póliza.**

Minuto 39:00. Superintendencia Financiera: **¿Por qué llega a esa conclusión doctor Cesar? ¿Cuál es el fundamento?”**

Minuto 39:05. Médico Cesar Carrascal: **Dadas las características de las enfermedades, son enfermedades que evolucionan progresivamente, tienen un deterioro en el tiempo, van comprometiendo el estado de salud y el estado relacional de la persona, y por consiguiente, pueden llevar a una condición de invalidez o eventualmente una condición de falla de los sistemas corporales y llegar al fallecimiento. Esa es la situación que presentan este tipo de alteraciones, de patologías, principalmente la diabetes mellitus.**

Minuto 39:46. Superintendencia Financiera: **¿Esa conclusión Doctor Cesar, está basada en algún documento,** es decir, entiendo que las patologías van causando un deterioro en la salud y pues se puede ver incrementado el riesgo que se está asumiendo, pero quiero saber en concreto como para llegar a esa extra prima o a no contratar, se toma algún documento de referencia para en el caso puntual llegar a alguna de las dos alternativas?"

Minuto 40:15. Médico Cesar Carrascal: **Claro que sí, el comportamiento de las enfermedades es ampliamente conocido y sobre todo en los dos últimos siglos se conoce cuál es el comportamiento de este tipo de patologías,** que van deteriorando, que si no hay un adecuado control pues su evolución es mucho más rápida y se convierten en **patologías que generan una condición muy deteriorante en el paciente, la comprometen como tal, por lo tanto, las entidades de aseguramiento ya conocen cual es el comportamiento médico y de salud de los pacientes con este tipo de alteraciones, ya está claramente definido medicamente por la medicina y la evidencia cómo se comportan este tipo de patologías y se encuentran registradas los requisitos y criterios de suscripción de las pólizas.**

Minuto 41:14. Superintendencia Financiera: **¿Doctor Cesar, usted conoce las políticas de colocación de este tipo de póliza?"**

Minuto 41:18. Médico Cesar Carrascal: **Estrictamente no, yo realmente estoy como testigo técnico no hago un estudio a profundidad sobre las circunstancias y características de la suscripción de las pólizas, entonces me pronunciaré y manifestaré sobre la parte técnica y el aspecto médico básicamente.**

(...)

Minuto 42:42. Apoderado BBVA Seguros de Vida: **¿Respecto de la patología que se evidencio en la historia clínica y a la cual hizo referencia usted que se determinó con anterioridad a noviembre de 2013 cuál es la posible complicación o consecuencias que puede tener una persona que padece de esta clase de enfermedad.?"**

Minuto 41:18. Médico Cesar Carrascal: **Bien comencemos por área que se resuelve más rápidamente. El glaucoma, el glaucoma puede llevar con el tiempo y**

progresivamente a la ceguera de la persona, esta es una de las características del glaucoma. Dos la diabetes mellitus que es quizá la enfermedad más compleja, la enfermedad que se convierte y se ha aumentado en los últimos 30 años en la población cuatro veces más, casi que un 300 - 400 % del incremento de la diabetes y se ha convertido en un problema de salud público porque la diabetes tiene un impacto muy grave sobre la persona sobre la familia y sobre los sistemas de salud. La diabetes impacta el corazón, impacta riñón, impacta cerebro, impacta visión, entonces es una enfermedad que se llama en medicina multisistémica, porque compromete varios órganos varios sistemas corporal llevando al infarto cardíaco a la insuficiencia cardíaca, alteraciones cerebrales, derrame cerebral, impacto cerebral y asimismo a la ceguera por la diabetes que se llama la retinopatía diabética, puede llevar también a neuropatía diabética con amputaciones de extremidades de miembros inferiores. En resumidas cuentas, es una enfermedad compleja que obliga a que la persona mantenga una condición muy estricta de su calidad de vida y su estilo de vida, su sanidad corporal tanto en la alimentación como en el ejercicio como en los hábitos frente a la forma de relacionarse en su vida con las personas para tomar un adecuado hábito de vida. Yo creo que esa es la característica más importante que tiene la diabetes mellitus, que efectivamente puede controlarse, pero si se sale el control crea un impacto muy severo.

Minuto 44:48. Apoderado BBVA Seguros de Vida: ¿De acuerdo en la valoración de la historia clínica usted puede evidenciar algún tratamiento farmacológico al cual estaba sometido la señora Galvis?”

Minuto 45:03. Médico Cesar Carrascal: Si ella estaba con dos medicamentos hipoglicemiantes para controlar, este medicamento se cuándo no ha sido suficiente el ejercicio la dieta, entonces se recurre a unos medicamentos que van a generar control del organismo de los niveles de azúcar por la utilización que hace de ella la insulina, no estuvo sometida a medicamentos insulino dependientes que ya es la insulina como tal la hormona, sino con medicamentos que se toma por vía oral, pero ya estaba con ese medicamento efectivamente.

Minuto 45:49. Apoderado BBVA Seguros de Vida: ¿Podría por favor indicarle al despacho para que se recomienda a un paciente la ingesta de metformina?

Minuto 46:03. Médico Cesar Carrascal: Es un hipoglicemiante oral igual que la glibedipirina son los dos medicamentos que ella estaba tomando, son hipoglicemiantes orales. Se utiliza cuando no ha sido suficiente el control por parte del manejo dietético o por la parte del ejercicio, el cuidado que debe tener la persona, el control de peso que pueda tener la persona, sabemos que el incremento desmesurado y descontrolado del peso puede llevar a una diabetes, eso es lo que ha hecho que los últimos 30 40 años se haya multiplicado por cuatro la frecuencia enfermedad diabética en la población. Ella estaba en el nivel de utilización de hipoglicemiantes orales, no estaba con medicación con insulina en la historia clínica que yo pude observar.

Minuto 47:00. Apoderado BBVA Seguros de Vida: ¿Finalmente podría indicarle al despacho la astorbastatina para que se recomienda a paciente doctor Carrascal?

Minuto 47:11. Médico Cesar Carrascal: Es un medicamento indicado para bajar la otra alteración que ella presentaba que era la hiperlipidemia, ósea, la cantidad de grasa de lípidos circulantes en sangre que van a impactar justamente el comportamiento de las arterias y las venas en el organismo, este medicamento lo que hace es disminuir los niveles y la concentración de esta sustancia la absorción de igual manera ayuda a prevenir infartos cerebrales infartos miocárdicos o alteraciones en miembros inferiores, entonces eran los medicamentos que ella estaba tomando.

Minuto 48:05. Apoderado BBVA Seguros de Vida: ¿Estos medicamentos a los cuales se ha hecho referencia ya se encontraban indicados a la paciente antes del mes de noviembre de 2013?

Minuto 48:20. Médico Cesar Carrascal: Si, haciendo referencia a la historia clínica y al registro de historia clínica eso es un documento privado, construido entre el paciente y su médico se puede observar que allí está la prescripción del medicamento desde el año 2012 2013 2011 ya estaba formulado el medicamento. Si usted tiene la historia clínica lo podemos poner de presente y lo podemos verificar.

Como se ha venido explicando, pierde totalmente de vista la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, que dentro del plenario existen sendos elementos de prueba que demuestran fehacientemente la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados por la señora Lucía Galvis (QEPD). En tal virtud, ahora debemos analizar el manual técnico de suscripción vigente para la fecha de vinculación al grupo asegurado, en las que expresamente se estableció la importancia de declarar los antecedentes médicos:

*1.1.3. Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de los manuales técnicos para la suscripción y colocación de los seguros Vida Grupo Deudores<sup>1</sup>.*

Como se ha venido explicando, el error esencial de la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, consistió en fundamentar su sentencia al haber indicado que la Compañía de Seguros no había demostrado el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Lo que significa, que en su concepto no se demostró la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados para la Aseguradora, así como tampoco la consecuencia de haber conocido oportunamente esta información. Sin embargo, esta decisión se encuentra totalmente equivocada, como quiera que en el expediente obran y fueron aportados oportunamente los manuales técnicos para la colocación y suscripción de seguros vigentes para el momento de la vinculación. Políticas en las que se evidencia expresamente, que el padecimiento de las enfermedades antecedentes un antecedente como lo es una invalidez previa, resulta totalmente relevante para determinar el estado del riesgo que se está asumiendo.

---

<sup>1</sup> Los manuales técnicos obran en el derivado 49 del expediente digital, aportados en cumplimiento del requerimiento oficioso de pruebas documentales.

En este orden de ideas, a continuación, se cita el tenor literal de ambos manuales aportados, tanto el aplicable al seguro contratado en el año 2013. El tenor literal de los mencionados documentos es el siguiente:

- *Políticas para la contratación de Seguros Deudores vigentes para el momento de la vinculación al grupo asegurado.*

#### **16.1.6 LÍMITE AUTOMÁTICO ASEGURADO INDIVIDUAL**

El límite de amparo automático para cada asegurado será con una edad hasta 69 años y 364 días, deberá ser hasta de mil setecientos cincuenta (1750) salarios mínimos mensuales legales vigentes (smmlv), suma hasta la cual estará asegurado automáticamente sin requisitos de asegurabilidad aceptando solamente el diligenciamiento de la solicitud de inclusión a la póliza junto con su correspondiente declaración de asegurabilidad, la cual deberá evidenciar que el deudor no tiene patologías preexistentes (ver anexo 1).

Para los excesos de amparo automático BBVA Seguros establecerá claramente los requisitos de asegurabilidad (ver anexo 2) necesarios y la infraestructura con que cuenta en cada ciudad y los mecanismos implementados para realizar los respectivos exámenes médicos los cuales estarán a nuestro cargo.

Transcripción parte esencial: **“El límite de amparo automático para cada asegurado será con una edad hasta 69 años y 364 días, deberá ser hasta de mil setecientos cincuenta (1750) salarios mínimos mensuales legales vigentes (smmlv), suma hasta la cual estará asegurado automáticamente sin requisitos de asegurabilidad aceptando solamente el diligenciamiento de la solicitud de inclusión a la póliza junto con su correspondiente declaración de asegurabilidad, la cual deberá evidenciar que el deudor no tiene patologías preexistentes (ver anexo 1).”** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

- *Políticas para la contratación de Seguros Deudores vigentes para el momento de la vinculación al grupo asegurado.*

#### **16.1.7.1 VIDA**

Cubre los riesgos de muerte por cualquier causa, sea en forma natural o accidental incluyendo el suicidio, el homicidio, la muerte presunta por desaparición y el SIDA como cualquier enfermedad grave tendrá cobertura desde el primer día de vigencia el cual inicia en la fecha en la que se efectuó el desembolso del crédito, se realice cada operación, se autorice la entrega del bien en leasing o bajo cualquier otro título o cuando el BBVA COLOMBIA solicite la inclusión en la póliza, siempre y cuando no contravenga el contenido del artículo 1058 del Código de Comercio.

Transcripción parte esencial: *“Cubre los riesgos de muerte por cualquier causa, sea en forma natural o accidental incluyendo el suicidio, el homicidio, la muerte presunta por desaparición y el SIDA como cualquier enfermedad grave tendrá cobertura desde el primer día de vigencia el cual inicia en la fecha en la que se efectuó el desembolso del crédito, se realice cada operación, se autorice la entrega del bien en leasing o bajo cualquier otro título o cuando el BBVA*

COLOMBIA solicite la inclusión en la póliza, **siempre y cuando no contravenga el contenido del artículo 1058 del Código de Comercio.**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Tal y como se observa de las citadas documentales, desde la elaboración de los manuales técnicos para la suscripción y colocación de los seguros, la Compañía Aseguradora fue totalmente enfática al dejar plasmado que un antecedente de una enfermedad, resulta totalmente relevante para determinar el estado del riesgo. En tal virtud, consagró expresamente que resulta fundamental que los potenciales asegurados informen de este tipo de antecedentes, dada la envergadura e importancia de los mismos para el contrato de seguro.

Es de esta manera que se resalta la gran equivocación del juzgador de primera instancia al analizar los medios de prueba en su conjunto. Lo anterior, toda vez que en el derivado 43 del expediente digital, obran los citados manuales para la colocación de seguros, en donde expresamente se encuentra consagrada la importancia de que los asegurados no tengan patologías preexistentes. Como las que no fueron informadas por la señora Lucía Galvis (QEPD) y que no genere contravención del artículo 1058 del C de Co.

Lo previamente expuesto nos permite concluir, que resulta totalmente equivocado afirmar que no existía una prueba para demostrar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, cuando en el expediente digital obran y así fueron aportados oportunamente, los manuales técnicos para la suscripción de los seguros aplicables para el año 2013. Manuales, en los que expresamente se encuentra consagrada la importancia de declarar por parte del potencial asegurado, un antecedente profundamente importante para determinar el verdadero estado del riesgo, como lo es las patologías de diabetes mellitus, hiperlipidemia y glaucoma. En otras palabras, la sentencia proferida el 02 de noviembre de 2021 no resulta jurídicamente acertada, como quiera que afirma que no existe una prueba distinta del interrogatorio de parte para demostrar el elemento subjetivo del artículo 1058 del C.Co. Sin embargo, dejó de valorar los manuales de colocación, en los que se encuentra indefectiblemente consignada la importancia y relevancia técnica y médica que puede tener el padecimiento de enfermedades de diabetes mellitus, hiperlipidemia y glaucoma, para determinar el verdadero estado del riesgo que se le está trasladando a mi representada. En tal virtud, ahora debemos analizar la objeción emitida por la Compañía de Seguros el 09 de diciembre de 2020, en las que expresamente se indicó lo siguiente:

*1.1.4. Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de la objeción del 09 de diciembre de 2020.*

Como se ha venido explicando, pierde totalmente de vista la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, que dentro del plenario existen sendos elementos de prueba que demuestran fehacientemente la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados por la señora Lucía Galvis (QEPD). En tal virtud, ahora debemos analizar la objeción emitida por la Compañía de Seguros el 09 de diciembre de 2020, en las que expresamente se indicó lo siguiente:

REF.	TOMADOR	BBVA COLOMBIA S.A.
	POLIZA	VGDB No. 0110043
	AFECTADO	LUCIA GALVIS QUIROGA
	CEDULA	28421861
	RECLAMO	VINM-3064
	OBLIGACION	00130839489600148442

Respetados Señores,

Una vez analizados los documentos aportados para la reclamación relativa al seguro de vida grupo deudores, afectando el amparo de Vida Básico, debido al fallecimiento del asegurado en referencia, hecho ocurrido el 26 de octubre de 2020, nos permitimos manifestar lo siguiente:

De acuerdo con la historia clínica de FOSCAL de noviembre 04 de 2006, encontramos que la señora Lucia Galvis Quiroga tenía antecedentes médicos y patologías previas que afectaban su pre-sanidad, como son DM (diabetes mellitus) en tratamiento, además, se evidencia antecedentes médicos de Hiperlipidemia Mixta y Glaucoma en registro médico de enero de 2012. Todas estas alteraciones y patologías son hechos relevantes que no fueron declarados y que motivaron la objeción al pago del respectivo seguro.

En efecto, en la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declararon las enfermedades arriba indicadas y, que de haberse reportado seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada y supeditado a los resultados de los exámenes que la Compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer de ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal.

Ahora bien, la aseguradora en virtud del principio de la buena fe que gobierna el contrato de seguro, no presume que el asegurado este faltando a la verdad o tratando de engañar cuando diligencia el cuestionario, sino que se confía en que las respuestas consignadas en el mismo, son del todo ciertas. Si posteriormente se determina que el asegurado conociendo un hecho importante relativo a su salud, no declara, se configura la reticencia, que da lugar la objeción del pago del seguro.

**Transcripción parte esencial:** *“En efecto, en la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declararon las enfermedades arriba indicadas y, que de haberse reportado seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada y supeditado a los resultados de los exámenes que la Compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer de ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal.”.* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir del tenor literal de la citada prueba documental, se demuestra contundentemente que desde el año 2020 la Compañía de Seguros adujo la importancia que tenían los antecedentes no declarados para determinar el verdadero estado del riesgo. Es más, en las mencionadas documentales, la Aseguradora expone que de haber conocido esas patologías, “*seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro*”, e incluso, manifiesta que como “*declaró no padecer de ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal*”. En otras palabras, no es cierto que no exista una prueba para acreditar la relevancia de los antecedentes no declarados, cuando en el expediente obra la objeción. En donde, por un lado, se dice expresamente que tan relevantes son las enfermedades y antecedentes no informados, que de haber sido conocidos seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro, y por el otro lado, se indica técnicamente que no se debieron haber expedido las pólizas como un riesgo normal, dada la envergadura y gravedad de la información ocultada.

Esta situación permite concluir indefectiblemente, no solamente que en el expediente obran y fueron practicados varios medios de prueba para demostrar la relevancia técnica y médica de la información ocultada. Sino además, que en la sentencia del 02 de noviembre de 2021 se cometió un profundo error en la valoración probatoria, como quiera que en la citada objeción se indicó puntualmente y desde el año 2020, que tan relevantes eran los antecedentes no declarados, que de haber sido informados,

seguramente no se habría aceptado la expedición del seguro, toda vez que claramente no se estaba ante un riesgo normal. El honorable juzgador de segunda instancia no puede pasar por alto esta deficiencia en la valoración probatoria, habida cuenta que de haber analizado la totalidad de las pruebas en conjunto, ciertamente la consecuencia hubiera sido diametralmente distinta. Esto es, haber declarado fundada la excepción de nulidad relativa como consecuencia de la reticencia del asegurado, y consecuentemente, denegar todas las pretensiones de la demanda.

1.1.5. *Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de las declaraciones de asegurabilidad, de las reglas de la experiencia, de la sana crítica y la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia.*

Resulta trascendental que el honorable despacho tenga en cuenta que, a través de la sentencia del 02 de noviembre de 2021, la Superintendencia Financiera de Colombia se apartó totalmente del precedente de la Corte Suprema de Justicia, relativo al valor probatorio que ostentan las declaraciones de asegurabilidad para demostrar el elemento subjetivo del artículo 1058 del C.Co. Dicho de otro modo, la citada sentencia incurrió en una grave imprecisión jurídica y probatoria, al haber dejado de lado el precedente de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, que claramente indica que la relevancia y consecuencia para la Compañía de Seguros de las enfermedades no declaradas, se demuestra a partir del propio texto de las declaraciones de asegurabilidad.

En este orden de ideas, se debe iniciar analizando la siguiente sentencia proferida por la Corte Suprema de Justicia, la cual es sumamente clara al afirmar que la existencia misma de la pregunta relativa a la enfermedad ocultada en el formulario de asegurabilidad, es significativa de su importancia como insumo para determinar el estado del riesgo. El tenor literal de la providencia claramente indica:

*Esta modalidad comercial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, como quiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca.*

[...]

*en ese escenario la pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, **pues precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento, es decir, si contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas,** sin perjuicio de la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud, de donde se desprende de modo general, que basta con establecer que hubo falta de sinceridad del tomador para que emerja la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro...<sup>2</sup>(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Tal y como se observa en la sentencia, la Corte Suprema de Justicia es totalmente clara al exponer que

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 01 de septiembre de 2010. Mp. Dr. Edgardo Villamil Portilla. Exp. No. 05001-3103-001-2003-00400-01.

la relevancia para la compañía de seguros de las enfermedades ocultas, claramente se demuestra a partir del mismo formulario de asegurabilidad. Es decir, si dentro de aquel cuestionario se encuentra una pregunta expresa y relativa a algún antecedente de salud, evidentemente tal antecedente es relevante para el Asegurador. Porque de lo contrario, el interrogante no estaría consignado en el cuestionario de salud, toda vez que en el mismo únicamente se incluyen preguntas acerca de aspectos fundamentales para determinar el verdadero estado del riesgo. Es más, esta postura fue ratificada por la Corte Suprema en la siguiente sentencia:

*"pues es ostensible que para reconocer la nulidad relativa del contrato de seguro de vida materia de la controversia, el ad quem no exoneró a la demandada del deber de acreditar la totalidad de los elementos axiológicos de dicha sanción sustancial, en particular, que otro hubiese sido su comportamiento comercial, en el supuesto de haber conocido los hechos constitutivos de la reticencia del asegurado, exigencia que, **se repite, tuvo por satisfecha con base, de un lado, en el contenido mismo de la declaración de asegurabilidad y, de otro, en la naturaleza de la información alterada, elementos de juicio con base en los cuales coligió que SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. no habría celebrado el contratado base de la acción, o que las condiciones del mismo habrían sido más onerosas**, de haber sabido que el asegurado consumía alcohol y "drogas estimulantes", que había sido sometido a tratamientos de rehabilitación respecto de esas conductas, que no era empleado, sino reciclador e indigente, y que no devengaba el salario que declaró como ingreso."<sup>3</sup>*  
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En esta jurisprudencia la Sala de Casación Civil va mucho más allá, toda vez que no solo afirma que la importancia de los antecedentes para el asegurador se demuestra a partir del cuestionario, sino que además, atendiendo a las reglas de la experiencia y la sana crítica, indica que la relevancia también se prueba por la naturaleza misma de la información alterada. Por ejemplo, ocultarle al Asegurador que se tiene una preexistencia como lo es un padecimiento de una diabetes mellitus, hiperlipidemia y glaucoma, evidentemente demuestra que se está ante una información de tal envergadura, que definitivamente hubiera generado que no se hubiere asegurado a la señora Lucía Galvis (QEPD).

Ahora bien, es a partir de los mencionados fallos que se observa la incorrección jurídica de la sentencia proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia. Toda vez que en el expediente se encuentran los formularios de asegurabilidad, en los cuales se indagó expresamente por la existencia de las enfermedades que padecía y no informó la señora Lucía Galvis (QEPD). A continuación, se presentan las preguntas más relevantes de esos cuestionarios:

*¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?*

(...)

*¿Sufre alguna incapacidad física o mental?*

(...)

*¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?*

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 16 de diciembre de 2016. Mp Dr. Álvaro Fernando García Restrepo. Radicado 05001-31-03-017-2009-00438-01.

(...)

*Trastornos mentales o psiquiátricos*

(...)

*Parálisis epilepsia, vértigos temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso.*

(...)

*Bocio, **diabetes** o enfermedades del sistema endocrino*

(...)

*Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna*

(...)

*Enfermedades del bazo, anemias, inflamación de ganglios linfáticos o **enfermedades del sistema hemo linfático** o enfermedades inmunológicas*

(...)

*Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón*

(...)

*Enfermedades renales – cálculos – próstata – testículos*

(...)

*Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio*

(...)

*Úlcera del estomago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo*

(...)

***Enfermedades en los ojos,** oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos*

(...)

*Cáncer o tumores de cualquier clase*

(...)

*Si es mujer, ¿Ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?*

(...)

*¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado*

(...)

***¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?***

(...)

***Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y la fecha de ocurrencia** (Negrilla y subrayado propio).*

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que pese a que la Asegurada (QEPD) había sido diagnosticada con “diabetes”, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que le cuestionó expresamente si había padecido o padece de esa enfermedad concretamente (ii) aunque la Asegurada (QEPD) padecía de “hiperlipidemia”, faltó a la verdad al responder que no padecía del sistema hemo linfático; y (iii) pese a que se le indagó acerca de enfermedades en los ojos omitió el padecimiento del glaucoma (iv) que pese a que señora Lucía Galvis padecía de sendas enfermedades,

negó sufrir o haber sufrido de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario puesto de presente con la pregunta abierta.

Es de esta manera que se encuentra totalmente demostrado, a partir de una prueba diferente al interrogatorio de parte y las mencionadas en este escrito de apelación, que las enfermedades y antecedentes no declarados por la señora Lucía Galvis (QEPD), son totalmente relevantes para que el asegurador determine el verdadero estado del riesgo. Dicho de otro modo, la sentencia proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia incurrió en un error jurídico de suma trascendencia, al afirmar que no existían pruebas en el expediente a partir de las cuales se demostrara el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Por este motivo, se comprueba que se omitió hacer una valoración conjunta de todos los medios de prueba, y también dejaron de lado las sentencias proferidas por la Corte Suprema de Justicia, en donde claramente se indica que la relevancia de las patologías no informadas se demuestra sencillamente a partir del formulario de asegurabilidad.

En conclusión, la sentencia de fecha del 02 de noviembre de 2021 proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia no se encuentra ajustada a derecho, y en tal virtud debe ser revocada integralmente. Lo anterior, debido a que equivocadamente se afirmó que no existían medios de prueba para demostrar la relevancia médica y técnica de las patologías no informadas, aun cuando la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil, ha indicado que la importancia de los antecedentes no declarados se demuestra por medio del formulario de asegurabilidad en donde obran los respectivos cuestionamientos sobre las enfermedades.

En consecuencia, dado que en el caso concreto obran en el expediente el formularios de asegurabilidad en donde se indagaba de manera expresa por los padecimientos previos, resulta indefectible que el elemento subjetivo del artículo 1058 del C.Co se encuentra totalmente demostrado. Máxime, cuando de haber realizado una valoración conjunta de las pruebas involucrando la historia clínica, la declaración del testigo médico, la objeción del 09 de diciembre de 2020, los formularios de asegurabilidad, y por supuesto, el interrogatorio de parte, se hubiera llegado a la necesaria conclusión de declarar fundada la excepción de nulidad relativa, negando así todas las pretensiones de la demanda.

1.2. **En el proceso se acreditó totalmente cuál hubiera sido la consecuencia negocial de haber conocido los antecedentes no declarados:**

Como primera medida, es de suma importancia que se tome en consideración que la relevancia de las patologías no informadas y la consecuencia negocial de lo que hubiera sucedido de haber conocido oportunamente esos antecedentes, representan variables inescindibles. En efecto, la consecuencia negocial se deriva precisamente de la relevancia médica y técnica de los antecedentes no informados. Es decir, si dichos antecedentes no representan patologías significativas para fijar el verdadero estado del riesgo, claramente no puede existir una consecuencia negocial diferente a la pactada inicialmente. Precisamente por ese motivo, en los subcapítulos precedentes se demostró totalmente el error en el que incurrió la Superintendencia Financiera, al no haber valorado en conjunto todos los medios de prueba que acreditan incuestionablemente, que los antecedentes no informados por la señora Lucía Galvis (QEPD), son sumamente representativos para BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Teniendo en cuenta la relevancia de los antecedentes no informados, es que la Compañía de Seguros

determinó que de haber conocido todas las patologías de la señora Lucía Galvis (QEPD), no hubiera emitido la póliza. Este hecho se encuentra totalmente comprobado a partir, no solo de todas las pruebas documentales que previamente fueron analizadas, sino adicionalmente, desde el interrogatorio de la representante legal de la Compañía de Seguros, quien adujo expresamente:

*“Minuto 51:10. Superintendencia Financiera: ¿Doctora Alexandra para en este caso puntual en el que la asegurada era pensionada quiero saber, teniendo en cuenta esa autorización da el cliente para revisar su historia clínica, para en este caso puntual, porque la aseguradora no hizo uso de esa autorización para verificar el estado del riesgo al momento de la colocación de la póliza?*

*Minuto 51:35. Representante legal Aseguradora: Doctor, primero que todo al momento del ingreso a la póliza por parte de la señora Lucía Galvis Quiroga, la señora tenía 61 años, la edad se encontraba dentro de los límites de asegurabilidad que establece la licitación, era una persona asegurable, dos con la declaración de seguridad por el monto del crédito que le fue desembolsado, que fue un monto inicial de 134 millones de pesos no ameritaba para poder aplicar lo establecido en las políticas de suscripción y esto es no daba lugar a la práctica ni exámenes médicos, ni de solicitud de historia clínica en la etapa pre contractual, ¿Por qué?, por cuantía, no, acorde con lo establecido en la licitación. Dos tampoco se solicitó historia clínica ni exámenes médicos porque la señora Lucía Galvis Quiroga contestó en la declaración de asegurabilidad que tenía en perfecto estado de salud, en todas las respuestas a todas las preguntas que se le hizo, si ha sido sometido a una intervención quirúrgica, si sufre de alguna incapacidad física o mental, a todo esto dijo que no, dijo que no tenía trastornos mentales ningún tipo de problemas en el sistema nervioso que no tenía problemas de diabetes ni bocio, ni enfermedad del sistema endocrino, dijo que no, no tenía problema de reumatismo que no tenía problema de los huesos que no tenía problema del sistema linfático ni inmunológico, que no tenía problemas de corazón, que no tenía problemas renales que no tenía problemas en los ojos ni oídos ni matriz ni garganta ni ronquera, mejor dicho, doctor, marcó en la columna del no a todas las preguntas que le planteó la compañía de seguros. La compañía de seguros indagó acerca del estado del riesgo a través del cuestionario planteado en la solicitud de la póliza que usted ya proyecto en el interrogatorio de parte de la demandante. No obstante, de haber sido preguntas todas estas patologías y haberlas tenido diagnosticadas de acuerdo con la historia clínica que reposa en el plenario, tenía diabetes (...) por lo menos del 14 de mayo de 2012, tenía hiperlipidemia desde ese momento y tenía problemas de glaucoma también desde el 17 de agosto de 2013, no obstante, de ser conocedora de sus patologías y de haberle preguntado la compañía de seguros a través de este documento puntualmente sobre cada una de las patologías y órganos relacionados con las patologías que están en el plenario en la historia clínica, la señora Lucía Galvis Quiroga que en paz descansa tomó la decisión de no contárselo a la compañía y omitir esta información que de haber conocido la compañía de seguros, pues las condiciones técnicas y económicas del seguro habrían sido diferentes ya que en este caso se habría negado el seguro solicitado por parte de la señora Lucía Galvis Quiroga. Sin embargo, pues en este caso no sé hacía*

*plausible y no es la obligación de la compañía de seguros hacer uso esa facultad, de esa autorización que está plasmada en este documento en donde se le autoriza a la compañía pedir a las EPS o IPS la historia clínica, ¿por qué?, primero porque el monto del crédito de acuerdo a los establecido en las políticas de suscripción y la licitación, pues no daba para practicar exámenes médicos 134 millones y se hacen exámenes médicos y se solicita historia clínica cuando los montos de los montos son superiores a los 1750 salarios mínimos mensuales legales vigentes, y dos, porque no se avizora no se advierte ningún tipo de patología manifestada por parte de la segura en la declaración de asegurabilidad, entonces en estos casos la compañía de seguros no solicita historia clínica ni tampoco practica exámenes médicos. Es una autorización que está plasmada en ese documento pero que no es obligación de la compañía activarlo en todos los casos en la etapa pre contractual.*

*Minuto 56:16. Superintendencia Financiera: ¿Ya esbozado pues digamos que las razones de la objeción por parte de la compañía que hubiera sucedido si la compañía hubiera conocido pues el estado de salud de la segura al momento de contratar?*

*Minuto 56:39. Representante legal Aseguradora: Se habría negado el seguro doctor, ¿por qué?, porque tenía antecedentes de diabetes y no solamente tenía diagnosticada la enfermedad, sino que estaba en tratamiento (...) estas tres patologías habrían desencadenado que la compañía hubiera negado el seguro.*

*Minuto 57:33. Superintendencia Financiera: ¿Con base en qué documental doctor Alexander usted manifiesta que se verá negado ese seguro o con base en que llega a esa afirmación a esa conclusión?*

*Minuto 57:41. Representante legal Aseguradora: Con base en lo que el área técnica de la compañía de seguros nos indica para este caso, en el hipotético caso de haber conocido estas patologías en la etapa pre contractual la compañía de seguros esto es en el año 2013 la compañía se hubiera abstraído de emitir el seguro.*

*Minuto 58:06. Superintendencia Financiera: ¿Doctora Alexandra el área técnica tiene algún documento en el cual se base para llegar a estas conclusiones?*

*Minuto 58:13. Representante legal Aseguradora: Si doctor.*

*Minuto 58:15. Superintendencia Financiera: ¿Cómo se llama ese documento?*

*Minuto 58:17. Representante legal Aseguradora: Certificación de extra prima.*

*Minuto 8:24. Superintendencia Financiera: ¿En esa certificación de extra prima se encuentran las condiciones técnicas y económicas del seguro para poder llegar a esas conclusiones o es simplemente una certificación en donde se está indicando que es extra prima? ¿A lo que quiero llegar es a la raíz de o porque se llegan a esas conclusiones no sé si, es decir, si yo le pido la certificación de extra prima allí me va a*

*llegar las condiciones técnicas y económicas del seguro?*

*Minuto 58:50. Representante legal Aseguradora: Pues las condiciones técnicas y económicas del seguro doctor están contenidas de acuerdo con la información que nos fue manifestada por parte de la señora Lucía Galvis Quiroga se encuentran plasmadas tanto en la solicitud de seguro que usted proyecto en el interrogatorio de parte de la señora Lady Lucía Ariza (sic) y además se encuentran planteadas en el clausulado de la póliza de vida grupo deudores. Ahora en que se fundamenta la compañía de seguros para poder hacer ese ejercicio hipotético de haber conocido estas patologías y que habría resultado este ejercicio, se basan en la experiencia técnica y en un concepto que hace el médico tarificador de riesgos que es un médico externo, es un ejercicio que se hace y sale de la revisión de la historia clínica de la declaración de asegurabilidad de todos los documentos que componen el reclamo que se presentó y de la carpeta de suscripción en este momento, en este caso de la señora Lucía Galvis Quiroga. Adicionalmente de la experiencia que tiene la compañía de seguros, en la asunción de riesgos, de tarificación de riesgos y de sus reaseguradores.*

*Minuto 1:00:21. Superintendencia Financiera: ¿Es decir esa experiencia doctora Alexandra no sé si se le logra entender no está plasmada en ningún documento por parte de la aseguradora, es decir la aseguradora simplemente basado en su experiencia determina el riesgo y determina si en el caso puntual el riesgo se vamos allá de lo que pretende asegurar? ¿A lo que quiero llegar es si hay algún documento técnico que me permita llegar a esas conclusiones? Más allá digamos del ejercicio que usted me dice la compañía en cada caso.*

*Minuto 1:00:51. Representante legal Aseguradora: Doctor es una consulta que se hace a través de correos electrónicos, es una consulta verbal prácticamente se hace una consulta por parte, al área técnica y el área técnica hace un análisis acerca de estos documentos a los cuales ya me referí y los plasma en una certificación de extra prima, que si actualmente existen unos documentos de donde salen todas estas conclusiones, la compañía de seguros tiene se basa en los manuales de colocación de seguros, se basa en el manual de políticas de suscripción, se basa en todos los manuales que tiene para efectos del producto y como tal de este tipo de pólizas de grupo de vida grupo deudores y además de la experiencia que tiene la asunción de riesgos. Y en la expertis que tienen los recursos humanos que trabajan al interior de la compañía, y también los recursos que tienen vinculados, adscritos de manera externa, es decir de los médicos, la expertis de los médicos. (...)" (Negrilla y subrayado propio).*

En efecto, la representante legal en su interrogatorio de parte fue sumamente clara al expresar cuál fue el análisis realizado al interior de la Compañía de Seguros, para determinar cuál hubiera sido la consecuencia comercial de haber conocido las patologías y enfermedades en el momento oportuno. En otras palabras, la representante legal adujo en su declaración que con la intervención de médicos especialistas en la materia se analizaron los antecedentes no informados desde la óptica de la historia clínica y las consecuencias que ellas representan en la salud. Teniendo en cuenta todas esas variables técnicas, se llegó a la conclusión que de haber conocido no se hubiera otorgado el amparo de

incapacidad total y permanente.

Dicho de otro modo, en el interrogatorio de parte se demostró contundentemente que la consecuencia negocial relativa a haberse negado el seguro, deviene del análisis efectuado al interior de la Aseguradora de las enfermedades ocultas a partir de (i) la historia clínica y (ii) el grupo de indemnizaciones con intervención de los médicos que conocen este tipo de reclamaciones. Esta situación puede ser observada en el siguiente fragmento de la citada declaración:

*“Minuto 1:55.55. Apoderado Aseguradora: “Dra. Alexandra, en respuestas anteriores usted manifestó la existencia de unas enfermedades que no fueron declaradas por la señora Delgado. Le agradezco que le indique al despacho cual hubiera sido puntualmente la consecuencia de que la señora Delgado hubiera declarado las patologías”.*

*Minuto: 1:56.19. Representante Legal Aseguradora: Bueno, la consecuencia de haber conocido BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. al momento del ingreso a la póliza acerca de las patologías de hipertensión arterial, túnel carpiano, la compañía aseguradora dado que adicionalmente se encuentra material en el dictamen de calificación de la unidad FOSCAL y de la historia clínica aportada por la misma señora Dalida Delgado, acerca del tratamiento que recibió, de medicamentos, el diagnóstico que fue confirmado por cada uno de los especialistas. **La compañía haría emitido la póliza sin la cobertura de Incapacidad Total y Permanente que se reclama en la litis de este proceso.***

*Minuto 1:57.10. Apoderado Aseguradora: Igualmente le solicito, que le indique al despacho cual hubiera sido la consecuencia de que la señora Delgado hubiese informado que se encontraba en incapacidad médica y en trámites de calificación de origen de alguna patología.*

*Minuto: 1:57.35. Representante Legal Aseguradora: Se habría negado la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, es decir, se habría emitido la póliza sin la cobertura de incapacidad total y permanente. De acuerdo a lo establecido en la declaración de asegurabilidad a pregunta expresa, en donde se le preguntó acerca si había tenido alguna incapacidad médica, física o mental. Además, de acuerdo a nuestros manuales de colocación y comercialización de seguros, este es un factor preponderante para poder tarifar el riesgo al ingreso.”*

De esta manera se advierte el error cometido por el juzgador de primera instancia, al considerar que no se había demostrado el elemento subjetivo consagrado en el artículo 1058 del C.Co. Evidentemente en la sentencia proferida por la Superintendencia se incurrió en una equivocación jurídica importante, en la medida que se afirmó que no se había acreditado la relevancia y consecuencia negocial de haber conocido oportunamente la información sobre la real condición de salud de la señora Lucía Galvis (QEPD). Cuando en el expediente obran múltiples elementos de juicio que demuestran la relevancia, y además, en el interrogatorio de parte se informó que al interior de la Aseguradora, a partir de esos elementos de juicio (los manuales de colocación y suscripción de seguros, los formularios de

asegurabilidad y la historia clínica), se llegó a la conclusión que de haber conocido todos los antecedentes, claramente no se habría contratado.

Dicho de otra manera, no solo no había motivo para restarle credibilidad al interrogatorio de parte rendido por el representante legal de la Compañía de Seguros, sino por el contrario, existían toda una serie de elementos probatorios que permitían comprobar totalmente lo esgrimido en la declaración. No resulta lógico restarle valor probatorio a lo indicado por la representante legal, cuando en el expediente obran (i) los manuales técnicos de suscripción, que consagran la relevancia de declarar las incapacidades preexistentes en los términos que lo señaló en su declaración, (ii) la historia clínica, en donde se acredita que las enfermedades no declaradas, (iii) y los formularios de asegurabilidad en donde se indaga expresamente por la existencia de las enfermedades no informadas (iv) la declaración del Dr. Carrascal médico especialista en la materia que acreditó médica y técnicamente la relevancia de las enfermedades no declaradas e incluso la consecuencia para el asegurador en caso de conocer la existencia de las mismas.

A partir de lo anterior, se comprueba indefectiblemente que la Superintendencia Financiera de Colombia se equivocó en su decisión de declarar infundada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del Asegurado, argumentando que el interrogatorio de parte no bastaba para demostrar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Tal y como se ha venido explicando, el interrogatorio de parte rendido por la representante legal de la Compañía de Seguros se encuentra totalmente respaldado por diversos medios de prueba que fueron aportados oportunamente al plenario. Sin embargo, sin ningún elemento de demostrativo, de manera equivocada y sin contar con fundamentos fácticos y jurídicos sólidos, la Superintendencia desestimó la declaración, y a su vez, todos los demás medios de prueba que se han venido analizando en el presente escrito, e indicó que no se demostró cuál hubiera sido la consecuencia comercial de haber conocido el real estado de salud de la señora Lucía Galvis (QEPD).

En conclusión, comedidamente se le solicita al Honorable juez 25 del Civil del Circuito de Bogotá que revoque totalmente la sentencia proferida el 02 de noviembre de 2021 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, toda vez que en aquella providencia se desestimó la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro, argumentando que no se había demostrado el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, cuando sí fue acreditado. En virtud de lo anterior, no solamente no había motivo lógico para restarle valor probatorio al interrogatorio de parte de la representante legal de la Compañía Aseguradora, sino que, además, se dejaron de valorar en conjunto toda una serie de elementos de prueba, así como también se dejó de lado la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Que conjuntamente y a partir de una valoración racional, demuestran contundentemente que, de haber conocido la información ocultada por el Asegurado, no se habrían emitido el seguro.

**2. EL INTERROGATORIO DE PARTE CONSTITUYE LA PRUEBA CONDUCTENTE, PERTINENTE Y ÚTIL PARA DEMOSTRAR CUÁL HUBIERA SIDO LA CONSECUENCIA NEGOCIAL DE HABER CONOCIDO LOS ANTECEDENTES NO DECLARADOS POR EL ASEGURADO.**

Sin perjuicio de que en el reparo anterior quedó totalmente demostrado el error cometido por la

Superintendencia Financiera de Colombia al no haber valorado correctamente y en conjunto, todos los medios de prueba que obran en el expediente. Se sustenta el presente reparo concreto en la medida que en la sentencia se desconoció abiertamente que el interrogatorio de parte constituye una prueba conducente, pertinente y útil para demostrar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Dicho de otra manera, sin perjuicio de que sí existen múltiples elementos de juicio en el plenario que dan cuenta de la relevancia técnica y médica de los antecedentes y de la consecuencia negocial de los mismos, el juzgador de primera instancia de manera equivocada le restó valor probatorio al interrogatorio de parte, cuando la jurisprudencia de las Altas Cortes y por supuesto, del Tribunal Superior de Bogotá, ha sido muy clara al indicar que la consecuencia negocial es perfectamente acreditable con la declaración del representante legal del asegurador.

Con el objetivo de sustentar adecuadamente el presente reparo concreto, resulta fundamental iniciar citando una sentencia proferida por el Tribunal Superior de Bogotá, en donde el Dr Manuel Alfonso Zamudio, magistrado de la Sala Séptima Civil de Decisión, expuso claramente que la prueba idónea para acreditar el vicio del consentimiento contenido en el artículo 1058 del C.Co., es el interrogatorio de parte del Asegurador:

*Lo anterior, porque el contrato de seguro, “en sí mismo considerado, es un negocio jurídico de uberrimae bona fidei, vale decir, un acuerdo en donde la buena fe -per se vigente en todos los tipos negociales- ocupa un protagónico y, de suyo, más intenso rol, al punto que se erige en su núcleo, a la vez que en la ratio que fundamenta un apreciable número de figuras que estereotipan la singular institución del seguro”<sup>23</sup>. **En ese orden de ideas, debe tenerse en cuenta, que en el presente asunto, la entidad aseguradora adujo de forma expresa en la contestación a la demanda y en el interrogatorio de parte que rindió su representante legal, que de haberse enterado del efectivo estado de salud señor Beltrán Sánchez, se hubiese retraído de la contratación o se hubiere hecho en condiciones más onerosas,** de lo que resulta palmario, que su consentimiento estuvo viciado, pues no le fue posible siquiera considerar los términos bajo los cuales podría, si así lo hubiese decidido, asumir el amparo de incapacidad total y permanente; y por consiguiente resultaba procedente, como en efecto lo hizo la juzgadora de primera instancia, declarar próspera la excepción de nulidad de los contratos de seguro propuesta por la aseguradora enjuiciada. <sup>4</sup>(Subrayado y negrilla fuera del texto original).<sup>5</sup>*

Tal y como se observa en el texto de la providencia, el Tribunal Superior de Bogotá tuvo por acreditado el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, mediante el interrogatorio de parte rendido por el representante legal de la Compañía de Seguros. En otras palabras, el Tribunal Superior de Bogotá no exigió ningún otro elemento de juicio para tener por demostrada cuál hubiera sido la consecuencia negocial de haber conocido oportunamente la información no declarada. Por supuesto, es una decisión que se encuentra completamente ajustada a derecho, tomando en consideración lo esgrimido en el reparo anterior, esto es, que la Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al determinar que el elemento subjetivo se acredita a partir del cuestionario de asegurabilidad. Es decir, si se tiene un cuestionario de

<sup>4</sup> Tribunal Superior de Bogotá. Sala Séptima Civil de Decisión. Sentencia del 16 de diciembre de 2020. Mp. Dr Manuel Alfonso Zamudio Mora. Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por Wilder Beltrán Sánchez contra Compañía de Seguros Bolívar S.A.

<sup>5</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. MP. Dr Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo. Sentencia del 03 de abril de 2017. Radicación 11001-31-03-023-1996-02422-01.

salud en donde constan unas preguntas claras que indaguen por las enfermedades ocultadas, y un interrogatorio de parte contundente, no existe una alternativa diferente a que se tenga por probado este elemento consagrado en el artículo 1058 del C.Co.

No obstante, esta postura también ha sido reiterada por la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil, en donde tuvo por demostrados los elementos contenidos en el artículo 1058 del C.Co, únicamente con la declaración de un funcionario de la Compañía de Seguros. En otras palabras, nuevamente se evidencia cómo una declaración de un funcionario de la Aseguradora constituye la prueba conducente, pertinente y útil, para demostrar el elemento subjetivo, que desafortunadamente, la Superintendencia Financiera de manera equivocada echó de menos en su providencia. El tenor literal de la jurisprudencia de la Corte es el siguiente:

*“Luis Carlos Moreno, en seguida de sintetizar los negocios de seguros que tenían con Atlantic, cuyo gerente era conocido en el gremio cafetero, se refirió a las pólizas de cumplimiento respecto de las cuales manifestó que «después de algún tiempo (varios meses), tuvimos conocimiento de algunas circunstancias que de haberlas conocido en su momento nos hubiesen detenido de expedir las pólizas. Por ejemplo, que la firma Atlantic Coal tenía graves dificultades financieras, que el primero de los contratos (con el Banco ING Bank) había tenido incumplimiento, que en el segundo contrato había una diferenciación entre el contrato (A) y contrato (B) situación **que de haberla conocido previamente no hubiéramos expedido las pólizas**» (folios 1146 y ss. de las copias aludidas).*

(...)

*Segundo: Modificar el numeral segundo en cuanto a que se deniega la pretensión principal de ineficacia del contrato de seguro entre la demandante Compañía Agrícola de Seguros S.A., hoy Compañía Suramericana de Seguros S.A., como asegurador, y Atlantic Coal de Colombia S.A., como tomador.*

**En su lugar, conforme a la segunda pretensión subsidiaria, se declara la nulidad de dicho negocio por reticencia.**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original).<sup>6</sup>

En efecto, ha quedado totalmente acreditado el yerro de gran envergadura en la sentencia proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia, en donde se apartó del precedente de la Corte Suprema de Justicia y del Tribunal Superior de Bogotá, al indicar que el interrogatorio de parte del representante legal de la Compañía de Seguros, no constituía la prueba conducente, pertinente y útil para demostrar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Es más, inclusive en su sentencia y de forma equivocada, le restó valor probatorio al interrogatorio de parte al afirmar que la mención acerca de la consecuencia para la compañía no venía acompañada de un soporte. No obstante, nuevamente se incurre en un error jurídico, en la medida que la representante legal de la Aseguradora no se encuentra actuando en su calidad de persona natural y profesional en derecho, sino que está ejerciendo en representación de la Compañía de Seguros, lo que por supuesto incluye a sus áreas técnicas y

<sup>6</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. MP. Dr Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo. Sentencia del 03 de abril de 2017. Radicación 11001-31-03-023-1996-02422-01.

médicas que intervinieron en la atención del caso desde la solicitud de afectación del seguro. En consecuencia, es claro que no había ningún motivo para desestimar la declaración.

Adicionalmente, con la sentencia proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia se perdió de vista totalmente el valor probatorio del interrogatorio de parte. Sobre este particular, resulta totalmente claro que el interrogatorio constituye un medio de prueba autónomo, que además es funcional para acreditar los hechos que posteriormente dan lugar a una consecuencia jurídica especial. Al respecto, la Corte Constitucional ha fijado su postura en los siguientes términos sobre este tema:

*“El interrogatorio o declaración de parte tiene por objeto obtener de los demandantes o demandados la versión sobre los hechos relacionados con el proceso, **toda vez que suministra certeza al juez sobre la verdad de los hechos que sirven de fundamento a las pretensiones de la demanda o de las excepciones, y con él se busca formar el convencimiento judicial respecto de la realización de determinados hechos que interesan al proceso**, pues constituyen el sustento de las peticiones presentadas por las partes dentro del mismo. Puede llegar a configurar una confesión, siempre y cuando recaiga sobre hechos que perjudican al declarante o favorezcan a la parte contraria y se cumplan los demás requisitos señalados por el artículo 195 del Código de Procedimiento Civil.*

***Como cualquier otro medio de prueba, el interrogatorio suministra certeza al juez sobre la verdad de los hechos que sirven de fundamento a las pretensiones de la demanda o de las excepciones.** Es decir, busca formar el convencimiento judicial respecto de la realización de determinados hechos que interesan al proceso, pues constituyen el sustento de las peticiones presentadas por las partes dentro del mismo.”<sup>7</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En el mismo sentido el Consejo de Estado manifestó lo siguiente:

*La prueba de declaración de parte se encuentra regulada en el Código General del Proceso en los artículos 191 a 205. De acuerdo con lo precisado por esta Corporación<sup>8</sup>, “[...] **el interrogatorio de parte es un medio probatorio que reviste una especial connotación en el curso de un proceso, en la medida en que es una prueba que se origina en la declaración de una de las partes, sobre hechos que interesan al proceso.** Esta declaración, tiene origen en la respuesta a una serie de preguntas formuladas por la parte interesada en llevar a cabo el medio probatorio, erigiéndose éste en una forma de provocar la confesión”.<sup>9</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Así mismo, aunque la Superintendencia Financiera de Colombia pretendió restarle valor a la declaración del representante legal de la entidad aseguradora demandada, no puede desconocerse que la misma

<sup>7</sup> Corte Constitucional, Sentencia C-559/09 del 20 de agosto de 2009, expediente D-7592, Magistrado ponente Nilson Pinilla Pinilla.

<sup>8</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. Auto de 10 de julio de 2013. Consejero Ponente: Enrique Gil Botero. Radicación número: 25000-23-26-000-2010-00957-01(46314).

<sup>9</sup> Sección primera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, auto que resuelve recurso de reposición del 25 de junio de 2019, radicado 11001-03-24-000-2007-00323-00A, Consejero Ponente: Oswaldo Giraldo López.

configura una especial circunstancia, relativa a que en su condición de profesional de la Compañía aseguradora y conocedora de los asuntos de que trata el proceso de colocación de los seguros y el análisis del riesgo y el trámite de indemnización, tiene toda la entidad técnica para que su manifestación sea pleno medio de prueba para acreditar la consecuencia de haber conocido el real estado de salud. Lo anterior, a la luz de las reglas de la experiencia y la sana crítica soportan como acertado el medio probatorio equivocadamente valorado por el juzgador de primera instancia y resultan en un defecto fáctico en la valoración de los medios de prueba. Máxime que es claro que el contenido del fallo debe apreciarse estos elementos que parten de aspectos fundamentales que resultan del ejercicio empírico que deben aplicarse a la valoración de las pruebas. Así lo ha sostenido la Corte Suprema de Justicia:

*“(…) Las reglas del criterio humano influyen en diversos aspectos de la actividad jurisdiccional, principalmente, en lo relativo a la interpretación y aplicación de las normas jurídicas, en la elaboración de presunciones, en la apreciación de la prueba con miras a la formación de la convicción del juez y, finalmente, para colmar aquellos preceptos jurídicos incompletos que deben ser complementados por el sentenciador. **En tratándose de la estimación probatoria, la sana crítica apareja aquel modo de apreciar la prueba en el que el juzgador, “teniendo por derrotero únicamente las reglas de la lógica, de la ciencia y de la experiencia que, según su entender, sean aplicables a un determinado caso, goza de libertad para valorarla, cuidándose, claro está, de exponer razonadamente el mérito que le asigne a cada prueba. A tal sistema de valoración alude el artículo 187 del Código de Procedimiento Civil” (casación del 16 de noviembre de 1999)**”.*

*Dicho sistema de valoración de las pruebas se encuentra estructurado sobre la libertad y autonomía del juzgador para determinar el peso de las mismas y obtener su propio convencimiento, bajo el apremio, únicamente, de enjuiciarlas por medio del sentido común, la lógica y **las reglas de la experiencia**, entendiéndose por estas últimas, **aquellos dictámenes hipotéticos de carácter general originados en el saber empírico, a partir de situaciones concretas, pero que, desligándose de éstas, adquieren validez en nuevas circunstancias o, lo que es lo mismo, “aquellas máximas nacidas de la observación de la realidad que atañe al ser humano y que sirve de herramienta para valorar el material probatorio de todo juicio”** (casación del 24 de marzo de 1998). Si bien, como ya se ha dicho, el sistema de la sana crítica se finca sobre **la libertad del juzgador en la actividad intelectual que presupone la valoración de la prueba, éste, al realizar la labor que se le ha confiado no puede descarriarse hacia la arbitrariedad**, pues la ponderación de las pruebas se encuentra sometida a la racionalidad nacida de las máximas de la lógica y las reglas de la experiencia.*

*Estas reglas, hay que decirlo de una vez, son parte de la argumentación del juez y no constituyen en sí mismas prescripciones, pues carecen de vinculación normativa, ya que asumen la apariencia de proposiciones del ser, es decir, de c[ó]mo son las cosas, no prescriptivas de como deberían ser. Son principios de contenido fáctico que se caracterizan por tener valor general, por ser variables, heterogéneas y estar en constante y permanente transformación, cabalmente por encontrarse fincadas en la cotidianidad del ser humano, sometidas, subsecuentemente, al dinamismo propio del acontecer social. **De ellas se vale el juzgador para enjuiciar las diversas afirmaciones del proceso, rechazando aquellas***

**que las contraríen y para aceptar y concordar las que se relacionen con la realidad social<sup>10</sup>.**

*“Dada su naturaleza, no es factible que el legislador las plasme en normas jurídicas, desde luego que es imposible que éste condense en un texto legal las reglas de la lógica y las máximas científicas o de la experiencia de las que se pueda valer el juez para valorar las pruebas e, inclusive, de ser ello posible, dejaría de ser un sistema fincado en la libertad del juez para regresarse a uno de tarifa legal. En ese orden de ideas, la sana crítica en la apreciación de las pruebas presupone una abdicación de la soberanía del legislador en la materia, para confiársela la actividad discrecional del juez, no reglada, obviamente, por la ley (...)”<sup>10</sup> (subraya original y negrilla ex texto).*

En cuanto a los lineamientos para valorar las pruebas conforme a las reglas de la experiencia y la sana crítica, la Corte en reciente oportunidad, señaló:

*“(...) Por su parte, Michele Taruffo, sostiene que cuando se habla de libre convencimiento o de evaluación fundada en las reglas de la sana crítica se hace referencia «a la necesidad de que el juez formule una evaluación racional de la eficacia de las pruebas. Ésta debe desarrollarse y fundarse en un razonamiento lógicamente estructurado, mediante una o más inferencias lógicamente controlables»<sup>11</sup>. Y a propósito de la exigencia de motivación de la decisión judicial en conexión con el análisis probatorio, el mismo autor, sostiene que”.*

*“ [L]a motivación del juicio sobre los hechos debe tener al menos dos características fundamentales: 1) tiene que ser completa, lo que significa que debe involucrar todas las pruebas relacionadas con todos los hechos de la causa, con una justificación específica y analítica de las evaluaciones que el juez formuló a propósito de cada una de las pruebas que han sido adquiridas en el juicio, y 2) el razonamiento que el juez desarrolla en la motivación con el fin de justificar su decisión sobre los hechos debe ser lógicamente correcto, porque sólo de esta manera es posible verificar si la decisión está fundada en buenas razones, tales que hagan entender que llegó a establecer de manera racional la verdad de los hechos<sup>12</sup> (...)”<sup>13</sup>.<sup>14</sup>*

A partir de todo lo previamente expuesto, ha quedado demostrado que no solo no había motivo para desestimar la declaración de la representante legal, sino además, que la Superintendencia Financiera de Colombia desatendió el precedente vertical que le era exigible. Si bien para el Tribunal Superior de Bogotá y para la Corte Suprema de Justicia el cuestionario de salud, aunado a un interrogatorio de parte, constituyen las pruebas conducentes, pertinentes y útiles para demostrar el elemento subjetivo consagrado en el artículo 1058 del C.Co. El juzgador de primera instancia en este proceso de forma equivocada y sin motivar las razones que lo conllevaron a apartarse del precedente vertical, desestimó el valor probatorio del interrogatorio de parte de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

<sup>10</sup> CSJ. SC de 30 de septiembre de 2004, exp 7549.

<sup>11</sup> Verdad, prueba y motivación en la decisión sobre los hechos. 1º ed. 2013, México. Serie Cuadernos de Divulgación de la Justicia Electoral, pág. 89.

<sup>12</sup> Ibid. pág. 91

<sup>13</sup> CSJ. SC3249-2020 de 7 de septiembre de 2020, exp. 11001-31-10-019-2011-00622-02.

<sup>14</sup> Sentencia **STC7617-2021**. 24 de junio de 2021. Magistrado ponente **LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA** Radicación n.º **05000-22-13-000-2021-00062-01** Aprobado en sesión virtual de 23 de junio de 2021

Todo lo anterior nos permite concluir, que el Honorable Juez 25 Civil del Circuito de Bogotá debe revocar integralmente la sentencia proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia el 02 de noviembre de 2021, toda vez que en aquella providencia el juzgador se apartó del precedente vertical del Tribunal Superior de Bogotá y de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Lo anterior, en la medida que las altas corporaciones colegiadas han fijado claramente su postura al indicar que el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, se acredita sencillamente con el formulario de asegurabilidad en donde obren las preguntas claras, y con el interrogatorio de parte del Asegurador, máxime, que en este caso se cuentan con mas elementos de prueba como un experto médico y aquellas que fueron esgrimidas en la sustentación del reparo anterior. No obstante, en este caso la citada Superintendencia indicó que esos medios de prueba no eran suficientes (a pesar de que existen muchos más como ya se explicó), y declaró la responsabilidad civil del Asegurador. En consecuencia, es totalmente claro que de haber aplicado el precedente judicial la decisión hubiera sido diametralmente diferente a la adoptada, puesto que se debió declarar fundada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro, negando así todas las pretensiones de la demanda.

### **3. LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA SE APARTÓ TOTALMENTE DEL PRECEDENTE VERTICAL, ASÍ COMO TAMBIÉN DEL HORIZONTAL DE SU MISMO DESPACHO, SIN PRESENTAR UNA ADECUADA MOTIVACIÓN PARA EL EFECTO.**

Este reparo se sustenta fundamentalmente en que, con la citada decisión, no sólo se apartó del precedente vertical de la Corte Suprema de Justicia y del Tribunal Superior de Bogotá, como se ha venido explicando. Sino que también, se apartó totalmente del precedente horizontal de su mismo Despacho, en el que ha tenido por demostrado el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, a través del interrogatorio de parte y la declaración de un médico en el cual se acredite la relevancia de las enfermedades como mínimo. En otras palabras, la Corte Constitucional ha fijado unos requisitos muy estrictos que todo operador judicial debe cumplir para apartarse del precedente vertical y horizontal. En tal virtud, la Superintendencia Financiera de Colombia en la providencia objeto de apelación, optó por apartarse del precedente vinculante sin motivar adecuadamente cuáles fueron las razones que la llevaron a proferir tal decisión, que además, deben enmarcarse taxativamente dentro de las causales que la Corte Constitucional ha indicado para ese efecto.

En este orden de ideas, se debe iniciar citando una sentencia de nuestro más alto tribunal constitucional en la que ha sido enfático en la fuerza vinculante que comporta el precedente horizontal. Inclusive, en la providencia se indica expresamente que la importancia del precedente horizontal radica principalmente en la protección a los principios de la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima, y principalmente, el derecho fundamental a la igualdad. El tenor literal de la decisión de la Corte Constitucional, que valga la pena decir, se encuentra contenido en una sentencia de Unificación, con los efectos que de este tipo de providencias emanan, es el siguiente:

*“Se puede clasificar el precedente en dos categorías: (i) el precedente horizontal, el cual hace referencia a las decisiones proferidas por autoridades del mismo nivel jerárquico o, incluso, por el mismo funcionario; y (ii) el precedente vertical, que se refiere a las decisiones adoptadas por el superior jerárquico o la autoridad encargada de unificar la jurisprudencia. **El precedente horizontal tiene fuerza vinculante, atendiendo no sólo a los principios de buena fe, seguridad jurídica y confianza***

**legítima, sino al derecho a la igualdad que rige en nuestra Constitución.**  
*Asimismo, el precedente vertical, al provenir de la autoridad encargada de unificar la jurisprudencia dentro de cada una de las jurisdicciones, limita la autonomía judicial del juez, en tanto debe respetar la postura del superior, ya sea de las altas cortes o de los tribunales.”<sup>15</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Es de esta manera que, con el objetivo de promover la protección de los citados principios de buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad, la Corte Constitucional ha fijado unos requisitos muy estrictos que todo operador judicial debe cumplir si desea apartarse del precedente vertical y del horizontal. Es decir, no existe autonomía total e irrestricta para que los jueces de la república se aparten de los citados precedentes, sino que por el contrario, si desean hacerlo, deben enmarcar su decisión en una de las causales taxativas que el más alto tribunal constitucional ha establecido. De esta manera, en la sentencia que se estudiará a continuación, la Corte explica cuáles son esos requisitos imperativos que se deben sustentar, si es voluntad de un juzgador apartarse de su propio precedente, así como del de sus superiores jerárquicos:

*“Finalmente la Sentencia C-836 de 2001 consagró también la posibilidad de que la Corte Suprema de Justicia se aparte de su doctrina probable, (precedente horizontal) en tres supuestos: **1) cambios sociales que hagan necesario un ajuste en la jurisprudencia. 2) cuando encuentre que su jurisprudencia contradice “valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico” y 3) cuando exista un cambio relevante en el ordenamiento jurídico legal o constitucional.***

(...)

**Sin embargo, debe resaltarse que la opción en comento en ningún modo habilita a las autoridades judiciales para, en el ejercicio distorsionado de su autonomía, opten por desconocer el precedente, tanto de carácter vertical como horizontal, ante la identidad de supuestos jurídicos y fácticos relevantes, sin cumplir con los requisitos antes mencionados.** *Por lo tanto, resultarán inadmisibles, por ser contrarias a los principios de igualdad, legalidad y seguridad jurídica, posturas que nieguen la fuerza vinculante prima facie del precedente, fundamenten el cambio de jurisprudencia en un simple arrepentimiento o cambio de parecer, o sustenten esa decisión en el particular entendimiento que el juez o tribunal tengan de las reglas formales de derecho aplicables al caso.”<sup>16</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Partiendo de las bases jurídicas previamente anotadas, es que se observa la equivocación cometida por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia en su sentencia del 02 de noviembre de 2021. En su providencia, y como se explicará a continuación, transgrediendo los principios constitucionales relativos a la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad, se apartó totalmente del precedente vertical de la Corte Suprema de Justicia y del Tribunal Superior de Bogotá y del horizontal de

<sup>15</sup> Corte Constitucional. Sentencia SU354 de 2017. Magistrado Ponente. Dr. Humberto Escruce Mayolo. Sentencia del 25 de mayo 2017.

<sup>16</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-621 de 2015. Magistrado Ponente. Dr. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Sentencia del 30 de septiembre de 2015.

su propio Despacho. Por este motivo, se presentarán dos subcapítulos, en los que se observa la transgresión a cada uno de los precedentes anotados.

3.1. La Superintendencia Financiera de Colombia se apartó del precedente vertical.

Tal y como se ha expuesto en los reparos anteriores, tanto para el Honorable Tribunal Superior de Bogotá, como para la Corte Suprema de Justicia, la prueba conducente, pertinente y útil para demostrar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, es el interrogatorio de parte y el cuestionario de salud, en donde obren las preguntas específicas y enfocadas en las enfermedades ocultadas por el asegurado. Es decir, si en un proceso judicial se demuestra que en el cuestionario se encuentran las preguntas relativas a las enfermedades no informadas por el Asegurado, y además, se tiene un interrogatorio de parte que acredita cuál hubiera sido la consecuencia comercial de haber conocido oportunamente esos antecedentes, el juzgador no tendrá una alternativa distinta que declarar probada la nulidad del contrato de seguro.

Dado que los fragmentos de las sentencias que fueron desatendidas por la Superintendencia ya fueron transcritos previamente en los reparos antecedentes, únicamente se enunciarán nuevamente las referencias puntuales a dichos pronunciamientos, con el objetivo de que el Juzgado 25 civil del Circuito de Bogotá evidencie la transgresión injustificada del citado precedente:

- Tribunal Superior de Bogotá. Sala Séptima Civil de Decisión. Sentencia del 16 de diciembre de 2020. Mp. Dr Manuel Alfonso Zamudio Mora. Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por Wilder Beltrán Sánchez contra Compañía de Seguros Bolívar S.A.
- Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. MP. Dr Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo. Sentencia del 03 de abril de 2017. Radicación 11001-31-03-023-1996-02422-01.
- Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 01 de septiembre de 2010. Mp. Dr. Edgardo Villamil Portilla. Exp. No. 05001-3103-001-2003-00400-01.
- Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 16 de diciembre de 2016. Mp Dr. Álvaro Fernando García Restrepo. Radicado 05001-31-03-017-2009-00438-01.

En efecto, la Superintendencia Financiera de Colombia en su sentencia de fecha del 02 de noviembre de 2021 vulneró los derechos de mi representada relativos a la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad, en la medida que optó por apartarse del precedente vertical que le era aplicable, sin justificar, en los términos de la sentencia C-621 de 2015, que su decisión se afincaba en alguna de las causales específicas para ese efecto. Estas son:

- *Cambios sociales que hagan necesario un ajuste en la jurisprudencia.*
- *Cuando encuentre que su jurisprudencia contradice “valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico” y*

- *Cuando exista un cambio relevante en el ordenamiento jurídico legal o constitucional*

Es decir, si la Superintendencia deseaba desatender el precedente previamente esgrimido, tenía la obligación de motivar su decisión con alguna de las 3 causales enunciadas. Sin embargo, como en su sentencia no se observa motivación alguna referente a tener por acreditados los presupuestos de alguna de las causales habilitantes y taxativas para omitir un precedente, su sentencia debe ser revocada integralmente. Por este motivo, y sin perjuicio de lo que se expondrá a continuación, comedidamente se le solicita al Honorable Juez 25 Civil del Circuito de Bogotá Tribunal Superior de Bogotá que revoque la sentencia proferida el 02 de noviembre de 2021 por la Superfinanciera. En donde de manera equivocada, se apartó del precedente de sus superiores jerárquicos, sin motivar adecuadamente esa nueva postura y sin cumplir los requisitos jurisprudenciales para tal efecto.

### 3.2. *La Superintendencia Financiera de Colombia se apartó del precedente horizontal.*

Ahora bien, resulta muy importante que el Juez 25 Civil del Circuito de Bogotá tome en consideración que no solamente la Superintendencia desatendió el precedente vertical de sus superiores jerárquicos, sino que, además, omitió dar aplicación al precedente horizontal del Tribunal Superior de Bogotá, que en casos análogos ha tomado decisiones diametralmente diferentes. Dicho de otro modo, la Superintendencia en su providencia omitió totalmente el precedente que ella misma ha desarrollado, y de manera equivocada, optó por modificar su postura sin cumplir los requisitos jurisprudenciales previamente anotados. Esto es, no indicó que su nueva tesis jurídico probatoria obedece a (i) cambios sociales que hagan necesario un ajuste en la jurisprudencia, (ii) cuando encuentre que su jurisprudencia contradice “valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico” y (iii) cuando exista un cambio relevante en el ordenamiento jurídico legal o constitucional.

En este orden de ideas, resulta fundamental que se tome en consideración que existe una clara línea jurisprudencial desarrollada por la propia Superintendencia Financiera de Colombia, en donde ella ha indicado con total claridad, que la prueba conducente, pertinente y útil para probar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co es el interrogatorio de parte. Es más, en sus sentencias se anulan los contratos de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado, al tener por demostrado cuál hubiera sido el nuevo pacto negocial, con el interrogatorio de parte rendido por el representante legal de la Compañía de Seguros. A continuación, se presentan cuatro sentencias, sin perjuicio de que, por supuesto existen muchas más, en donde la Superfinanciera le otorga total valor probatorio al interrogatorio de parte para acreditar el mencionado elemento subjetivo:

- *“(...) las causales por las que se fundan la nulidad relativa del contrato de seguro, que conforme a lo previsto en el artículo 1077 del Código de Comercio y el 1058 del mismo Código al que alude el extremo pasivo, corresponden al juicio de responsabilidad civil contractual, objeto de examen. Y respecto de ellas, también existe contundencia de las patologías acreditadas en este asunto, las cuales guardan total correspondencia con el análisis realizado por el procedimiento, que valoraron y calificaron los profesionales especialistas de la Junta Regional de Calificación del Nariño, a través del formulario del dictamen para la calificación de pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez de la señora Vitteri Alvarado. Calificación que se basó en el manual único para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional, consagrado en el Decreto 1507 del 12 de agosto de 2014, quienes técnicamente calificaron el grado de severidad*

de los antecedentes de la salud de la señora Vitteri, con los porcentajes respectivos por enfermedades de tejido conectivo en un 48.50%, por trastorno de ansiedad del 20%, por enfermedades vesiculares en 8.50%, por enfermedad valvular cardíaca en un 8%, por enfermedad valvular de miembros inferiores en un 8%, por enfermedad de tiroides en 7.50%, por desorden de tracto digestivo superior en un 5%. **Relevancia que igualmente corroboró la Representante Legal de la Compañía de Seguros, en esta vista pública, haciendo relación a las patologías de la asegurada, su relevancia e impacto en el riesgo a asegurar, por las cuales dicha compañía, conforme a sus políticas, de haberlas conocido al momento de realizar la suscripción del riesgo, no se habría emitido una póliza otorgando el amparo de incapacidad total y permanente.** Todo lo cual acredita las exigencias que se requieren para la prosperidad de la excepción que formuló, por cuenta de la nulidad relativa del contrato, por lo que conforme a lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso, cuando el juez encuentra probada una excepción, que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes. En consecuencia, se declarará probada la excepción que la aseguradora alegó, que tiene la virtualidad de enervar las pretensiones de esta litis. En ese orden de ideas, se denegarán las pretensiones de la demanda que se reclaman y, por consiguiente, la compañía de seguros tampoco deberá restituir a la parte actora el valor de las primas que han pagado, de conformidad con los artículos 1058 y 1059 del código de Comercio, según los cuales, el asegurador tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, cuando la reticencia o la inexactitud ha sido las causas de la rescisión del contrato. (...)<sup>17</sup>.

- “(...) tratándose del estado del riesgo y su declaración por parte del asegurado, en el caso de una póliza vida grupo, al tenor de lo previsto en el artículo 1039 del Código de Comercio, al asegurado le corresponden aquellas obligaciones que no puedan ser cumplidas más que por el mismo, como en el presente caso, declarar el estado del riesgo que corresponde o tiene relación directa con su salud. La potestad de la práctica de los exámenes médicos que puede realizar la compañía de seguros. Previo a la inclusión del asegurado, tiene su origen facultativo en la misma Ley, artículo 1158, el Código de Comercio que se titula prescindencia de examen médico y declaración del estado del riesgo. Esta norma establece lo siguiente: “(...) 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 del lugar” Esto, en análisis del contrato es seguro, guarda entonces coherencia con que, no cualquier omisión conlleva a la nulidad del contrato de seguro perseguido, sino sólo aquellos hechos o circunstancias frente a los cuales, la aseguradora si hubiese retraído de asumir el riesgo o asumirlo en condiciones más onerosas, como lo prevé el artículo 1058 del Código del Comercio. Teniendo en cuenta las patologías y el conocimiento que el señor tenía sobre estas, las incapacidades preexistentes, el trámite de la calificación y todos lo surtido en esta audiencia, en donde, **como lo indicó la Representante Legal de la Compañía de Seguros en esta diligencia, bajo la gravedad del juramento, era necesario informar en el cuestionario de la declaración de asegurabilidad, el verdadero estado de salud, pudiendo desde ese momento conocer las condiciones de la contratación y que ya conocidas, después de toda la reclamación y todo el análisis de**

<sup>17</sup> Superintendencia Financiera, Delegatura para asuntos jurisdiccionales, Sentencia del 02 de septiembre de 2020. Expediente 2019-3652, Radicado 2019161098, Caso: Josefina Mariana Viteri Alvarado (C.C.27076557) vs BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y BBVA Colombia S.A.

**estas pruebas, según la valoración técnica del caso, como lo afirmó, esto hubiese cambiado las condiciones de la contratación de esta póliza, pues ésta se habría emitido excluyendo al demandante de la misma póliza. Es decir, no se hubiera amparado al demandante bajo la Póliza Vida Grupo No. 0110043. Esa fue la consecuencia que al interior de este proceso y luego de todo el estudio técnico del caso y la relevancia de las patologías no declaradas, se indicó en esta Delegatura por parte de la Representante Legal bajo la gravedad del juramento, todo lo cual acredita entonces las exigencias que se requieren para la prosperidad de la excepción que formuló la Compañía de Seguros de la nulidad relativa del contrato.** Teniendo esta, la virtualidad de llevar al traste todas las pretensiones de la demanda en lo que a la actividad aseguradora corresponde, por lo que se releva esta Delegatura del análisis de los otros medios efectivos propuestos por la compañía, de conformidad con lo establecido en el artículo 282 del Código General del Proceso. (...) <sup>18</sup>"

- "(...) Sino que lo que se reprocha es que conociendo sus enfermedades, su estado de salud, haya omitido informarlo oportunamente a la aseguradora cuando diligenció y firmó la declaración de asegurabilidad en el mes de junio del año 2017. Y ciertamente, no cualquier omisión lleva a la nulidad del contrato de seguro perseguido, sino aquellos hechos y circunstancias frente a los cuales la aseguradora se hubiere retraído de asumir el riesgo o asumirlo en condiciones más onerosas, elemento que se acreditó por la aseguradora. Al respecto, en la objeción de la reclamación de fecha de 21 de marzo de 2019 la Compañía de seguros negó el amparo solicitado teniendo en cuenta que el asegurado omitió declarar las patologías que el actor había padecido y con base en las cuales como reza en la hoja No. 7 de la continuación del acta del Tribunal Médico Laboral TML 172462, para la solicitud de convocatoria del Tribunal Médico Laboral, el paciente se ratificó agregando la indicación de índices por separado de la lesión del sacrofasitis plantar y asignación de índices de amnea del sueño; y que de haberse reportado seguramente estas patologías, indicó la aseguradora en la objeción no se hubiera aceptado la aceptación del seguro o hubiere quedado supeditada a los resultados de los exámenes que la compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal. **Al respecto, en la pasada diligencia al ser preguntado por este despacho al Representante Legal de la Compañía de Seguros en su interrogatorio de parte bajo la gravedad de juramento, este sostuvo en sus respuestas que la historia reportadas en la juntas médicas eran tan claras que no ameritaron un comité técnico de expertos que apoyaran al analista que se encargó de resolver este caso, y que de haber conocido los padecimientos del actor, los cuales solo pudieron conocerse con ocasión a la junta médica laboral con base en la cual solicita la afectación del seguro, no hubiera concedido el amparo de tipo en la póliza vida grupa deudores.** Así las cosas por configurarse los elementos de que trata el artículo 1058 del código de comercio, se tiene por acreditada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro alegada por la compañía de seguros, por lo que se declarará fundada la excepción propuesta en tal sentido y se releva este despacho de pronunciarse sobre los demás medios exceptivos propuestos por la compañía de seguros, denegando las pretensiones en lo que respecta a la relación contractual del demandante con BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. (...) <sup>19</sup>"

<sup>18</sup> Superintendencia Financiera, Delegatura para asuntos jurisdiccionales, Sentencia del 06 de julio de 2020. Expediente 2019-3395, Radicado 2019148882, Caso: Edinson Medina Pascuas (C.C. 88188499) vs BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y BBVA Colombia S.A.

<sup>19</sup> Superintendencia Financiera, Delegatura para asuntos jurisdiccionales, Sentencia del 25 de noviembre de 2019. Expediente 2019-1059, Radicado 2019040614, Caso: Germán Rodríguez Osorio (C.C. 91279898) vs BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y BBVA Colombia S.A.

- *“Dado que no toda inexactitud en la información suministrada por el candidato asegurado genera la nulidad relativa del contrato por reticencia, sino solo aquellos hechos o circunstancias frente a las cuales a la aseguradora, como lo dispone el citado artículo 1058 del Código de Comercio, se hubiere retraído de asumir el riesgo o de asumirlo en condiciones más onerosas. Para su acreditación obra en el plenario, la comunicación del 21 de julio de 2017, que fue dirigida a la señora Luz Mercedes Pareja Beltrán, en la cual se indica: “En efecto, de la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca. Pero en este caso, no se declaró ningún antecedente y de haberse reportado, seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada o supeditada a los resultados de los exámenes que la compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer de ninguna afectación o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal”. **Además de lo expresado por el Representante Legal Judicial de la Entidad, que indicó expresamente en el interrogatorio de parte, que si la compañía hubiera tenido conocimiento de esos antecedentes médicos y quirúrgicos del señor Amaury, no hubiera concedido el amparo o lo hubiera extralimitado en un 150%.** Y como se ha demostrado en el curso de esta actuación, la posición esgrimida por la aseguradora no guarda relación con la causa de la muerte del señor Escobar, sino con las circunstancias de salud y quirúrgicas que ya refería para el 31 de agosto del 2016, por las que de manera clara y explícita se le preguntó respecto del cuestionario que firmó, en el cual se le enunciaron además las consecuencias de cualquier omisión de salud, inexactitud o reticencia y que aun así no declaró. Se declarará la nulidad relativa de contrato por reticencia, recordando que en los términos del Código de Comercio, en los artículos 1058 y 1059, la entidad aseguradora está autorizada para retener la totalidad de la prima a título de pena, atendiendo la esencia de la reticencia de este tipo de contrato. (...)”<sup>20</sup>”*

A partir de todo lo anterior, no queda ninguna duda relacionada con que la Superintendencia Financiera de Colombia ha creado una línea jurisprudencia sumamente clara, en la que sostuvo la tesis jurídico probatoria relacionada con que el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, se acredita totalmente con el interrogatorio de parte del representante legal del asegurador. En otras palabras, la Superfinanciera en sus providencias, como quedó absolutamente demostrado a partir de las transcripciones anteriores, ha declarado la nulidad relativa de los contratos de seguro, teniendo como base la declaración bajo la gravedad de juramento, que en el interrogatorio de parte ha rendido el representante legal de la compañía de seguros.

Sin embargo, pese a la existencia de la línea jurisprudencial previamente anotada, la cual constituye un precedente horizontal vinculante, máxime, cuando proviene exactamente del mismo Despacho. La Superintendencia en su sentencia del 02 de noviembre de 2021 se apartó totalmente de su propio precedente, lo que terminó en la transgresión de los derechos constitucionales de mi representada de la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad. Como se ha venido explicando, si el juzgador deseaba omitir totalmente un precedente que él mismo ha creado y desarrollado, tenía la obligación de presentar una carga argumentativa, que según la Corte Constitucional, debe enfocarse en demostrar que la decisión consistente en desatender un precedente deviene de (i) cambios sociales que hagan necesario

<sup>20</sup> Superintendencia Financiera, Delegatura para asuntos jurisdiccionales, Sentencia del 03 de agosto de 2018. Expediente 2017-2213, Radicado 2017129581, Caso: Luz Mercedes Pareja Beltrán (C.C. 45461540) vs BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

un ajuste en la jurisprudencia, (ii) cuando encuentre que su jurisprudencia contradice “valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico” y (iii) cuando exista un cambio relevante en el ordenamiento jurídico legal o constitucional.

No resulta plausible, porque con ello se transgrede el principio de seguridad jurídica, que un operador judicial que ha tenido por demostrado en múltiples oportunidades el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co a través del interrogatorio de parte rendido bajo la gravedad del juramento, que en una sentencia opte por apartarse del analizado precedente, sin presentar una motivación que sustente semejante decisión. Por tal motivo, es que la sentencia de fecha del 02 de noviembre de 2021 debe revocarse integralmente, no solamente por cuanto conculca los derechos de la Compañía de Seguros, sino además, toda vez que con ella se fractura un precedente horizontal uniforme que proviene del mismo Despacho judicial.

En conclusión, comedidamente se le solicita al Honorable Juez 25 Civil del Circuito de Bogotá que revoque integralmente la sentencia de fecha del 02 de noviembre de 2021 proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia, toda vez que con ella se desatendió el precedente vertical de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia y de la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá, así como también el precedente horizontal de la propia Superfinanciera. En consecuencia, y tomando en consideración que el juzgador de primera instancia no motivó las razones para apartarse de los citados precedentes, se evidencia una falencia muy importante en la sentencia, que no deja otro camino diferente a revocarla, para así proteger los derechos constitucionales relativos a la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad.

A pesar de todo lo anteriormente expuesto, la Superintendencia Financiera de Colombia en su sentencia del 02 de noviembre de 2021 negó la excepción de nulidad relativa de los contratos de seguro y resolvió declarar civilmente responsable a mi procurada, aun cuando el negocio jurídico asegurativo estaba viciado con nulidad.

#### **4. LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA OMITIÓ DECLARAR LA EVIDENTE NULIDAD DE LAS VINCULACIONES AL CONTRATO DE SEGURO, COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.**

Es fundamental que el Honorable Juez 25 Civil del Circuito de Bogotá tome en consideración que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de otorgar un amparo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de

los riesgos que asignan a las aseguradoras, y en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**”<sup>21</sup>. (Subrayado fuera del texto original)*

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la Asegurada (Q.E.P.D), conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. La Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

*“Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo.*

*Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación. **En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro.**” (Subrayado fuera del texto original)*

---

<sup>21</sup> BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

*“En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.*

*Pese a lo anterior, **en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado**, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro** o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora”. (Subrayado fuera del texto original)*

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

*“Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las “declaraciones de asegurabilidad” de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001, **se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo.***

*Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”<sup>22</sup> (Subrayado y*

---

<sup>22</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del año 2017, la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”<sup>23</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa consagrada en el artículo 1058 del C.Co, analizando lo siguiente:

*“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, **si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.***

*Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.*

*En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.*

*Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.”<sup>24</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

<sup>23</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

<sup>24</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01.

No obstante, y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del C.Co. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

*Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador**, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra**, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bonae fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**.*

En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte, involucra toda una serie de elementos y entendimientos que deben ser tomados en cuenta en el momento de estudiar el fenómeno de la reticencia. Los elementos más representativos y dicentes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.

- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el 05 de noviembre de 2013, fecha en la cual la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la Asegurada (Q.E.P.D.) las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de noviembre del año 2013, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas negativas y falsas del Asegurado (Q.E.P.D.), y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- Declaración de asegurabilidad que data del 05 de noviembre de 2013:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD		
(TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO EN FORMA CLARA, SIN USAR RAYAS NI COMILLAS)		
ESTATURA: <u>1.58</u>	Edad: <u>60</u>	Rgs. DEPORTES QUE PRACTICA: <u>caminata</u>
FUMA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Cuántos CIGARRILLOS FUMA DIARIAMENTE	
	SI	NO
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?		
ANESTORNIOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS		<input checked="" type="checkbox"/>
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CASEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO		<input checked="" type="checkbox"/>
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO		<input checked="" type="checkbox"/>
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA		<input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMEDADES DEL BAZO, AREMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINPÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS		<input checked="" type="checkbox"/>
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN		<input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS		<input checked="" type="checkbox"/>
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOISIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO		<input checked="" type="checkbox"/>
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO		<input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, CÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		<input checked="" type="checkbox"/>
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE		<input checked="" type="checkbox"/>
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? Caso positivo indique el resultado.		<input checked="" type="checkbox"/>
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?		<input checked="" type="checkbox"/>
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:		
<input type="checkbox"/> SEGURO GRUPO DEUDORES Y/O ENDOSADO <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE ASEGURABILIDAD		
 		
M026300000006008399600148442      M026300000006008399600148442		

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que la Asegurada (Q.E.P.D.) había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al

perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de otorgar un amparo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el honorable Juez 25 Civil del Circuito de Bogotá tenga en cuenta que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) no informó que padecía de diabetes mellitus, hiperlipidemia mixta y glaucoma, patologías sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador. A continuación, se muestran los fragmentos más representativos de la historia clínica, en los cuales queda acreditado que estas enfermedades son anteriores al mes de noviembre del año 2013, fecha en que se suscribió el certificado individual de seguro:

- **DIABETES MELLITUS:**

Fecha 14/05/2012 Hora 13:16  
CONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADA  
• VO DE CONSULTA  
AS...NIA, ADINAMIA

• ENFERMEDAD ACTUAL  
PACIENTE DIABETICA EN TRATAMIENTO, CON POLIFARMACIA REFIERE PERIODOS DE ANSIEDAD POR LA COMIDA.

• CAUSA EXTERNA  
ENFERMEDAD GENERAL

• EXAMEN FISICO  
TA 120/70 P 61 KG BUEN ESTADO GENERAL, CUELLO SIN MASAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS. PULMONES BIEN VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO SIN MASAS, EXTREMIDADES SIN EDEMA PULSOS PEDIOS Y TIBIALES POSTERIORES NORMALES, SNC SIN DEFICIT.

• ANALISIS  
DIABETICA CON POLIFARMACIA SE REEMPLAZA HIPOGLICEMIANTE ORALES ACTUALES ( 5 TABLETAS ) POR UNA TABLETA DE GLIMEPIRIDE / METFORMINA TABL. POR 2/1000 MG PERMANENTE

• DIAGNOSTICO  
E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION ✓  
Relacionado 1:E785-HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA

Documento: Historia Clínica E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán - Socorro.

Transcripción parte esencial: “Fecha y hora de registro 14/05/2012 13:16

(...)

Diagnostico

(...)

E 119 – DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN

(...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que desde el año 2012, la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) fue diagnosticada con diabetes mellitus. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de diabetes mellitus no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica de la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad. En este sentido, basta con analizar su información médica del año 2017, en donde se observa claramente registro de diabetes mellitus, lo que indiscutiblemente significa, que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por más de 5 años, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó:

SALIDA  
- DIAGNOSTICO DE EGRESO  
E139-OTRAS DIABETES MELLITUS ESPECIFICADAS SIN MENCION DE COMPLICACION  
- DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

Documento: Historia Clínica E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán - Socorro.

Transcripción parte esencial: "Fecha y hora de registro 08/03/2017 14:30

(...)

*Diagnostico*

(...)

E 139 – OTRAS DIABETES MELLITUS ESPECIFICADAS SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN

(...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de diabetes mellitus es una enfermedad prolongada en el tiempo que cuenta con una multiplicidad de registros en los fragmentos de la historia clínica que obran en el expediente. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

- HIPERLIPIDEMIA:

• DIAGNOSTICO  
E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION  
Relacionado 1:E785-HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA

Documento: Historia Clínica E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán - Socorro.

Transcripción parte esencial: "Fecha y hora de registro 14/05/2012 13:16

(...)

*Diagnostico*

(...)

E 785 – HIPERLIPIDEMIA

(...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que desde el año 2012, la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) fue diagnosticada con hiperlipidemia. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de hiperlipidemia no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad. En este sentido, basta con analizar su información médica del mes de enero del año 2012, en donde se observa claramente registro de

hiperlipidemia, lo que indiscutiblemente significa, que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por más de un año previo al perfeccionamiento de su aseguramiento, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó:

**IMPRESION DIAGNÓSTICA**

Diagnóstico principal : H409 Glaucoma, no especificado  
Tipo de diagnóstico : CONFIRMADO REPETIDO  
Diagnóstico secundario 1 : H335 Otros desprendimientos de la retina  
REMITIDO A: OFTALMOLOGIA

Documento: Historia Clínica U.T. Res Integrada FOSCAL

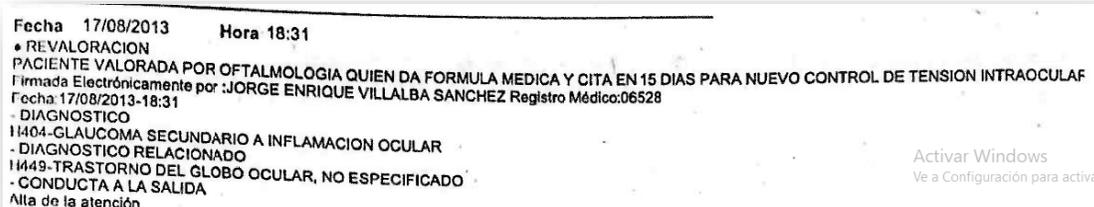
Ciudad y fecha: Bogotá, 31/01/2012

Transcripción parte esencial: "Impresión diagnóstica"

*Diagnostico principal: H409 Glaucoma (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de hiperlipidemia es una enfermedad prolongada en el tiempo que cuenta con una multiplicidad de registros en los fragmentos de la historia clínica de la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.). En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

- **GLAUCOMA:**



Documento: Historia Clínica E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán - Socorro.

Transcripción parte esencial: "Fecha y hora de registro 17/08/2013 18:31

(...)

*Diagnostico*

(...)

11404 - GLAUCOMA SECUNDARIO A INFLAMACIÓN OCULAR

(...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que desde el año 2013, la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) fue diagnosticada con glaucoma. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de glaucoma no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) se evidencia una

consistencia histórica de registros de esta enfermedad. En este sentido, basta con analizar su información médica del mes de enero del año 2012, en donde se observa claramente registro de glaucoma, lo que indiscutiblemente significa, que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por más de un año previo al perfeccionamiento de su aseguramiento, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó:

IMPRESION DIAGNÓSTICA

Diagnóstico principal :	H409 Glaucoma, no especificado
Tipo de diagnóstico :	CONFIRMADO REPETIDO
Diagnóstico secundario 1 :	H335 Otros desprendimientos de la retina
REMITIDO A:	OFTALMOLOGIA

Documento: Historia Clínica U.T. Res Integrada FOSCAL

Ciudad y fecha: Bogotá, 31/01/2012

Transcripción parte esencial: “Impresión diagnóstica”

*Diagnóstico principal: H409 Glaucoma (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de glaucoma es una enfermedad prolongada en el tiempo que cuenta con una multiplicidad de registros en los fragmentos de la historia clínica de la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.). En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) padecía diabetes mellitus, hiperlipidemia y glaucoma con anterioridad al mes de noviembre del año 2013, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y (ii) que estas patologías son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C.Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C-232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

*“Séptima. - Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.*

*En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.*

**Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador.** *En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co, no es necesario acreditar una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual, lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye la diabetes mellitus, hiperlipidemia y el glaucoma anteriormente referidos, y que por supuesto la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) debió informar. Lo anterior, ya que, de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de otorgar un amparo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Expresamente se le preguntó, lo siguiente:

(...)

*¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes, aparatos, sistemas u órganos?*

(...)

Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino

(...)

Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos

(...)

¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente (i) que a pesar de que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) había sido diagnosticada con “*diabetes mellitus*” desde hace varios años atrás, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaban por “*diabetes*”, (ii) que pese a que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) había sido diagnosticada con “*glaucoma*”, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban por “*enfermedades en los ojos*” y (iii) que aunque que padecía de sendas enfermedades, negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) padecía y conocía de la existencia de su diabetes mellitus, hiperlipidemia y glaucoma. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario sus enfermedades le fueron preguntadas expresamente.

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) no informó a mi procurada de la existencia de su diabetes mellitus, hiperlipidemia y glaucoma en el momento en que suscribió su declaración de asegurabilidad en el mes de noviembre de 2013. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de su aseguramiento en los términos del artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con sendas patologías.

En síntesis, la señora Lucia Galvis (QEPD) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobraban fundamental relevancia, debido a que algunas de las enfermedades que el Accionante negó en el momento de sus inclusiones en dicho contrato, fueron la causa en mayor medida la diabetes mellitus, hiperlipidemia y glaucoma. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de las vinculaciones al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Por consiguiente, solicito respetuosamente al Juez 25 Civil del Circuito revocar integralmente la sentencia proferida el 02 de noviembre de 2021 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, en donde de manera equivocada se declaró la responsabilidad civil y contractual en cabeza de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, respecto del contrato de seguro vida grupo deudores

asociados a la obligación crediticia terminada en No. 8442 contraída por la señora Lucía Galvis (QEPD), con el Banco BBVA Colombia S.A. Para que, en su lugar, declare probada la excepción de nulidad relativa, y consecuentemente, desestime la totalidad de las pretensiones de la demanda.

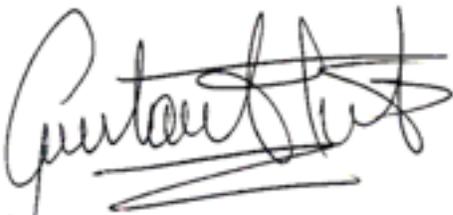
### **PETICIONES**

1. Comedidamente solicito se **REVOQUE** integralmente la sentencia proferida el 02 de noviembre de 2021 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, en donde de manera equivocada se declaró la responsabilidad civil y contractual en cabeza de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, respecto del contrato de seguro de vida grupo deudores asociado a la obligación crediticia No. 8442 contraída por la señora Lucía Galvis (QEPD), con el Banco BBVA Colombia S.A.
2. En su lugar, comedidamente solicito se **DECLAREN** probadas las excepciones propuestas por la Compañía de Seguros intituladas “Nulidad de las Vinculaciones al contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del Asegurado” y “BBVA Seguros de Vida S.A tiene la facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la reticencia del contrato de seguro”.
3. Como consecuencia de la anterior petición, comedidamente solicito se **NIEGUEN** totalmente las pretensiones de la demanda, y se **CONDENE** en costas y agencias en derecho en doble instancia a la parte Demandante, en favor de la entidad Demandada.

### **NOTIFICACIONES**

El suscrito recibirá notificaciones electrónicas en la dirección de correo electrónico [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co) y físicas en la carrera 11A No. 94A - 56, Oficina 402, de la ciudad de Bogotá.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gustavo Herrera', with a horizontal line underneath.

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D. C.

T.P. No. 39.116 del C. S. J.

**SUSTENTACIÓN REPAROS// RADICADO: 110010800008-2021-00751-01 // JUZGADO 25 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ//LAIDY ARIZA CONTRA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.//ASS**

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Vie 1/04/2022 3:17 PM

Para: Juzgado 25 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto25bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>; domapla@hotmail.com <domapla@hotmail.com>; lilianagalvis@gmail.com <lilianagalvis@gmail.com>; lilianagalvis@gmail.com <lilianagalvis@gmail.com>

CC: Santiago Rojas Buitrago <srojas@gha.com.co>; MARÍA CAMILA AGUDELO ORTIZ <mcagudelo@gha.com.co>; Angelica Johana Sandoval Sierra <asandoval@gha.com.co>

Señores

**JUZGADO VEINTICINCO (25) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**

E. S. D.

**PROCESO:** ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO.  
**JUZGADO DE ORIGEN:** SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.  
**DEMANDANTE:** LAIDY LILIANA ARIZA GALVIS  
**DEMANDADOS:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.  
**RADICACIÓN:** 110010800008-2021-00751-01

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, sociedad debidamente constituida, sometida a control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, manifiesto que dentro del término legal, en primer lugar, **REASUMO EL PODER** a mi conferido, y en segundo lugar, comedidamente procedo a **SUSTENTAR LOS REPAROS** formulados en contra de la sentencia proferida el 02 de noviembre de 2021 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, en los términos del documento adjunto.

Del señor Juez,

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

T.P. No. No. 39.116 del C. S de la J.

Señores

**DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**

Calle 7 No. 4 – 49

E. S. D.

**REF.** ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR  
FINANCIERO.  
**DEMANDANTE:** LAIDY LILIANA ARIZA GALVIS.  
**DEMANDADOS:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.  
**EXPEDIENTE:** 2021-0751  
**RADICACIÓN:** 2021039189

**CAMILO ANDRÉS MENDOZA GAITÁN**, actuando en calidad de apoderado judicial de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. quien en lo sucesivo denominaré BBVA, por medio del presente escrito, encontrándome dentro del término legal previsto para el efecto, respetuosamente presento **SUSTENTACIÓN DE LOS REPAROS CONCRETOS DEL RECURSO DE APELACIÓN** interpuesto en audiencia del día 02 de noviembre de 2021 en contra la Sentencia de primera instancia proferida por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia en la cual incurrió en sendos yerros al declarar prósperas las pretensiones de la demanda, solicitando desde ahora que la misma sea **REVOCADA**. Petición que fundamento en las consideraciones de hecho y de derecho que pasaré a explicar en acápite siguientes, para cuyo efecto procederé a esgrimir los argumentos por los cuales se considera que la sentencia del *A Quo* no se encuentra ajustada a los presupuestos fácticos y las disposiciones legales y jurisprudenciales que regulan la materia.

**I. REPAROS CONCRETOS**

**1. REPAROS PRESENTADOS ORALMENTE EN LA AUDIENCIA DE FECHA DEL 02 DE NOVIEMBRE DE 2021.**

Con el mayor respeto le solicito al honorable Tribunal Superior de Bogotá, que tome en consideración los reparos concretos presentados oralmente por el suscrito apoderado en contra de la sentencia proferida el 02 de noviembre de 2021 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, en la audiencia llevada a cabo en esa misma fecha. En tal virtud, con base en dichos reparos, comedidamente se requiere que la mencionada sentencia sea revocada integralmente, para en su lugar, declarar probada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro y negar así la totalidad de las pretensiones de la demanda.

**2. EN EL PROCESO SE ACREDITÓ TOTALMENTE EL ELEMENTO SUBJETIVO CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 1058 DEL C.CO. SE DEMOSTRÓ TANTO LA RELEVANCIA TÉCNICA Y MÉDICA DE LOS ANTECEDENTES NO DECLARADOS, ASÍ COMO LA CONSECUENCIA RELATIVA A QUE, DE HABER CONOCIDO DICHS**

## **ANTECEDENTES, NO SE HUBIERA CONTRATADO EN LOS TÉRMINOS QUE LO HIZO MI REPRESENTADA.**

Con el objetivo de procurar por un correcto entendimiento del presente reparo, es de suma importancia que el Tribunal Superior de Bogotá tome en consideración que la Superintendencia Financiera de Colombia incurrió en un error de gran envergadura durante la apreciación en conjunto de todos los medios de prueba que obran en el plenario. En efecto, de manera equivocada el juez de primera instancia consideró que en el trámite no se había demostrado por parte de la Aseguradora, cuál hubiera sido la consecuencia en caso de haber conocido los antecedentes no declarados por la señora Lucía Galvis (QEPD). Sin embargo, tal y como se explicará a continuación, no solamente la relevancia técnica y médica de dichos antecedentes para la Compañía de Seguros se encuentra totalmente probada en el trámite de la Acción de Protección al Consumidor Financiero, sino que, además, la citada consecuencia de igual forma se acreditó a través de distintas pruebas que son conducentes, pertinentes y útiles para el efecto.

En este orden de ideas y para mayor claridad del presente reparo, se manifiesta que la estructura metodológica que tendrá el mismo consiste en explicar, por un lado, cómo en la acción de protección al consumidor financiero se demostró totalmente la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados. Mientras que, por el otro lado, también se analizará profundamente cómo en el caso concreto también se probó totalmente que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., de haber conocido todas las patologías no informadas por el Asegurado, definitivamente se hubiera retraído de contratar en los mismos términos que lo hizo.

### **2.1. En el proceso se acreditó totalmente la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados por la asegurada y la consecuencia para la compañía:**

Analizado los diversos medios de prueba que obran en el expediente, resulta sumamente claro que de los mismos se demuestra totalmente la relevancia técnica y médica para la Aseguradora, de los antecedentes no declarados por la señora Lucía Galvis (QEPD). En tal virtud, a continuación, se realizará una exposición de todos los medios de prueba, a partir de los cuales se acredita contundentemente, que las enfermedades no declaradas por el Asegurado modifican totalmente el verdadero estado del riesgo que la Compañía de Seguros creyó asegurar. En otras palabras, el consentimiento de mi representada se vio viciado, habida cuenta que creyó asegurar una persona en óptimas condiciones de salud, cuando realmente vinculó a la póliza a una que, había sido diagnosticada previamente con sendas enfermedades sumamente relevantes, que afectan gravemente la salud de una persona que las padece.

#### ***2.1.1. Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de la Historia Clínica.***

En primer lugar, se pone de presente que el documento más importante que obra en el expediente y que correlativamente demuestra la relevancia médica y técnica de las enfermedades y antecedentes no informados, es el propio dictamen de pérdida de capacidad laboral. En otras palabras, la Historia Clínica que se aportó al plenario del ESE Hospital Regional Manuela Beltrán, es el documento idóneo a partir del cual se acredita la existencia y relevancia de los antecedentes no declarados, pues aquel es el documento, en donde se dice cuáles de las enfermedades que

afectaban la salud de la señora Lucía Galvis (QEPD) al momento de vincularse al grupo asegurado, no declaradas, que terminaron por viciar el consentimiento de mi prohijada.

De esta manera y analizando el caso concreto, la señora Lucía Galvis (QEPD) no informó a mi representada de la existencia de sus enfermedades, las cuales, según la propia historia clínica, son totalmente determinantes e inciden en la decisión de asegurar a una persona que la padezca. En este sentido, las patologías más relevantes no declaradas fueron las siguientes:

- **DIABETES MELLITUS:**

Fecha 14/05/2012 Hora 13:16  
CONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADA  
• MOTIVO DE CONSULTA  
ASTENIA, ADINAMIA

• ENFERMEDAD ACTUAL  
PACIENTE DIABETICA EN TRATAMIENTO, CON POLIFARMACIA REFIERE PERIODOS DE ANSIEDAD POR LA COMIDA.

• CAUSA EXTERNA  
ENFERMEDAD GENERAL

• EXAMEN FISICO  
TA 120/70 P 61 KG BUEN ESTADO GENERAL, CUELLO SIN MASAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO SIN MASAS, EXTREMIDADES SIN EDEMA PULSOS PEDIOS Y TIBIALES POSTERIORES NORMALES, SNC SIN DEFICIT.

• ANALISIS  
DIABETICA CON POLIFARMACIA SE REEMPLAZA HIPOGLICEMIANTE ORALES ACTUALES ( 5 TABLETAS ) POR UNA TABLETA DE GLIMEPIRIDE / METFORMINA TABL. POR 2/1000 MG PERMANENTE

• DIAGNOSTICO  
E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION  
Relacionado 1:E785-HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA

Documento: Historia Clínica E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán - Socorro.

Transcripción parte esencial: "**Fecha y hora de registro 14/05/2012 13:16**

(...)

*Diagnostico*

(...)

**E 119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN**

(...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de diabetes mellitus no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica de la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad. Aunado a que en múltiples anotaciones a lo largo de su vida se encuentra que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por un tiempo prolongado, y que la misma era tratada con medicamentos prescritos de forma permanente, y pese a esto, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó:

Fecha 14/05/2012 Hora 13:16  
CONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADA  
● MOTIVO DE CONSULTA  
ASTENIA, ADINAMIA

● ENFERMEDAD ACTUAL  
PACIENTE DIABETICA EN TRATAMIENTO, CON POLIFARMACIA REFIERE PERIODOS DE ANSIEDAD POR LA COMIDA.

● CAUSA EXTERNA  
ENFERMEDAD GENERAL

● EXAMEN FISICO  
TA 120/70 P 61 KG BUEN ESTADO GENERAL, CUELLO SIN MASAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO SIN MASAS, EXTREMIDADES SIN EDEMA PULSOS PEDIOS Y TIBIALES POSTERIORES NORMALES, SNC SIN DEFICIT.

● ANALISIS  
DIABETICA CON POLIFARMACIA SE REEMPLAZA HIPOGLICEMIANTES ORALES ACTUALES ( 5 TABLETAS ) POR UNA TABLETA DE GLIMEPIRIDE / METFORMINA TABL. POR 2/1000 MG PERMANENTE

● DIAGNOSTICO  
E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION  
Relacionado 1:E785-HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA

● PROCEDIMIENTOS Y AYUDAS DIAGNOSTICAS SOLICITADAS  
GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL, HBA1C

● MEDICAMENTOS PRESCRITOS  
GLIMEPIRIDE / METFORMINA 2/1000 MG PERMANENTE + ATORVASTATINA 20 MG

Las oportunidades en que se le prescribió la medicina y se registró la ingesta de la misma, fueron en las siguientes atenciones consignadas en el historial médico: (i). 14/05/2012. (ii) 22/02/2013. (iii) 30/07/2013. (iv) 17/03/2017. (v) 19/09/2020. (vi) 20/09/2020. (vii) 10/10/2020.

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de diabetes mellitus es una enfermedad prolongada en el tiempo que cuenta con una multiplicidad de registros en los fragmentos de la historia clínica que obran en el expediente. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

De igual forma, también hay registros en la historia clínica de la señora Lucía Galvis (QEPD) que permiten acreditar que padecía de la enfermedad de Hiperlipidemia por lo menos desde el año 2012, así:

## ● HIPERLIPIDEMIA

Fecha 14/05/2012 Hora 13:16  
CONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADA  
● MOTIVO DE CONSULTA  
ASTENIA, ADINAMIA

● ENFERMEDAD ACTUAL  
PACIENTE DIABETICA EN TRATAMIENTO, CON POLIFARMACIA REFIERE PERIODOS DE ANSIEDAD POR LA COMIDA.

● CAUSA EXTERNA  
ENFERMEDAD GENERAL

● EXAMEN FISICO  
TA 120/70 P 61 KG BUEN ESTADO GENERAL, CUELLO SIN MASAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO SIN MASAS, EXTREMIDADES SIN EDEMA PULSOS PEDIOS Y TIBIALES POSTERIORES NORMALES, SNC SIN DEFICIT.

● ANALISIS  
DIABETICA CON POLIFARMACIA SE REEMPLAZA HIPOGLICEMIANTES ORALES ACTUALES ( 5 TABLETAS ) POR UNA TABLETA DE GLIMEPIRIDE / METFORMINA TABL. POR 2/1000 MG PERMANENTE

● DIAGNOSTICO  
E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION  
Relacionado 1:E785-HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA

Documento: Historia Clínica E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán - Socorro.

Transcripción parte esencial: "**Fecha y hora de registro 14/05/2012 13:16**"

*Diagnostico*

**E 785 – HIPERLIPIDEMIA**

(...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En este sentido, basta con analizar su información médica del mes de enero del año 2012, en donde se observa claramente registro de hiperlipidemia, lo que indiscutiblemente significa, que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por más de un año previo al perfeccionamiento de su aseguramiento, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó.

Así mismo, también hay registros en la historia clínica de la señora Lucía Galvis (QEPD) que permiten evidenciar el padecimiento de la enfermedad de Glaucoma por lo menos desde el año 2013, así:

- **GLAUCOMA**

Fecha 17/08/2013 Hora 18:31  
• REVALORACION  
PACIENTE VALORADA POR OFTALMOLOGIA QUIEN DA FORMULA MEDICA Y CITA EN 15 DIAS PARA NUEVO CONTROL DE TENSION INTRAOCULAR  
Firmada Electrónicamente por :JORGE ENRIQUE VILLALBA SANCHEZ Registro Médico:06528  
Fecha:17/08/2013-18:31  
- DIAGNOSTICO  
H404-GLAUCOMA SECUNDARIO A INFLAMACION OCULAR  
- DIAGNOSTICO RELACIONADO  
H449-TRASTORNO DEL GLOBO OCULAR, NO ESPECIFICADO  
- CONDUCTA A LA SALIDA  
Alta de la atención  
  
FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR :JORGE ENRIQUE VILLALBA SANCHEZ  
REGISTRO MEDICO :06528

Documento: Historia Clínica E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán - Socorro.

Transcripción esencial: **Fecha y hora de registro 17/08/2013 18:31**

(...)

*Diagnostico*

(...)

**11404 - GLAUCOMA SECUNDARIO A INFLAMACIÓN OCULAR**

(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En este sentido, basta con analizar su información médica del mes de enero del año 2012, en donde se observa claramente registro de glaucoma, lo que indiscutiblemente significa, que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por más de un año previo al perfeccionamiento de su aseguramiento, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó:

IMPRESION DIAGNÓSTICA

Diagnóstico principal :	H409 Glaucoma, no especificado
Tipo de diagnóstico :	CONFIRMADO REPETIDO
Diagnóstico secundario 1 :	H335 Otros desprendimientos de la retina
REMITIDO A:	OFTALMOLOGIA

Documento: Historia Clínica U.T. Res Integrada FOSCAL Ciudad y fecha: Bogotá, **31/01/2012**

Transcripción esencial: "Impresión diagnóstica

(...)

*Diagnostico principal: H409 Glaucoma*  
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de glaucoma es una enfermedad prolongada en el tiempo que cuenta con una multiplicidad de registros en los fragmentos de la historia clínica de la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.). En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

Con el objetivo de obtener una adecuada comprensión de la relevancia de las patologías, debe tomarse en consideración que al proceso fue aportado el adecuado material probatorio, dentro de los cuales se incluyó la declaración de un profesional médico experto en la materia, cuyas puntuales ilustraciones acerca de la importancia de las enfermedades se destacaran en el numeral siguiente. Sin perjuicio, de que las reglas de la experiencia y la sana crítica reflejan con suma claridad que las enfermedades documentadas son altamente importantes.

Es por este motivo que la Superintendencia Financiera en su sentencia incurrió en un yerro de suma importancia, debido a que adujo que no existían elementos de juicio diferentes al interrogatorio de parte, a partir de los cuales se demostrara la relevancia técnica y médica de las enfermedades no declaradas por la Asegurada.

Todo lo previamente expuesto nos permite concluir, que la Superintendencia Financiera de Colombia incurrió en una equivocación de gran importancia en su sentencia al aducir que no existían elementos de juicio diferentes al interrogatorio de parte, para acreditar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, cuando ha quedado plenamente demostrado a partir de la historia clínica, que los antecedentes no informados por la señora Lucía Galvis (QEPD) natalmente representan de una importancia relevante para una persona que las padece por el simple hecho de tenerlas. Lo que correlativamente significa, que, si dichos antecedentes son relevantes para la persona que las sufre, por supuesto, también son importantes para la Compañía de Seguros, quien es a la persona jurídica a la que se le está trasladando el riesgo de la muerte de las personas y su estado de salud exacerba el riesgo de fallecer, y en tal virtud, requiere información fidedigna para determinar el verdadero estado del riesgo que se encuentra asumiendo.

*2.1.2. Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de la declaración del Médico Cesar Carrascal.*

Como primera medida, es de suma importancia que se tome en consideración que la relevancia de las patologías no informadas y la consecuencia comercial de lo que hubiera sucedido de haber conocido oportunamente esos antecedentes, representan variables inescindibles. En efecto, la consecuencia comercial se deriva precisamente de la relevancia médica y técnica de los antecedentes no informados. Es decir, si dichos antecedentes no representan patologías significativas para fijar el verdadero estado del riesgo, claramente no puede existir una consecuencia comercial diferente a la pactada inicialmente. Precisamente por ese motivo, el proceso se demostró totalmente el error en el que incurrió la Superintendencia Financiera, al no haber valorado en conjunto todos los medios de prueba que acreditan incuestionablemente, que

los antecedentes no informados por la señora Lucía Galvis (QEPD), son sumamente representativos para BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Teniendo en cuenta la relevancia de los antecedentes no informados, es que la Compañía de Seguros determinó que de haber conocido todas las patologías de la señora Lucía Galvis (QEPD), no hubiera contratado en los mismos términos que lo hizo. Este hecho se encuentra totalmente comprobado a partir, no solo de todas las pruebas documentales que previamente fueron analizadas, sino adicionalmente, desde el interrogatorio del testigo médico, quien declaró expresamente sobre la relevancia de las enfermedades en la audiencia de practica de pruebas del 29 de octubre de 2021 y frente a las cuales manifestó:

*“minuto 36:17. Superintendencia Financiera: ¿Qué padecimientos tenía la señora Luciana (sic) para el mes de noviembre de 2013, con anterioridad a esa fecha que se encontró?”*

*Minuto 36:33. Médico Cesar Carrascal: Ya se tenía diagnóstico documentado, ya estaba probada la existencia y tratamiento de una Diabetes Mellitus tipo dos, una patología de orden endocrino estaba allí presente y diagnosticada.*

*Minuto 36:54. Superintendencia Financiera: ¿Alguna otra doctor?”*

*Minuto 36:56. Médico Cesar Carrascal: Tenia otra enfermedad, un glaucoma que es una enfermedad a nivel ocular a nivel visual, la cual va perdiendo la visión por el aumento de la presión intra globo ocular, una hiperlipidemia y está asociada a la diabetes con aumento en la circulación de los lípidos y las grasas sanguíneas. Fueron tres básicamente, tres patologías presentes que ya estaban en la historia clínica antes del año 2013.*

*Minuto 37:31. Superintendencia Financiera: Doctor Cesar, ¿cuál fue la causa del fallecimiento de la señora Luciana (sic)?”*

*Minuto 37:37. Médico Cesar Carrascal: Bueno ella fallece por una complicación de un SARS 2 COVID, obviamente pues tenía factores coadyuvantes que podían llevarla a una condición muy desfavorable por la concomitancia de estas patologías previas sobre todo la hiperlipidemia y la diabetes mellitus, pero la causa de la muerte fue por una neumonía generada por el SARS2 COVID.*

*Minuto 38:11. Superintendencia Financiera: **Doctor tiene usted conocimiento cual hubiera sido el actuar de la entidad aseguradora de saber al momento de la celebración del contrato los padecimientos que usted me indica anteriores.***

*Minuto 38:31. Médico Cesar Carrascal: **Entiendo que frente a este tipo de patologías de alteraciones como lo es la diabetes mellitus, glaucoma o la hiperlipidemia pues se abstiene o hace una extra prima, se cobra una extra prima frente a la condición en que se encuentra la paciente si se hubiera***

**tenido conocimiento de su existencia previamente a la suscripción de la póliza.**

Minuto 39:00. Superintendencia Financiera: **¿Por qué llega a esa conclusión doctor Cesar? ¿Cuál es el fundamento?**

Minuto 39:05. Médico Cesar Carrascal: **Dadas las características de las enfermedades, son enfermedades que evolucionan progresivamente, tienen un deterioro en el tiempo, van comprometiendo el estado de salud y el estado relacional de la persona, y por consiguiente, pueden llevar a una condición de invalidez o eventualmente una condición de falla de los sistemas corporales y llegar al fallecimiento. Esa es la situación que presentan este tipo de alteraciones, de patologías, principalmente la diabetes mellitus.**

Minuto 39:46. Superintendencia Financiera: **¿Esa conclusión Doctor Cesar, está basada en algún documento,** es decir, entiendo que las patologías van causando un deterioro en la salud y pues se puede ver incrementado el riesgo que se está asumiendo, pero quiero saber en concreto como para llegar a esa extra prima o a no contratar, se toma algún documento de referencia para en el caso puntual llegar a alguna de las dos alternativas?"

Minuto 40:15. Médico Cesar Carrascal: **Claro que sí, el comportamiento de las enfermedades es ampliamente conocido y sobre todo en los dos últimos siglos se conoce cuál es el comportamiento de este tipo de patologías,** que van deteriorando, que si no hay un adecuado control pues su evolución es mucho más rápida y se convierten en **patologías que generan una condición muy deteriorante en el paciente, la comprometen como tal, por lo tanto, las entidades de aseguramiento ya conocen cual es el comportamiento médico y de salud de los pacientes con este tipo de alteraciones, ya está claramente definido medicamente por la medicina y la evidencia cómo se comportan este tipo de patologías y se encuentran registradas los requisitos y criterios de suscripción de las pólizas.**

Minuto 41:14. Superintendencia Financiera: **¿Doctor Cesar, usted conoce las políticas de colocación de este tipo de póliza?**

Minuto 41:18. Médico Cesar Carrascal: **Estrictamente no, yo realmente estoy como testigo técnico no hago un estudio a profundidad sobre las circunstancias y características de la suscripción de las pólizas, entonces me pronunciaré y manifestaré sobre la parte técnica y el aspecto médico básicamente.**

(...)

Minuto 42:42. Apoderado BBVA Seguros de Vida: **¿Respecto de la patología que se evidencio en la historia clínica y a la cual hizo referencia usted que se determinó con anterioridad a noviembre de 2013 cuál es la posible complicación o consecuencias que puede tener una persona que padece de esta clase de enfermedad.?**

Minuto 41:18. Médico Cesar Carrascal: Bien comencemos por área que se resuelve más rápidamente. El glaucoma, el glaucoma puede llevar con el tiempo y progresivamente a la ceguera de la persona, esta es una de las características del glaucoma. Dos la diabetes mellitus que es quizá la enfermedad más compleja, la enfermedad que se convierte y se ha aumentado en los últimos 30 años en la población cuatro veces más, casi que un 300 - 400 % del incremento de la diabetes y se ha convertido en un problema de salud público porque la diabetes tiene un impacto muy grave sobre la persona sobre la familia y sobre los sistemas de salud. La diabetes impacta el corazón, impacta riñón, impacta cerebro, impacta visión, entonces es una enfermedad que se llama en medicina multisistémica, porque compromete varios órganos varios sistemas corporal llevando al infarto cardíaco a la insuficiencia cardíaca, alteraciones cerebrales, derrame cerebral, impacto cerebral y asimismo a la ceguera por la diabetes que se llama la retinopatía diabética, puede llevar también a neuropatía diabética con amputaciones de extremidades de miembros inferiores. En resumidas cuentas, es una enfermedad compleja que obliga a que la persona mantenga una condición muy estricta de su calidad de vida y su estilo de vida, su sanidad corporal tanto en la alimentación como en el ejercicio como en los hábitos frente a la forma de relacionarse en su vida con las personas para tomar un adecuado hábito de vida. Yo creo que esa es la característica más importante que tiene la diabetes mellitus, que efectivamente puede controlarse, pero si se sale el control crea un impacto muy severo.

Minuto 44:48. Apoderado BBVA Seguros de Vida: ¿De acuerdo en la valoración de la historia clínica usted puede evidenciar algún tratamiento farmacológico al cual estaba sometido la señora Galvis?"

Minuto 45:03. Médico Cesar Carrascal: Si ella estaba con dos medicamentos hipoglicemiantes para controlar, este medicamento se cuándo no ha sido suficiente el ejercicio la dieta, entonces se recurre a unos medicamentos que van a generar control del organismo de los niveles de azúcar por la utilización que hace de ella la insulina, no estuvo sometida a medicamentos insulino dependientes que ya es la insulina como tal la hormona, sino con medicamentos que se toma por vía oral, pero ya estaba con ese medicamento efectivamente.

Minuto 45:49. Apoderado BBVA Seguros de Vida: ¿Podría por favor indicarle al despacho para que se recomienda a un paciente la ingesta de metformina?

Minuto 46:03. Médico Cesar Carrascal: Es un hipoglicemiante oral igual que la glibedipirina son los dos medicamentos que ella estaba tomando, son hipoglicemiantes orales. Se utiliza cuando no ha sido suficiente el control por parte del manejo dietético o por la parte del ejercicio, el cuidado que debe tener la persona, el control de peso que pueda tener la persona, sabemos que el incremento desmesurado y descontrolado del peso puede llevar a una diabetes, eso es lo que ha hecho que los últimos 30 40 años se haya multiplicado por

*cuatro la frecuencia enfermedad diabética en la población. Ella estaba en el nivel de utilización de hipoglicemiantes orales, no estaba con medicación con insulina en la historia clínica que yo pude observar.*

*Minuto 47:00. Apoderado BBVA Seguros de Vida: ¿Finalmente podría indicarle al despacho la astorbastatina para que se recomienda a paciente doctor Carrascal?*

*Minuto 47:11. Médico Cesar Carrascal: Es un medicamento indicado para bajar la otra alteración que ella presentaba que era la hiperlipidemia, ósea, la cantidad de grasa de lípidos circulantes en sangre que van a impactar justamente el comportamiento de las arterias y las venas en el organismo, este medicamento lo que hace es disminuir los niveles y la concentración de esta sustancia la absorción de igual manera ayuda a prevenir infartos cerebrales infartos miocárdicos o alteraciones en miembros inferiores, entonces eran los medicamentos que ella estaba tomando.*

*Minuto 48:05. Apoderado BBVA Seguros de Vida: ¿Estos medicamentos a los cuales se ha hecho referencia ya se encontraban indicados a la paciente antes del mes de noviembre de 2013?*

*Minuto 48:20. Médico Cesar Carrascal: Si, haciendo referencia a la historia clínica y al registro de historia clínica eso es un documento privado, construido entre el paciente y su médico se puede observar que allí está la prescripción del medicamento desde el año 2012 2013 2011 ya estaba formulado el medicamento. Si usted tiene la historia clínica lo podemos poner de presente y lo podemos verificar.*

Como se ha venido explicando, pierde totalmente de vista la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, que dentro del plenario existen sendos elementos de prueba que demuestran fehacientemente la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados por la señora Lucía Galvis (QEPD). En tal virtud, ahora debemos analizar el manual técnico de suscripción vigente para la fecha de vinculación al grupo asegurado, en las que expresamente se estableció la importancia de declarar los antecedentes médicos:

*2.1.3. Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de los manuales técnicos para la suscripción y colocación de los seguros Vida Grupo Deudores<sup>1</sup>.*

Como se ha venido explicando, el error esencial de la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, consistió en fundamentar su sentencia al haber indicado que la Compañía de Seguros no había demostrado el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Lo que significa, que en su concepto no se demostró la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados para la Aseguradora, así como tampoco la

---

<sup>1</sup> Los manuales técnicos obran en el derivado 49 del expediente digital, aportados en cumplimiento del requerimiento oficioso de pruebas documentales.

consecuencia de haber conocido oportunamente esta información. Sin embargo, esta decisión se encuentra totalmente equivocada, como quiera que en el expediente obran y fueron aportados oportunamente los manuales técnicos para la colocación y suscripción de seguros vigentes para el momento de la vinculación. Políticas en las que se evidencia expresamente, que el padecimiento de las enfermedades antecedentes un antecedente como lo es una invalidez previa, resulta totalmente relevante para determinar el estado del riesgo que se está asumiendo.

En este orden de ideas, a continuación, se cita el tenor literal de ambos manuales aportados, tanto el aplicable al seguro contratado en el año 2013. El tenor literal de los mencionados documentos es el siguiente:

- *Políticas para la contratación de Seguros Deudores vigentes para el momento de la vinculación al grupo asegurado.*

#### **16.1.6 LÍMITE AUTOMÁTICO ASEGURADO INDIVIDUAL**

El límite de amparo automático para cada asegurado será con una edad hasta 69 años y 364 días, deberá ser hasta de mil setecientos cincuenta (1750) salarios mínimos mensuales legales vigentes (smmlv), suma hasta la cual estará asegurado automáticamente sin requisitos de asegurabilidad aceptando solamente el diligenciamiento de la solicitud de inclusión a la póliza junto con su correspondiente declaración de asegurabilidad, la cual deberá evidenciar que el deudor no tiene patologías preexistentes (ver anexo 1).

Para los excesos de amparo automático BBVA Seguros establecerá claramente los requisitos de asegurabilidad (ver anexo 2) necesarios y la infraestructura con que cuenta en cada ciudad y los mecanismos implementados para realizar los respectivos exámenes médicos los cuales estarán a nuestro cargo.

**Transcripción parte esencial: “El límite de amparo automático para cada asegurado será con una edad hasta 69 años y 364 días, deberá ser hasta de mil setecientos cincuenta (1750) salarios mínimos mensuales legales vigentes (smmlv), suma hasta la cual estará asegurado automáticamente sin requisitos de asegurabilidad aceptando solamente el diligenciamiento de la solicitud de inclusión a la póliza junto con su correspondiente declaración de asegurabilidad, la cual deberá evidenciar que el deudor no tiene patologías preexistentes (ver anexo 1).” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)**

- *Políticas para la contratación de Seguros Deudores vigentes para el momento de la vinculación al grupo asegurado.*

#### **16.1.7.1 VIDA**

Cubre los riesgos de muerte por cualquier causa, sea en forma natural o accidental incluyendo el suicidio, el homicidio, la muerte presunta por desaparición y el SIDA como cualquier enfermedad grave tendrá cobertura desde el primer día de vigencia el cual inicia en la fecha en la que se efectuó el desembolso del crédito, se realice cada operación, se autorice la entrega del bien en leasing o bajo cualquier otro título o cuando el BBVA COLOMBIA solicite la inclusión en la póliza, siempre y cuando no contravenga el contenido del artículo 1058 del Código de Comercio.

***Transcripción parte esencial:*** “Cubre los riesgos de muerte por cualquier causa, sea en forma natural o accidental incluyendo el suicidio, el homicidio, la muerte presunta por desaparición y el SIDA como cualquier enfermedad grave tendrá cobertura desde el primer día de vigencia el cual inicia en la fecha en la que se efectuó el desembolso del crédito, se realice cada operación, se autorice la entrega del bien en leasing o bajo cualquier otro título o cuando el BBVA COLOMBIA solicite la inclusión en la póliza, **siempre y cuando no contravenga el contenido del artículo 1058 del Código de Comercio.**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Tal y como se observa de las citadas documentales, desde la elaboración de los manuales técnicos para la suscripción y colocación de los seguros, la Compañía Aseguradora fue totalmente enfática al dejar plasmado que un antecedente de una enfermedad, resulta totalmente relevante para determinar el estado del riesgo. En tal virtud, consagró expresamente que resulta fundamental que los potenciales asegurados informen de este tipo de antecedentes, dada la envergadura e importancia de los mismos para el contrato de seguro.

Es de esta manera que se resalta la gran equivocación del juzgador de primera instancia al analizar los medios de prueba en su conjunto. Lo anterior, toda vez que en el derivado 43 del expediente digital, obran los citados manuales para la colocación de seguros, en donde expresamente se encuentra consagrada la importancia de que los asegurados no tengan patologías preexistentes. Como las que no fueron informadas por la señora Lucía Galvis (QEPD) y que no genere contravención del artículo 1058 del C de Co.

Lo previamente expuesto nos permite concluir, que resulta totalmente equivocado afirmar que no existía una prueba para demostrar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, cuando en el expediente digital obran y así fueron aportados oportunamente, los manuales técnicos para la suscripción de los seguros aplicables para el año 2013. Manuales, en los que expresamente se encuentra consagrada la importancia de declarar por parte del potencial asegurado, un antecedente profundamente importante para determinar el verdadero estado del riesgo, como lo es las patologías de diabetes mellitus, hiperlipidemia y glaucoma. En otras palabras, la sentencia proferida el 02 de noviembre de 2021 no resulta jurídicamente acertada, como quiera que afirma que no existe una prueba distinta del interrogatorio de parte para demostrar el elemento subjetivo del artículo 1058 del C.Co. Sin embargo, dejó de valorar los manuales de colocación, en los que se encuentra indefectiblemente consignada la importancia y relevancia técnica y médica que puede tener el padecimiento de enfermedades de diabetes mellitus, hiperlipidemia y glaucoma, para determinar el verdadero estado del riesgo que se le está trasladando a mi representada. En tal virtud, ahora debemos analizar la objeción emitida por la Compañía de Seguros el 09 de diciembre de 2020, en las que expresamente se indicó lo siguiente:

*2.1.4. Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de la objeción del 09 de diciembre de 2020.*

Como se ha venido explicando, pierde totalmente de vista la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, que dentro del plenario existen

sendos elementos de prueba que demuestran fehacientemente la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados por la señora Lucía Galvis (QEPD). En tal virtud, ahora debemos analizar la objeción emitida por la Compañía de Seguros el 09 de diciembre de 2020, en las que expresamente se indicó lo siguiente:

REF. TOMADOR	BBVA COLOMBIA S.A.
POLIZA	VGDB No. 0110043
AFECTADO	LUCIA GALVIS QUIROGA
CEDULA	28421861
RECLAMO	VINM-3064
OBLIGACION	00130839489600148442

Respetados Señores,

Una vez analizados los documentos aportados para la reclamación relativa al seguro de vida grupo deudores, afectando el amparo de Vida Básico, debido al fallecimiento del asegurado en referencia, hecho ocurrido el 26 de octubre de 2020, nos permitimos manifestar lo siguiente:

De acuerdo con la historia clínica de FOSCAL de noviembre 04 de 2006, encontramos que la señora Lucía Galvis Quiroga tenía antecedentes médicos y patologías previas que afectaban su pre-sanidad, como son DM (diabetes mellitus) en tratamiento, además, se evidencia antecedentes médicos de Hiperlipidemia Mixta y Glaucoma en registro médico de enero de 2012. Todas estas alteraciones y patologías son hechos relevantes que no fueron declarados y que motivaron la objeción al pago del respectivo seguro.

En efecto, en la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declararon las enfermedades arriba indicadas y, que de haberse reportado seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada y supeditado a los resultados de los exámenes que la Compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer de ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal.

Ahora bien, la aseguradora en virtud del principio de la buena fe que gobierna el contrato de seguro, no presume que el asegurado este faltando a la verdad o tratando de engañar cuando diligencia el cuestionario, sino que se confía en que las respuestas consignadas en el mismo, son del todo ciertas. Si posteriormente se determina que el asegurado conociendo un hecho importante relativo a su salud, no declara, se configura la reticencia, que da lugar la objeción del pago del seguro.

**Transcripción parte esencial:** *“En efecto, en la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declararon las enfermedades arriba indicadas y, que de haberse reportado seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada y supeditado a los resultados de los exámenes que la Compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer de ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal.”*. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir del tenor literal de la citada prueba documental, se demuestra contundentemente que desde el año 2020 la Compañía de Seguros adujo la importancia que tenían los antecedentes no declarados para determinar el verdadero estado del riesgo. Es más, en las mencionadas documentales, la Aseguradora expone que de haber conocido esas patologías, “*seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro*”, e incluso, manifiesta que como “*declaró no padecer de ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal*”. En otras palabras, no es cierto que no exista una prueba para acreditar la relevancia de los antecedentes no declarados, cuando en el expediente obra la objeción. En donde, por un lado, se dice expresamente que tan relevantes son las enfermedades y antecedentes no informados, que de haber sido conocidos seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro, y por el otro

lado, se indica técnicamente que no se debieron haber expedido las pólizas como un riesgo normal, dada la envergadura y gravedad de la información ocultada.

Esta situación permite concluir indefectiblemente, no solamente que en el expediente obran y fueron practicados varios medios de prueba para demostrar la relevancia técnica y médica de la información ocultada. Sino además, que en la sentencia del 02 de noviembre de 2021 se cometió un profundo error en la valoración probatoria, como quiera que en la citada objeción se indicó puntualmente y desde el año 2020, que tan relevantes eran los antecedentes no declarados, que de haber sido informados, seguramente no se habría aceptado la expedición del seguro, toda vez que claramente no se estaba ante un riesgo normal. El honorable juzgador de segunda instancia no puede pasar por alto esta deficiencia en la valoración probatoria, habida cuenta que de haber analizado la totalidad de las pruebas en conjunto, ciertamente la consecuencia hubiera sido diametralmente distinta. Esto es, haber declarado fundada la excepción de nulidad relativa como consecuencia de la reticencia del asegurado, y consecuentemente, denegar todas las pretensiones de la demanda.

*2.1.5. Relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados, demostrada a partir de las declaraciones de asegurabilidad, de las reglas de la experiencia, de la sana crítica y la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia.*

Resulta trascendental que el honorable Tribunal Superior de Bogotá tenga en cuenta que, a través de la sentencia del 02 de noviembre de 2021, la Superintendencia Financiera de Colombia se apartó totalmente del precedente de la Corte Suprema de Justicia, relativo al valor probatorio que ostentan las declaraciones de asegurabilidad para demostrar el elemento subjetivo del artículo 1058 del C.Co. Dicho de otro modo, la citada sentencia incurrió en una grave imprecisión jurídica y probatoria, al haber dejado de lado el precedente de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, que claramente indica que la relevancia y consecuencia para la Compañía de Seguros de las enfermedades no declaradas, se demuestra a partir del propio texto de las declaraciones de asegurabilidad.

En este orden de ideas, se debe iniciar analizando la siguiente sentencia proferida por la Corte Suprema de Justicia, la cual es sumamente clara al afirmar que la existencia misma de la pregunta relativa a la enfermedad ocultada en el formulario de asegurabilidad, es significativa de su importancia como insumo para determinar el estado del riesgo. El tenor literal de la providencia claramente indica:

*Esta modalidad negocial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, como quiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca.*

*[...]*

*en ese escenario la pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, **pues precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento, es decir, si contrata o no, o si lo***

**hace bajo ciertas condiciones económicas**, sin perjuicio de la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud, de donde se desprende de modo general, que basta con establecer que hubo falta de sinceridad del tomador para que emerja la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro...<sup>2</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Tal y como se observa en la sentencia, la Corte Suprema de Justicia es totalmente clara al exponer que la relevancia para la compañía de seguros de las enfermedades ocultas, claramente se demuestra a partir del mismo formulario de asegurabilidad. Es decir, si dentro de aquel cuestionario se encuentra una pregunta expresa y relativa a algún antecedente de salud, evidentemente tal antecedente es relevante para el Asegurador. Porque de lo contrario, el interrogante no estaría consignado en el cuestionario de salud, toda vez que en el mismo únicamente se incluyen preguntas acerca de aspectos fundamentales para determinar el verdadero estado del riesgo. Es más, esta postura fue ratificada por la Corte Suprema en la siguiente sentencia:

*"pues es ostensible que para reconocer la nulidad relativa del contrato de seguro de vida materia de la controversia, el ad quem no exoneró a la demandada del deber de acreditar la totalidad de los elementos axiológicos de dicha sanción sustancial, en particular, que otro hubiese sido su comportamiento negocial, en el supuesto de haber conocido los hechos constitutivos de la reticencia del asegurado, exigencia que, **se repite, tuvo por satisfecha con base, de un lado, en el contenido mismo de la declaración de asegurabilidad y, de otro, en la naturaleza de la información alterada, elementos de juicio con base en los cuales coligió que SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. no habría celebrado el contratado base de la acción, o que las condiciones del mismo habrían sido más onerosas**, de haber sabido que el asegurado consumía alcohol y "drogas estimulantes", que había sido sometido a tratamientos de rehabilitación respecto de esas conductas, que no era empleado, sino reciclador e indigente, y que no devengaba el salario que declaró como ingreso..."<sup>3</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En esta jurisprudencia la Sala de Casación Civil va mucho más allá, toda vez que no solo afirma que la importancia de los antecedentes para el asegurador se demuestra a partir del cuestionario, sino que además, atendiendo a las reglas de la experiencia y la sana crítica, indica que la relevancia también se prueba por la naturaleza misma de la información alterada. Por ejemplo, ocultarle al Asegurador que se tiene una preexistencia como lo es un padecimiento de una diabetes mellitus, hiperlipidemia y glaucoma, evidentemente demuestra que se está ante una información de tal envergadura, que definitivamente hubiera generado que no se hubiere asegurado a la señora Lucía Galvis (QEPD).

Ahora bien, es a partir de los mencionados fallos que se observa la incorrección jurídica de la sentencia proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia. Toda vez que en el

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 01 de septiembre de 2010. Mp. Dr. Edgardo Villamil Portilla. Exp. No. 05001-3103-001-2003-00400-01.

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 16 de diciembre de 2016. Mp Dr. Álvaro Fernando García Restrepo. Radicado 05001-31-03-017-2009-00438-01.

expediente se encuentran los formularios de asegurabilidad, en los cuales se indagó expresamente por la existencia de las enfermedades que padecía y no informó la señora Lucía Galvis (QEPD). A continuación, se presentan las preguntas más relevantes de esos cuestionarios:

*¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?*

(...)

*¿Sufre alguna incapacidad física o mental?*

(...)

*¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?*

(...)

*Trastornos mentales o psiquiátricos*

(...)

*Parálisis epilepsia, vértigos temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso.*

(...)

*Bocio, **diabetes** o enfermedades del sistema endocrino*

(...)

*Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna*

(...)

*Enfermedades del bazo, anemias, inflamación de ganglios linfáticos o **enfermedades del sistema hemo linfático** o enfermedades inmunológicas*

(...)

*Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón*

(...)

*Enfermedades renales – cálculos – próstata – testículos*

(...)

*Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio*

(...)

*Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo*

(...)

***Enfermedades en los ojos,** oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos*

(...)

*Cáncer o tumores de cualquier clase*

(...)

*Si es mujer, ¿Ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?*

(...)

*¿Ha sido sometido sen alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado*

(...)

***¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?***

**(...)**

**Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y la fecha de ocurrencia** (Negrilla y subrayado propio).

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que pese a que la Asegurada (QEPD) había sido diagnosticada con “diabetes”, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que le cuestionó expresamente si había padecido o padece de esa enfermedad concretamente (ii) aunque la Asegurada (QEPD) padecía de “hiperlipidemia”, faltó a la verdad al responder que no padecía del sistema hemo linfático; y (iii) pese a que se le indagó acerca de enfermedades en los ojos omitió el padecimiento del glaucoma (iv) que pese a que señora Lucía Galvis padecía de sendas enfermedades, negó sufrir o haber sufrido de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario puesto de presente con la pregunta abierta.

Es de esta manera que se encuentra totalmente demostrado, a partir de una prueba diferente al interrogatorio de parte y las mencionadas en este escrito de apelación, que las enfermedades y antecedentes no declarados por la señora Lucía Galvis (QEPD), son totalmente relevantes para que el asegurador determine el verdadero estado del riesgo. Dicho de otro modo, la sentencia proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia incurrió en un error jurídico de suma trascendencia, al afirmar que no existían pruebas en el expediente a partir de las cuales se demostrara el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Por este motivo, se comprueba que se omitió hacer una valoración conjunta de todos los medios de prueba, y también dejaron de lado las sentencias proferidas por la Corte Suprema de Justicia, en donde claramente se indica que la relevancia de las patologías no informadas se demuestra sencillamente a partir del formulario de asegurabilidad.

En conclusión, la sentencia de fecha del 02 de noviembre de 2021 proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia no se encuentra ajustada a derecho, y en tal virtud debe ser revocada integralmente. Lo anterior, debido a que equivocadamente se afirmó que no existían medios de prueba para demostrar la relevancia médica y técnica de las patologías no informadas, aun cuando la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil, ha indicado que la importancia de los antecedentes no declarados se demuestra por medio del formulario de asegurabilidad en donde obran los respectivos cuestionamientos sobre las enfermedades.

En consecuencia, dado que en el caso concreto obran en el expediente el formularios de asegurabilidad en donde se indagaba de manera expresa por los padecimientos previos, resulta indefectible que el elemento subjetivo del artículo 1058 del C.Co se encuentra totalmente demostrado. Máxime, cuando de haber realizado una valoración conjunta de las pruebas involucrando la historia clínica, la declaración del testigo médico, la objeción del 09 de diciembre de 2020, los formularios de asegurabilidad, y por supuesto, el interrogatorio de parte, se hubiera llegado a la necesaria conclusión de declarar fundada la excepción de nulidad relativa, negando así todas las pretensiones de la demanda.

2.2. **En el proceso se acreditó totalmente cuál hubiera sido la consecuencia negocial de haber conocido los antecedentes no declarados:**

Como primera medida, es de suma importancia que se tome en consideración que la relevancia de las patologías no informadas y la consecuencia negocial de lo que hubiera sucedido de haber

conocido oportunamente esos antecedentes, representan variables inescindibles. En efecto, la consecuencia negocial se deriva precisamente de la relevancia médica y técnica de los antecedentes no informados. Es decir, si dichos antecedentes no representan patologías significativas para fijar el verdadero estado del riesgo, claramente no puede existir una consecuencia negocial diferente a la pactada inicialmente. Precisamente por ese motivo, en los subcapítulos precedentes se demostró totalmente el error en el que incurrió la Superintendencia Financiera, al no haber valorado en conjunto todos los medios de prueba que acreditan incuestionablemente, que los antecedentes no informados por la señora Lucía Galvis (QEPD), son sumamente representativos para BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Teniendo en cuenta la relevancia de los antecedentes no informados, es que la Compañía de Seguros determinó que de haber conocido todas las patologías de la señora Lucía Galvis (QEPD), no hubiera emitido la póliza. Este hecho se encuentra totalmente comprobado a partir, no solo de todas las pruebas documentales que previamente fueron analizadas, sino adicionalmente, desde el interrogatorio de la representante legal de la Compañía de Seguros, quien adujo expresamente:

*“Minuto 51:10. Superintendencia Financiera: ¿Doctora Alexandra para en este caso puntual en el que la asegurada era pensionada quiero saber, teniendo en cuenta esa autorización da el cliente para revisar su historia clínica, para en este caso puntual, porque la aseguradora no hizo uso de esa autorización para verificar el estado del riesgo al momento de la colocación de la póliza?*

*Minuto 51:35. Representante legal Aseguradora: Doctor, primero que todo al momento del ingreso a la póliza por parte de la señora Lucía Galvis Quiroga, la señora tenía 61 años, la edad se encontraba dentro de los límites de asegurabilidad que establece la licitación, era una persona asegurable, dos con la declaración de seguridad por el monto del crédito que le fue desembolsado, que fue un monto inicial de 134 millones de pesos no ameritaba para poder aplicar lo establecido en las políticas de suscripción y esto es no daba lugar a la práctica ni exámenes médicos, ni de solicitud de historia clínica en la etapa pre contractual, ¿Por qué?, por cuantía, no, acorde con lo establecido en la licitación. Dos tampoco se solicitó historia clínica ni exámenes médicos porque la señora Lucía Galvis Quiroga contestó en la declaración de asegurabilidad que tenía en perfecto estado de salud, en todas las respuestas a todas las preguntas que se le hizo, si ha sido sometido a una intervención quirúrgica, si sufre de alguna incapacidad física o mental, a todo esto dijo que no, dijo que no tenía trastornos mentales ningún tipo de problemas en el sistema nervioso que no tenía problemas de diabetes ni bocio, ni enfermedad del sistema endocrino, dijo que no, no tenía problema de reumatismo que no tenía problema de los huesos que no tenía problema del sistema linfático ni inmunológico, que no tenía problemas de corazón, que no tenía problemas renales que no tenía problemas en los ojos ni oídos ni matriz ni garganta ni ronquera, mejor dicho, doctor, marcó en la columna del no a todas las preguntas que le planteó la compañía de seguros. La compañía de seguros indagó acerca del estado del riesgo a través del cuestionario planteado en la solicitud de la póliza que usted ya proyectó en el interrogatorio de parte de la demandante. No obstante, de haber sido preguntas todas estas patologías y haberlas tenido diagnosticadas de acuerdo*

con la historia clínica que reposa en el plenario, tenía diabetes (...) por lo menos del 14 de mayo de 2012, tenía hiperlipidemia desde ese momento y tenía problemas de glaucoma también desde el 17 de agosto de 2013, no obstante, de ser conocedora de sus patologías y de haberle preguntado la compañía de seguros a través de este documento puntualmente sobre cada una de las patologías y órganos relacionados con las patologías que están en el plenario en la historia clínica, la señora Lucía Galvis Quiroga que en paz descansa tomó la decisión de no contárselo a la compañía y omitir esta información que de haber conocido la compañía de seguros, pues las condiciones técnicas y económicas del seguro habrían sido diferentes **ya que en este caso se habría negado el seguro solicitado por parte de la señora Lucía Galvis Quiroga.** Sin embargo, pues en este caso no sé hacía plausible y no es la obligación de la compañía de seguros hacer uso esa facultad, de esa autorización que está plasmada en este documento en donde se le autoriza a la compañía pedir a las EPS o IPS la historia clínica, ¿por qué?, primero porque el monto del crédito de acuerdo a los establecido en las políticas de suscripción y la licitación, pues no daba para practicar exámenes médicos 134 millones y se hacen exámenes médicos y se solicita historia clínica cuando los montos de los montos son superiores a los 1750 salarios mínimos mensuales legales vigentes, y dos, porque no se avizora no se advierte ningún tipo de patología manifestada por parte de la segura en la declaración de asegurabilidad, entonces en estos casos la compañía de seguros no solicita historia clínica ni tampoco practica exámenes médicos. Es una autorización que está plasmada en ese documento pero que no es obligación de la compañía activarlo en todos los casos en la etapa pre contractual.

Minuto 56:16. Superintendencia Financiera: ¿Ya esbozado pues digamos que las razones de la objeción por parte de la compañía que hubiera sucedido si la compañía hubiera conocido pues el estado de salud de la segura al momento de contratar?

Minuto 56:39. Representante legal Aseguradora: Se habría negado el seguro doctor, ¿por qué?, porque tenía antecedentes de diabetes y no solamente tenía diagnosticada la enfermedad, sino que estaba en tratamiento (...) estas tres patologías habrían desencadenado que la compañía hubiera negado el seguro.

Minuto 57:33. Superintendencia Financiera: ¿Con base en qué documental doctor Alexander usted manifiesta que se verá negado ese seguro o con base en que llega a esa afirmación a esa conclusión?

Minuto 57:41. Representante legal Aseguradora: Con base en lo que la el área técnica de la compañía de seguros nos indica para este caso, en el hipotético caso de haber conocido estas patologías en la etapa pre contractual la compañía de seguros esto es en el año 2013 la compañía se hubiera abstraído de emitir el seguro.

Minuto 58:06. Superintendencia Financiera: ¿Doctora Alexandra el área técnica tiene algún documento en el cual se base para llegar a estas conclusiones?

Minuto 58:13. Representante legal Aseguradora: Si doctor.

Minuto 58:15. Superintendencia Financiera: ¿Cómo se llama ese documento?

Minuto 58:17. Representante legal Aseguradora: Certificación de extra prima.

Minuto 8:24. Superintendencia Financiera: ¿En esa certificación de extra prima se encuentran las condiciones técnicas y económicas del seguro para poder llegar a esas conclusiones o es simplemente una certificación en donde se está indicando que es extra prima? ¿A lo que quiero llegar es a la raíz de o porque se llegan a esas conclusiones no sé si, es decir, si yo le pido la certificación de extra prima allí me va a llegar las condiciones técnicas y económicas del seguro?

Minuto 58:50. Representante legal Aseguradora: Pues las condiciones técnicas y económicas del seguro doctor están contenidas de acuerdo con la información que nos fue manifestada por parte de la señora Lucía Galvis Quiroga se encuentran plasmadas tanto en la solicitud de seguro que usted proyecto en el interrogatorio de parte de la señora Lady Lucía Ariza (sic) y además se encuentran planteadas en el clausulado de la póliza de vida grupo deudores. Ahora en que se fundamenta la compañía de seguros para poder hacer ese ejercicio hipotético de haber conocido estas patologías y que habría resultado este ejercicio, se basan en la experiencia técnica y en un concepto que hace el médico tarificador de riesgos que es un médico externo, es un ejercicio que se hace y sale de la revisión de la historia clínica de la declaración de asegurabilidad de todos los documentos que componen el reclamo que se presentó y de la carpeta de suscripción en este momento, en este caso de la señora Lucía Galvis Quiroga. Adicionalmente de la experiencia que tiene la compañía de seguros, en la asunción de riesgos, de tarificación de riesgos y de sus reaseguradores.

Minuto 1:00:21. Superintendencia Financiera: ¿Es decir esa experiencia doctora Alexandra no sé si se le logra entender no está plasmada en ningún documento por parte de la aseguradora, es decir la aseguradora simplemente basado en su experiencia determina el riesgo y determina si en el caso puntual el riesgo se vamos allá de lo que pretende asegurar? ¿A lo que quiero llegar es si hay algún documento técnico que me permita llegar a esas conclusiones? Más allá digamos del ejercicio que usted me dice la compañía en cada caso.

Minuto 1:00:51. Representante legal Aseguradora: Doctor es una consulta que se hace a través de correos electrónicos, es una consulta verbal prácticamente se hace una consulta por parte, al área técnica y el área técnica hace un análisis acerca de estos documentos a los cuales ya me referí y los plasma en una certificación de extra prima, que si actualmente existen unos documentos de

*donde salen todas estas conclusiones, la compañía de seguros tiene se basa en los manuales de colocación de seguros, se basa en el manual de políticas de suscripción, se basa en todos los manuales que tiene para efectos del producto y como tal de este tipo de pólizas de grupo de vida grupo deudores y además de la experiencia que tiene la asunción de riesgos. Y en la expertis que tienen los recursos humanos que trabajan al interior de la compañía, y también los recursos que tienen vinculados, adscritos de manera externa, es decir de los médicos, la expertis de los médicos. (...)*. (Negrilla y subrayado propio).

En efecto, la representante legal en su interrogatorio de parte fue sumamente clara al expresar cuál fue el análisis realizado al interior de la Compañía de Seguros, para determinar cuál hubiera sido la consecuencia negocial de haber conocido las patologías y enfermedades en el momento oportuno. En otras palabras, la representante legal adujo en su declaración que con la intervención de médicos especialistas en la materia se analizaron los antecedentes no informados desde la óptica de la historia clínica y las consecuencias que ellas representan en la salud. Teniendo en cuenta todas esas variables técnicas, se llegó a la conclusión que de haber conocido no se hubiera otorgado el amparo de incapacidad total y permanente.

Dicho de otro modo, en el interrogatorio de parte se demostró contundentemente que la consecuencia negocial relativa a haberse negado el seguro, deviene del análisis efectuado al interior de la Aseguradora de las enfermedades ocultas a partir de (i) la historia clínica y (ii) el grupo de indemnizaciones con intervención de los médicos que conocen este tipo de reclamaciones. Esta situación puede ser observada en el siguiente fragmento de la citada declaración:

*“Minuto 1:55.55. Apoderado Aseguradora: “Dra. Alexandra, en respuestas anteriores usted manifestó la existencia de unas enfermedades que no fueron declaradas por la señora Delgado. Le agradezco que le indique al despacho cual hubiera sido puntualmente la consecuencia de que la señora Delgado hubiera declarado las patologías”.*

*Minuto: 1:56.19. Representante Legal Aseguradora: Bueno, la consecuencia de haber conocido BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. al momento del ingreso a la póliza acerca de las patologías de hipertensión arterial, túnel carpiano, la compañía aseguradora dado que adicionalmente se encuentra material en el dictamen de calificación de la unidad FOSCAL y de la historia clínica aportada por la misma señora Dalida Delgado, acerca del tratamiento que recibió, de medicamentos, el diagnostico que fue confirmado por cada uno de los especialistas. **La compañía haría emitido la póliza sin la cobertura de Incapacidad Total y Permanente que se reclama en la litis de este proceso.***

*Minuto 1:57.10. Apoderado Aseguradora: Igualmente le solicito, que le indique al despacho cual hubiera sido la consecuencia de que la señora Delgado hubiese informado que se encontraba en incapacidad médica y en trámites de calificación de origen de alguna patología.*

*Minuto: 1:57.35. Representante Legal Aseguradora: Se habría negado la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, es decir, se habría emitido la póliza sin la cobertura de incapacidad total y permanente. De acuerdo a lo establecido en la declaración de asegurabilidad a pregunta expresa, en donde se le preguntó acerca si había tenido alguna incapacidad médica, física o mental. Además, de acuerdo a nuestros manuales de colocación y comercialización de seguros, este es un factor preponderante para poder tarifar el riesgo al ingreso.”*

De esta manera se advierte el error cometido por el juzgador de primera instancia, al considerar que no se había demostrado el elemento subjetivo consagrado en el artículo 1058 del C.Co. Evidentemente en la sentencia proferida por la Superintendencia se incurrió en una equivocación jurídica importante, en la medida que se afirmó que no se había acreditado la relevancia y consecuencia negocial de haber conocido oportunamente la información sobre la real condición de salud de la señora Lucía Galvis (QEPD). Cuando en el expediente obran múltiples elementos de juicio que demuestran la relevancia, y además, en el interrogatorio de parte se informó que al interior de la Aseguradora, a partir de esos elementos de juicio (los manuales de colocación y suscripción de seguros, los formularios de asegurabilidad y la historia clínica), se llegó a la conclusión que de haber conocido todos los antecedentes, claramente no se habría contratado.

Dicho de otra manera, no solo no había motivo para restarle credibilidad al interrogatorio de parte rendido por el representante legal de la Compañía de Seguros, sino por el contrario, existían toda una serie de elementos probatorios que permitían comprobar totalmente lo esgrimido en la declaración. No resulta lógico restarle valor probatorio a lo indicado por la representante legal, cuando en el expediente obran **(i)** los manuales técnicos de suscripción, que consagran la relevancia de declarar las incapacidades preexistentes en los términos que lo señaló en su declaración, **(ii)** la historia clínica, en donde se acredita que las enfermedades no declaradas, **(iii)** y los formularios de asegurabilidad en donde se indaga expresamente por la existencia de las enfermedades no informadas **(iv)** la declaración del Dr. Carrascal médico especialista en la materia que acreditó médica y técnicamente la relevancia de las enfermedades no declaradas e incluso la consecuencia para el asegurador en caso de conocer la existencia de las mismas.

A partir de lo anterior, se comprueba indefectiblemente que la Superintendencia Financiera de Colombia se equivocó en su decisión de declarar infundada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del Asegurado, argumentando que el interrogatorio de parte no bastaba para demostrar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Tal y como se ha venido explicando, el interrogatorio de parte rendido por la representante legal de la Compañía de Seguros se encuentra totalmente respaldado por diversos medios de prueba que fueron aportados oportunamente al plenario. Sin embargo, sin ningún elemento de demostrativo, de manera equivocada y sin contar con fundamentos fácticos y jurídicos sólidos, la Superintendencia desestimó la declaración, y a su vez, todos los demás medios de prueba que se han venido analizando en el presente escrito, e indicó que no se demostró cuál hubiera sido la consecuencia negocial de haber conocido el real estado de salud de la señora Lucía Galvis (QEPD).

En conclusión, comedidamente se le solicita al Honorable Tribunal Superior de Bogotá que revoque totalmente la sentencia proferida el 02 de noviembre de 2021 por parte de la

Superintendencia Financiera de Colombia, toda vez que en aquella providencia se desestimó la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro, argumentando que no se había demostrado el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, cuando sí fue acreditado. En virtud de lo anterior, no solamente no había motivo lógico para restarle valor probatorio al interrogatorio de parte de la representante legal de la Compañía Aseguradora, sino que, además, se dejaron de valorar en conjunto toda una serie de elementos de prueba, así como también se dejó de lado la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Que conjuntamente y a partir de una valoración racional, demuestran contundentemente que, de haber conocido la información ocultada por el Asegurado, no se habrían emitido el seguro.

### **3. EL INTERROGATORIO DE PARTE CONSTITUYE LA PRUEBA CONDUCENTE, PERTINENTE Y ÚTIL PARA DEMOSTRAR CUÁL HUBIERA SIDO LA CONSECUENCIA NEGOCIAL DE HABER CONOCIDO LOS ANTECEDENTES NO DECLARADOS POR EL ASEGURADO.**

Sin perjuicio de que en el reparo anterior quedó totalmente demostrado el error cometido por la Superintendencia Financiera de Colombia al no haber valorado correctamente y en conjunto, todos los medios de prueba que obran en el expediente. Se formula el presente reparo concreto en la medida que en la sentencia se desconoció abiertamente que el interrogatorio de parte constituye una prueba conducente, pertinente y útil para demostrar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Dicho de otra manera, sin perjuicio de que sí existen múltiples elementos de juicio en el plenario que dan cuenta de la relevancia técnica y médica de los antecedentes y de la consecuencia negocial de los mismos, el juzgador de primera instancia de manera equivocada le restó valor probatorio al interrogatorio de parte, cuando la jurisprudencia de las Altas Cortes y por supuesto, del Tribunal Superior de Bogotá, ha sido muy clara al indicar que la consecuencia negocial es perfectamente acreditable con la declaración del representante legal del asegurador.

Con el objetivo de sustentar adecuadamente el presente reparo concreto, resulta fundamental iniciar citando una sentencia proferida por el Tribunal Superior de Bogotá, en donde el Dr Manuel Alfonso Zamudio, magistrado de la Sala Séptima Civil de Decisión, expuso claramente que la prueba idónea para acreditar el vicio del consentimiento contenido en el artículo 1058 del C.Co., es el interrogatorio de parte del Asegurador:

*Lo anterior, porque el contrato de seguro, “en sí mismo considerado, es un negocio jurídico de uberrimae bona fidei, vale decir, un acuerdo en donde la buena fe -per se vigente en todos los tipos negociales- ocupa un protagónico y, de suyo, más intenso rol, al punto que se erige en su núcleo, a la vez que en la ratio que fundamenta un apreciable número de figuras que estereotipan la singular institución del seguro”<sup>23</sup>. **En ese orden de ideas, debe tenerse en cuenta, que en el presente asunto, la entidad aseguradora adujo de forma expresa en la contestación a la demanda y en el interrogatorio de parte que rindió su representante legal, que de haberse enterado del efectivo estado de salud señor Beltrán Sánchez, se hubiese retraído de la contratación o se hubiere hecho en condiciones más onerosas, de lo que resulta palmario, que su consentimiento estuvo viciado, pues no le fue posible siquiera considerar los términos bajo los cuales podría, si así lo hubiese***

*decidido, asumir el amparo de incapacidad total y permanente; y por consiguiente resultaba procedente, como en efecto lo hizo la juzgadora de primera instancia, declarar próspera la excepción de nulidad de los contratos de seguro propuesta por la aseguradora enjuiciada. <sup>4</sup>(Subrayado y negrilla fuera del texto original).<sup>5</sup>*

Tal y como se observa en el texto de la providencia, el Tribunal Superior de Bogotá tuvo por acreditado el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, mediante el interrogatorio de parte rendido por el representante legal de la Compañía de Seguros. En otras palabras, el Tribunal Superior de Bogotá no exigió ningún otro elemento de juicio para tener por demostrada cuál hubiera sido la consecuencia negocial de haber conocido oportunamente la información no declarada. Por supuesto, es una decisión que se encuentra completamente ajustada a derecho, tomando en consideración lo esgrimido en el reparo anterior, esto es, que la Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al determinar que el elemento subjetivo se acredita a partir del cuestionario de asegurabilidad. Es decir, si se tiene un cuestionario de salud en donde constan unas preguntas claras que indaguen por las enfermedades ocultadas, y un interrogatorio de parte contundente, no existe una alternativa diferente a que se tenga por probado este elemento consagrado en el artículo 1058 del C.Co.

No obstante, esta postura también ha sido reiterada por la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil, en donde tuvo por demostrados los elementos contenidos en el artículo 1058 del C.Co, únicamente con la declaración de un funcionario de la Compañía de Seguros. En otras palabras, nuevamente se evidencia cómo una declaración de un funcionario de la Aseguradora constituye la prueba conducente, pertinente y útil, para demostrar el elemento subjetivo, que desafortunadamente, la Superintendencia Financiera de manera equivocada echó de menos en su providencia. El tenor literal de la jurisprudencia de la Corte es el siguiente:

*“Luis Carlos Moreno, en seguida de sintetizar los negocios de seguros que tenían con Atlantic, cuyo gerente era conocido en el gremio cafetero, se refirió a las pólizas de cumplimiento respecto de las cuales manifestó que «después de algún tiempo (varios meses), tuvimos conocimiento de algunas circunstancias que de haberlas conocido en su momento nos hubiesen detenido de expedir las pólizas. Por ejemplo, que la firma Atlantic Coal tenía graves dificultades financieras, que el primero de los contratos (con el Banco ING Bank) había tenido incumplimiento, que en el segundo contrato había una diferenciación entre el contrato (A) y contrato (B) situación **que de haberla conocido previamente no hubiéramos expedido las pólizas**» (folios 1146 y ss. de las copias aludidas).*

(...)

*Segundo: Modificar el numeral segundo en cuanto a que se deniega la pretensión principal de ineficacia del contrato de seguro entre la demandante*

<sup>4</sup> Tribunal Superior de Bogotá. Sala Séptima Civil de Decisión. Sentencia del 16 de diciembre de 2020. Mp. Dr Manuel Alfonso Zamudio Mora. Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por Wilder Beltrán Sánchez contra Compañía de Seguros Bolívar S.A.

<sup>5</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. MP. Dr Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo. Sentencia del 03 de abril de 2017. Radicación 11001-31-03-023-1996-02422-01.

*Compañía Agrícola de Seguros S.A., hoy Compañía Suramericana de Seguros S.A., como asegurador, y Atlantic Coal de Colombia S.A., como tomador.*

**En su lugar, conforme a la segunda pretensión subsidiaria, se declara la nulidad de dicho negocio por reticencia.**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original).<sup>6</sup>

En efecto, ha quedado totalmente acreditado el yerro de gran envergadura en la sentencia proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia, en donde se apartó del precedente de la Corte Suprema de Justicia y del Tribunal Superior de Bogotá, al indicar que el interrogatorio de parte del representante legal de la Compañía de Seguros, no constituía la prueba conducente, pertinente y útil para demostrar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co. Es más, inclusive en su sentencia y de forma equivocada, le restó valor probatorio al interrogatorio de parte al afirmar que la mención acerca de la consecuencia para la compañía no venía acompañada de un soporte. No obstante, nuevamente se incurre en un error jurídico, en la medida que la representante legal de la Aseguradora no se encuentra actuando en su calidad de persona natural y profesional en derecho, sino que está ejerciendo en representación de la Compañía de Seguros, lo que por supuesto incluye a sus áreas técnicas y médicas que intervinieron en la atención del caso desde la solicitud de afectación del seguro. En consecuencia, es claro que no había ningún motivo para desestimar la declaración.

Adicionalmente, con la sentencia proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia se perdió de vista totalmente el valor probatorio del interrogatorio de parte. Sobre este particular, resulta totalmente claro que el interrogatorio constituye un medio de prueba autónomo, que además es funcional para acreditar los hechos que posteriormente dan lugar a una consecuencia jurídica especial. Al respecto, la Corte Constitucional ha fijado su postura en los siguientes términos sobre este tema:

*“El interrogatorio o declaración de parte tiene por objeto obtener de los demandantes o demandados la versión sobre los hechos relacionados con el proceso, **toda vez que suministra certeza al juez sobre la verdad de los hechos que sirven de fundamento a las pretensiones de la demanda o de las excepciones, y con él se busca formar el convencimiento judicial respecto de la realización de determinados hechos que interesan al proceso,** pues constituyen el sustento de las peticiones presentadas por las partes dentro del mismo. Puede llegar a configurar una confesión, siempre y cuando recaiga sobre hechos que perjudican al declarante o favorezcan a la parte contraria y se cumplan los demás requisitos señalados por el artículo 195 del Código de Procedimiento Civil.*

**Como cualquier otro medio de prueba, el interrogatorio suministra certeza al juez sobre la verdad de los hechos que sirven de fundamento a las pretensiones de la demanda o de las excepciones.** Es decir, busca formar el convencimiento judicial respecto de la realización de determinados hechos que

<sup>6</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. MP. Dr Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo. Sentencia del 03 de abril de 2017. Radicación 11001-31-03-023-1996-02422-01.

*interesan al proceso, pues constituyen el sustento de las peticiones presentadas por las partes dentro del mismo.”<sup>7</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En el mismo sentido el Consejo de Estado manifestó lo siguiente:

*La prueba de declaración de parte se encuentra regulada en el Código General del Proceso en los artículos 191 a 205. De acuerdo con lo precisado por esta Corporación<sup>8</sup>, “[...] **el interrogatorio de parte es un medio probatorio que reviste una especial connotación en el curso de un proceso, en la medida en que es una prueba que se origina en la declaración de una de las partes, sobre hechos que interesan al proceso.** Esta declaración, tiene origen en la respuesta a una serie de preguntas formuladas por la parte interesada en llevar a cabo el medio probatorio, erigiéndose éste en una forma de provocar la confesión”.<sup>9</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Así mismo, aunque la Superintendencia Financiera de Colombia pretenda restarle valor a la declaración del representante legal de la entidad aseguradora demandada, no puede desconocerse que la misma configura una especial circunstancia, relativa a que en su condición de profesional de la Compañía aseguradora y conocedora de los asuntos de que trata el proceso de colocación de los seguros y el análisis del riesgo y el trámite de indemnización, tiene toda la entidad técnica para que su manifestación sea pleno medio de prueba para acreditar la consecuencia de haber conocido el real estado de salud. Lo anterior, a la luz de las reglas de la experiencia y la sana crítica soportan como acertado el medio probatorio equivocadamente valorado por el juzgador de primera instancia y resultan en un defecto fáctico en la valoración de los medios de prueba. Máxime que es claro que el contenido del fallo debe apreciarse estos elementos que parten de aspectos fundamentales que resultan del ejercicio empírico que deben aplicarse a la valoración de las pruebas. Así lo ha sostenido la Corte Suprema de Justicia:

*“(...) Las reglas del criterio humano influyen en diversos aspectos de la actividad jurisdiccional, principalmente, en lo relativo a la interpretación y aplicación de las normas jurídicas, en la elaboración de presunciones, en la apreciación de la prueba con miras a la formación de la convicción del juez y, finalmente, para colmar aquellos preceptos jurídicos incompletos que deben ser complementados por el sentenciador. **En tratándose de la estimación probatoria, la sana crítica apareja aquel modo de apreciar la prueba en el que el juzgador, “teniendo por derrotero únicamente las reglas de la lógica, de la ciencia y de la experiencia que, según su entender, sean aplicables a un determinado caso, goza de libertad para valorarla, cuidándose, claro está, de exponer razonadamente el mérito que le asigne a cada prueba. A tal sistema de valoración alude el artículo 187 del Código de Procedimiento Civil” (casación del 16 de noviembre de 1999)**”.*

*Dicho sistema de valoración de las pruebas se encuentra estructurado sobre la libertad y autonomía del juzgador para determinar el peso de las mismas y obtener su propio convencimiento, bajo el apremio, únicamente, de enjuiciarlas por medio del sentido*

<sup>7</sup> Corte Constitucional, Sentencia C-559/09 del 20 de agosto de 2009, expediente D-7592, Magistrado ponente Nilson Pinilla Pinilla.

<sup>8</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. Auto de 10 de julio de 2013. Consejero Ponente: Enrique Gil Botero. Radicación número: 25000-23-26-000-2010-00957-01(46314).

<sup>9</sup> Sección primera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, auto que resuelve recurso de reposición del 25 de junio de 2019, radicado 11001-03-24-000-2007-00323-00A, Consejero Ponente: Oswaldo Giraldo López.

común, la lógica y **las reglas de la experiencia**, entendiendo por estas últimas, **aquellos dictámenes hipotéticos de carácter general originados en el saber empírico, a partir de situaciones concretas, pero que, desligándose de éstas, adquieren validez en nuevas circunstancias o, lo que es lo mismo, “aquellas máximas nacidas de la observación de la realidad que atañe al ser humano y que sirve de herramienta para valorar el material probatorio de todo juicio”** (casación del 24 de marzo de 1998). Si bien, como ya se ha dicho, el sistema de la sana crítica se finca sobre **la libertad del juzgador en la actividad intelectual que presupone la valoración de la prueba, éste, al realizar la labor que se le ha confiado no puede descarriarse hacia la arbitrariedad**, pues la ponderación de las pruebas se encuentra sometida a la racionalidad nacida de las máximas de la lógica y las reglas de la experiencia.

Estas reglas, hay que decirlo de una vez, son parte de la argumentación del juez y no constituyen en sí mismas prescripciones, pues carecen de vinculación normativa, ya que asumen la apariencia de proposiciones del ser, es decir, de c[ó]mo son las cosas, no prescriptivas de como deberían ser. Son principios de contenido fáctico que se caracterizan por tener valor general, por ser variables, heterogéneas y estar en constante y permanente transformación, cabalmente por encontrarse fincadas en la cotidianidad del ser humano, sometidas, subsecuentemente, al dinamismo propio del acontecer social. **De ellas se vale el juzgador para enjuiciar las diversas afirmaciones del proceso, rechazando aquellas que las contraríen y para aceptar y concordar las que se relacionen con la realidad social**.

“Dada su naturaleza, no es factible que el legislador las plasme en normas jurídicas, desde luego que es imposible que éste condense en un texto legal las reglas de la lógica y las máximas científicas o de la experiencia de las que se pueda valer el juez para valorar las pruebas e, inclusive, de ser ello posible, dejaría de ser un sistema fincado en la libertad del juez para regresarse a uno de tarifa legal. En ese orden de ideas, la sana crítica en la apreciación de las pruebas presupone una abdicación de la soberanía del legislador en la materia, para confiársela la actividad discrecional del juez, no reglada, obviamente, por la ley (...)”<sup>10</sup> (subraya original y negrilla ex texto).

En cuanto a los lineamientos para valorar las pruebas conforme a las reglas de la experiencia y la sana crítica, la Corte en reciente oportunidad, señaló:

“(...) Por su parte, Michele Taruffo, sostiene que cuando se habla de libre convencimiento o de evaluación fundada en las reglas de la sana crítica se hace referencia «a la necesidad de que el juez formule una evaluación racional de la eficacia de las pruebas. Ésta debe desarrollarse y fundarse en un razonamiento lógicamente estructurado, mediante una o más inferencias lógicamente controlables»<sup>11</sup>. Y a propósito de la exigencia de motivación de la decisión judicial en conexión con el análisis probatorio, el mismo autor, sostiene que”.

“ [L]a motivación del juicio sobre los hechos debe tener al menos dos características fundamentales: 1) tiene que ser completa, lo que significa que debe involucrar todas las pruebas relacionadas con todos los hechos de la causa, con una justificación

<sup>10</sup> CSJ. SC de 30 de septiembre de 2004, exp 7549.

<sup>11</sup> Verdad, prueba y motivación en la decisión sobre los hechos. 1° ed. 2013, México. Serie Cuadernos de Divulgación de la Justicia Electoral, pág. 89.

*específica y analítica de las evaluaciones que el juez formuló a propósito de cada una de las pruebas que han sido adquiridas en el juicio, y 2) el razonamiento que el juez desarrolla en la motivación con el fin de justificar su decisión sobre los hechos debe ser lógicamente correcto, porque sólo de esta manera es posible verificar si la decisión está fundada en buenas razones, tales que hagan entender que llegó a establecer de manera racional la verdad de los hechos<sup>12</sup> (...) <sup>13</sup> <sup>14</sup>*

A partir de todo lo previamente expuesto, ha quedado demostrado que no solo no había motivo para desestimar la declaración de la representante legal, sino además, que la Superintendencia Financiera de Colombia desatendió el precedente vertical que le era exigible. Si bien para el Tribunal Superior de Bogotá y para la Corte Suprema de Justicia el cuestionario de salud, aunado a un interrogatorio de parte, constituyen las pruebas conducentes, pertinentes y útiles para demostrar el elemento subjetivo consagrado en el artículo 1058 del C.Co. El juzgador de primera instancia en este proceso de forma equivocada y sin motivar las razones que lo conllevaron a apartarse del precedente vertical, desestimó el valor probatorio del interrogatorio de parte de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Todo lo anterior nos permite concluir, que el Honorable Tribunal Superior de Bogotá debe revocar integralmente la sentencia proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia el 02 de noviembre de 2021, toda vez que en aquella providencia el juzgador se apartó del precedente vertical del Tribunal Superior de Bogotá y de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Lo anterior, en la medida que las altas corporaciones colegiadas han fijado claramente su postura al indicar que el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, se acredita sencillamente con el formulario de asegurabilidad en donde obren las preguntas claras, y con el interrogatorio de parte del Asegurador, máxime, que en este caso se cuentan con mas elementos de prueba como un experto médico y aquellas que fueron esgrimidas en la sustentación del reparo anterior. No obstante, en este caso la citada Superintendencia indicó que esos medios de prueba no eran suficientes (a pesar de que existen muchos más como ya se explicó), y declaró la responsabilidad civil del Asegurador. En consecuencia, es totalmente claro que de haber aplicado el precedente judicial la decisión hubiera sido diametralmente diferente a la adoptada, puesto que se debió declarar fundada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro, negando así todas las pretensiones de la demanda.

#### **4. LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA SE APARTÓ TOTALMENTE DEL PRECEDENTE VERTICAL, ASÍ COMO TAMBIÉN DEL HORIZONTAL DE SU MISMO DESPACHO, SIN PRESENTAR UNA ADECUADA MOTIVACIÓN PARA EL EFECTO.**

El cuarto reparo que se formula en contra de la sentencia del 02 de noviembre de 2021 proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia, consiste fundamentalmente en que, con la citada decisión, no sólo se apartó del precedente vertical de la Corte Suprema de Justicia y del Tribunal Superior de Bogotá, como se ha venido explicando. Sino que también, se apartó totalmente del precedente horizontal de su mismo Despacho, en el que ha tenido por demostrado el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, a través del interrogatorio de parte y la declaración

<sup>12</sup> Ibid. pág. 91

<sup>13</sup> CSJ. SC3249-2020 de 7 de septiembre de 2020, exp. 11001-31-10-019-2011-00622-02.

<sup>14</sup> Sentencia **STC7617-2021**, 24 de junio de 2021. Magistrado ponente **LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA** Radicación n.º **05000-22-13-000-2021-00062-01** Aprobado en sesión virtual de 23 de junio de 2021

de un médico en el cual se acredite la relevancia de las enfermedades como mínimo. En otras palabras, la Corte Constitucional ha fijado unos requisitos muy estrictos que todo operador judicial debe cumplir para apartarse del precedente vertical y horizontal. En tal virtud, la Superintendencia Financiera de Colombia en la providencia objeto de apelación, optó por apartarse del precedente vinculante sin motivar adecuadamente cuáles fueron las razones que la llevaron a proferir tal decisión, que además, deben enmarcarse taxativamente dentro de las causales que la Corte Constitucional ha indicado para ese efecto.

En este orden de ideas, se debe iniciar citando una sentencia de nuestro más alto tribunal constitucional en la que ha sido enfático en la fuerza vinculante que comporta el precedente horizontal. Inclusive, en la providencia se indica expresamente que la importancia del precedente horizontal radica principalmente en la protección a los principios de la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima, y principalmente, el derecho fundamental a la igualdad. El tenor literal de la decisión de la Corte Constitucional, que valga la pena decir, se encuentra contenido en una sentencia de Unificación, con los efectos que de este tipo de providencias emanan, es el siguiente:

*“Se puede clasificar el precedente en dos categorías: (i) el precedente horizontal, el cual hace referencia a las decisiones proferidas por autoridades del mismo nivel jerárquico o, incluso, por el mismo funcionario; y (ii) el precedente vertical, que se refiere a las decisiones adoptadas por el superior jerárquico o la autoridad encargada de unificar la jurisprudencia. **El precedente horizontal tiene fuerza vinculante, atendiendo no sólo a los principios de buena fe, seguridad jurídica y confianza legítima, sino al derecho a la igualdad que rige en nuestra Constitución.** Asimismo, el precedente vertical, al provenir de la autoridad encargada de unificar la jurisprudencia dentro de cada una de las jurisdicciones, limita la autonomía judicial del juez, en tanto debe respetar la postura del superior, ya sea de las altas cortes o de los tribunales.”<sup>15</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Es de esta manera que, con el objetivo de promover la protección de los citados principios de buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad, la Corte Constitucional ha fijado unos requisitos muy estrictos que todo operador judicial debe cumplir si desea apartarse del precedente vertical y del horizontal. Es decir, no existe autonomía total e irrestricta para que los jueces de la república se aparten de los citados precedentes, sino que por el contrario, si desean hacerlo, deben enmarcar su decisión en una de las causales taxativas que el más alto tribunal constitucional ha establecido. De esta manera, en la sentencia que se estudiará a continuación, la Corte explica cuáles son esos requisitos imperativos que se deben sustentar, si es voluntad de un juzgador apartarse de su propio precedente, así como del de sus superiores jerárquicos:

*“Finalmente la Sentencia C-836 de 2001 consagró también la posibilidad de que la Corte Suprema de Justicia se aparte de su doctrina probable, (precedente horizontal) en tres supuestos: **1) cambios sociales que hagan necesario un ajuste en la jurisprudencia. 2) cuando encuentre que su jurisprudencia contradice “valores, objetivos, principios y derechos en los que se***

---

<sup>15</sup> Corte Constitucional. Sentencia SU354 de 2017. Magistrado Ponente. Dr. Humberto Escrucería Mayolo. Sentencia del 25 de mayo 2017.

**fundamenta el ordenamiento jurídico” y 3) cuando exista un cambio relevante en el ordenamiento jurídico legal o constitucional.**

(...)

**Sin embargo, debe resaltarse que la opción en comento en ningún modo habilita a las autoridades judiciales para, en el ejercicio distorsionado de su autonomía, opten por desconocer el precedente, tanto de carácter vertical como horizontal, ante la identidad de supuestos jurídicos y fácticos relevantes, sin cumplir con los requisitos antes mencionados.** Por lo tanto, resultarán inadmisibles, por ser contrarias a los principios de igualdad, legalidad y seguridad jurídica, posturas que nieguen la fuerza vinculante prima facie del precedente, fundamenten el cambio de jurisprudencia en un simple arrepentimiento o cambio de parecer, o sustenten esa decisión en el particular entendimiento que el juez o tribunal tengan de las reglas formales de derecho aplicables al caso. <sup>16</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Partiendo de las bases jurídicas previamente anotadas, es que se observa la equivocación cometida por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia en su sentencia del 02 de noviembre de 2021. En su providencia, y como se explicará a continuación, transgrediendo los principios constitucionales relativos a la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad, se apartó totalmente del precedente vertical de la Corte Suprema de Justicia y del Tribunal Superior de Bogotá y del horizontal de su propio Despacho. Por este motivo, se presentarán dos subcapítulos, en los que se observa la transgresión a cada uno de los precedentes anotados.

#### 4.1. La Superintendencia Financiera de Colombia se apartó del precedente vertical.

Tal y como se ha expuesto en los reparos anteriores, tanto para el Honorable Tribunal Superior de Bogotá, como para la Corte Suprema de Justicia, la prueba conducente, pertinente y útil para demostrar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, es el interrogatorio de parte y el cuestionario de salud, en donde obren las preguntas específicas y enfocadas en las enfermedades ocultadas por el asegurado. Es decir, si en un proceso judicial se demuestra que en el cuestionario se encuentran las preguntas relativas a las enfermedades no informadas por el Asegurado, y además, se tiene un interrogatorio de parte que acredita cuál hubiera sido la consecuencia comercial de haber conocido oportunamente esos antecedentes, el juzgador no tendrá una alternativa distinta que declarar probada la nulidad del contrato de seguro.

Dado que los fragmentos de las sentencias que fueron desatendidas por la Superintendencia ya fueron transcritos previamente en los reparos antecedentes, únicamente se enunciarán nuevamente las referencias puntuales a dichos pronunciamientos, con el objetivo de que el Tribunal Superior de Bogotá evidencie la transgresión injustificada del citado precedente:

- Tribunal Superior de Bogotá. Sala Séptima Civil de Decisión. Sentencia del 16 de diciembre de 2020. Mp. Dr Manuel Alfonso Zamudio Mora. Acción de Protección al Consumidor

<sup>16</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-621 de 2015. Magistrado Ponente. Dr Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Sentencia del 30 de septiembre de 2015.

Financiero promovida por Wilder Beltrán Sánchez contra Compañía de Seguros Bolívar S.A.

- Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. MP. Dr Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo. Sentencia del 03 de abril de 2017. Radicación 11001-31-03-023-1996-02422-01.
- Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 01 de septiembre de 2010. Mp. Dr. Edgardo Villamil Portilla. Exp. No. 05001-3103-001-2003-00400-01.
- Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 16 de diciembre de 2016. Mp Dr. Álvaro Fernando García Restrepo. Radicado 05001-31-03-017-2009-00438-01.

En efecto, la Superintendencia Financiera de Colombia en su sentencia de fecha del 02 de noviembre de 2021 vulneró los derechos de mi representada relativos a la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad, en la medida que optó por apartarse del precedente vertical que le era aplicable, sin justificar, en los términos de la sentencia C-621 de 2015, que su decisión se afincaba en alguna de las causales específicas para ese efecto. Estas son:

- *Cambios sociales que hagan necesario un ajuste en la jurisprudencia.*
- *Cuando encuentre que su jurisprudencia contradice “valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico” y*
- *Cuando exista un cambio relevante en el ordenamiento jurídico legal o constitucional*

Es decir, si la Superintendencia deseaba desatender el precedente previamente esgrimido, tenía la obligación de motivar su decisión con alguna de las 3 causales enunciadas. Sin embargo, como en su sentencia no se observa motivación alguna referente a tener por acreditados los presupuestos de alguna de las causales habilitantes y taxativas para omitir un precedente, su sentencia debe ser revocada integralmente. Por este motivo, y sin perjuicio de lo que se expondrá a continuación, comedidamente se le solicita al Honorable Tribunal Superior de Bogotá que revoque la sentencia proferida el 02 de noviembre de 2021 por la Superfinanciera. En donde de manera equivocada, se apartó del precedente de sus superiores jerárquicos, sin motivar adecuadamente esa nueva postura y sin cumplir los requisitos jurisprudenciales para tal efecto.

#### 4.2. La Superintendencia Financiera de Colombia se apartó del precedente horizontal.

Ahora bien, resulta muy importante que el Tribunal Superior de Bogotá tome en consideración que no solamente la Superintendencia desatendió el precedente vertical de sus superiores jerárquicos, sino que, además, omitió dar aplicación al precedente horizontal de su mismo Despacho, que en casos análogos ha tomado decisiones diametralmente diferentes. Dicho de otro modo, la Superintendencia en su providencia omitió totalmente el precedente que ella misma ha desarrollado, y de manera equivocada, optó por modificar su postura sin cumplir los requisitos jurisprudenciales previamente anotados. Esto es, no indicó que su nueva tesis jurídico probatoria obedece a **(i)** cambios sociales que hagan necesario un ajuste en la jurisprudencia, **(ii)** cuando

encuentre que su jurisprudencia contradice “valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico” y (iii) cuando exista un cambio relevante en el ordenamiento jurídico legal o constitucional.

En este orden de ideas, resulta fundamental que se tome en consideración que existe una clara línea jurisprudencial desarrollada por la propia Superintendencia Financiera de Colombia, en donde ella ha indicado con total claridad, que la prueba conducente, pertinente y útil para probar el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co es el interrogatorio de parte. Es más, en sus sentencias se anulan los contratos de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado, al tener por demostrado cuál hubiera sido el nuevo pacto comercial, con el interrogatorio de parte rendido por el representante legal de la Compañía de Seguros. A continuación, se presentan cuatro sentencias, sin perjuicio de que, por supuesto existen muchas más, en donde la Superfinanciera le otorga total valor probatorio al interrogatorio de parte para acreditar el mencionado elemento subjetivo:

- *“(...) las causales por las que se fundan la nulidad relativa del contrato de seguro, que conforme a lo previsto en el artículo 1077 del Código de Comercio y el 1058 del mismo Código al que alude el extremo pasivo, corresponden al juicio de responsabilidad civil contractual, objeto de examen. Y respecto de ellas, también existe contundencia de las patologías acreditadas en este asunto, las cuales guardan total correspondencia con el análisis realizado por el procedimiento, que valoraron y calificaron los profesionales especialistas de la Junta Regional de Calificación del Nariño, a través del formulario del dictamen para la calificación de pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez de la señora Vitteri Alvarado. Calificación que se basó en el manual único para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional, consagrado en el Decreto 1507 del 12 de agosto de 2014, quienes técnicamente calificaron el grado de severidad de los antecedentes de la salud de la señora Vitteri, con los porcentajes respectivos por enfermedades de tejido conectivo en un 48.50%, por trastorno de ansiedad del 20%, por enfermedades vesiculares en 8.50%, por enfermedad valvular cardíaca en un 8%, por enfermedad valvular de miembros inferiores en un 8%, por enfermedad de tiroides en 7.50%, por desorden de tracto digestivo superior en un 5%. **Relevancia que igualmente corroboró la Representante Legal de la Compañía de Seguros, en esta vista pública, haciendo relación a las patologías de la asegurada, su relevancia e impacto en el riesgo a asegurar, por las cuales dicha compañía, conforme a sus políticas, de haberlas conocido al momento de realizar la suscripción del riesgo, no se habría emitido una póliza otorgando el amparo de incapacidad total y permanente.** Todo lo cual acredita las exigencias que se requieren para la prosperidad de la excepción que formuló, por cuenta de la nulidad relativa del contrato, por lo que conforme a lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso, cuando el juez encuentra probada una excepción, que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes. En consecuencia, se declarará probada la excepción que la aseguradora alegó, que tiene la virtualidad de enervar las pretensiones de esta litis. En ese orden de ideas, se denegarán las pretensiones de la demanda que se reclaman y, por consiguiente, la compañía de seguros tampoco deberá restituir a la parte actora el valor de las primas que han pagado, de conformidad con los artículos 1058 y 1059 del código de Comercio, según los cuales, el asegurador tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, cuando la reticencia o la inexactitud ha sido las causas de la rescisión del contrato. (...)”<sup>17</sup>.*

<sup>17</sup> Superintendencia Financiera, Delegatura para asuntos jurisdiccionales, Sentencia del 02 de septiembre de 2020. Expediente 2019-3652, Radicado 2019161098, Caso: Josefina Mariana Viteri Alvarado (C.C.27076557) vs BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y BBVA Colombia S.A.

- “(...) tratándose del estado del riesgo y su declaración por parte del asegurado, en el caso de una póliza vida grupo, al tenor de lo previsto en el artículo 1039 del Código de Comercio, al asegurado le corresponden aquellas obligaciones que no puedan ser cumplidas más que por el mismo, como en el presente caso, declarar el estado del riesgo que corresponde o tiene relación directa con su salud. La potestad de la práctica de los exámenes médicos que puede realizar la compañía de seguros. Previo a la inclusión del asegurado, tiene su origen facultativo en la misma Ley, artículo 1158, el Código de Comercio que se titula prescindencia de examen médico y declaración del estado del riesgo. Esta norma establece lo siguiente: “(...) 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 del lugar” Esto, en análisis del contrato es seguro, guarda entonces coherencia con que, no cualquier omisión conlleva a la nulidad del contrato de seguro perseguido, sino sólo aquellos hechos o circunstancias frente a los cuales, la aseguradora si hubiese retraído de asumir el riesgo o asumirlo en condiciones más onerosas, como lo prevé el artículo 1058 del Código del Comercio. Teniendo en cuenta las patologías y el conocimiento que el señor tenía sobre estas, las incapacidades preexistentes, el trámite de la calificación y todos lo surtido en esta audiencia, en donde, **como lo indicó la Representante Legal de la Compañía de Seguros en esta diligencia, bajo la gravedad del juramento, era necesario informar en el cuestionario de la declaración de asegurabilidad, el verdadero estado de salud, pudiendo desde ese momento conocer las condiciones de la contratación y que ya conocidas, después de toda la reclamación y todo el análisis de estas pruebas, según la valoración técnica del caso, como lo afirmó, esto hubiese cambiado las condiciones de la contratación de esta póliza, pues ésta se habría emitido excluyendo al demandante de la misma póliza. Es decir, no se hubiera amparado al demandante bajo la Póliza Vida Grupo No. 0110043. Esa fue la consecuencia que al interior de este proceso y luego de todo el estudio técnico del caso y la relevancia de las patologías no declaradas, se indicó en esta Delegatura por parte de la Representante Legal bajo la gravedad del juramento, todo lo cual acredita entonces las exigencias que se requieren para la prosperidad de la excepción que formuló la Compañía de Seguros de la nulidad relativa del contrato.** Teniendo esta, la virtualidad de llevar al traste todas las pretensiones de la demanda en lo que a la actividad aseguradora corresponde, por lo que se releva está Delegatura del análisis de los otros medios efectivos propuestos por la compañía, de conformidad con lo establecido en el artículo 282 del Código General del Proceso. (...)”<sup>18</sup>
- “(...) Sino que lo que se reprocha es que conociendo sus enfermedades, su estado de salud, haya omitido informarlo oportunamente a la aseguradora cuando diligenció y firmó la declaración de asegurabilidad en el mes de junio del año 2017. Y ciertamente, no cualquier omisión lleva a la nulidad del contrato de seguro perseguido, sino aquellos hechos y circunstancias frente a los cuales la aseguradora se hubiere retraído de asumir el riesgo o asumirlo en condiciones más onerosas, elemento que se acreditó por la aseguradora. Al respecto, en la objeción de la reclamación de fecha de 21 de marzo de 2019 la Compañía de seguros negó el amparo solicitado teniendo en cuenta que el asegurado omitió declarar las patologías que el actor había padecido y con base en las cuales como reza en la hoja No. 7 de la continuación del acta del Tribunal Médico Laboral TML 172462, para la solicitud de convocatoria del Tribunal Médico Laboral, el paciente se ratificó agregando la indicación de índices por separado de la lesión del sacrofasitis plantar y asignación de índices de amnea del sueño ; y que de haberse reportado seguramente estas patologías, indicó la aseguradora en la objeción no se hubiera aceptado la acepción del seguro o hubiere quedado supeditada a los resultados de los exámenes que la compañía hubiese realizado , pero como declaró no padecer ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal. **Al respecto, en la pasada diligencia al ser preguntado por este despacho al Representante**

<sup>18</sup> Superintendencia Financiera, Delegatura para asuntos jurisdiccionales, Sentencia del 06 de julio de 2020. Expediente 2019-3395, Radicado 2019148882, Caso: Edinson Medina Pascuas (C.C. 88188499) vs BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y BBVA Colombia S.A.

**Legal de la Compañía de Seguros en su interrogatorio de parte bajo la gravedad de juramento, este sostuvo en sus respuestas que la historia reportadas en la juntas médicas eran tan claras que no ameritaron un comité técnico de expertos que apoyaran al analista que se encargó de resolver este caso, y que de haber conocido los padecimientos del actor, los cuales solo pudieron conocerse con ocasión a la junta médica laboral con base en la cual solicita la afectación del seguro, no hubiera concedido el amparo de tipo en la póliza vida grupa deudores.** Así las cosas por configurarse los elementos de que trata el artículo 1058 del código de comercio, se tiene por acreditada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro alegada por la compañía de seguros, por lo que se declarará fundada la excepción propuesta en tal sentido y se releva este despacho de pronunciarse sobre los demás medios exceptivos propuestos por la compañía de seguros, denegando las pretensiones en lo que respecta a la relación contractual del demandante con BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. (...) <sup>19</sup>

- “Dado que no toda inexactitud en la información suministrada por el candidato asegurado genera la nulidad relativa del contrato por reticencia, sino solo aquellos hechos o circunstancias frente a las cuales a la aseguradora, como lo dispone el citado artículo 1058 del Código de Comercio, se hubiere retraído de asumir el riesgo o de asumirlo en condiciones más onerosas. Para su acreditación obra en el plenario, la comunicación del 21 de julio de 2017, que fue dirigida a la señora Luz Mercedes Pareja Beltrán, en la cual se indica: “En efecto, de la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca. Pero en este caso, no se declaró ningún antecedente y de haberse reportado, seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada o supeditada a los resultados de los exámenes que la compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer de ninguna afectación o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal”. **Además de lo expresado por el Representante Legal Judicial de la Entidad, que indicó expresamente en el interrogatorio de parte, que si la compañía hubiera tenido conocimiento de esos antecedentes médicos y quirúrgicos del señor Amaury, no hubiera concedido el amparo o lo hubiera extralimitado en un 150%.** Y como se ha demostrado en el curso de esta actuación, la posición esgrimida por la aseguradora no guarda relación con la causa de la muerte del señor Escobar, sino con las circunstancias de salud y quirúrgicas que ya refería para el 31 de agosto del 2016, por las que de manera clara y explícita se le preguntó respecto del cuestionario que firmó, en el cual se le enunciaron además las consecuencias de cualquier omisión de salud, inexactitud o reticencia y que aun así no declaró. Se declarará la nulidad relativa de contrato por reticencia, recordando que en los términos del Código de Comercio, en los artículos 1058 y 1059, la entidad aseguradora está autorizada para retener la totalidad de la prima a título de pena, atendiendo la esencia de la reticencia de este tipo de contrato. (...) <sup>20</sup>”

A partir de todo lo anterior, no queda ninguna duda relacionada con que la Superintendencia Financiera de Colombia ha creado una línea jurisprudencia sumamente clara, en la que sostuvo la tesis jurídico probatoria relacionada con que el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co, se acredita totalmente con el interrogatorio de parte del representante legal del asegurador. En otras palabras, la Superfinanciera en sus providencias, como quedó absolutamente demostrado a partir de las transcripciones anteriores, ha declarado la nulidad relativa de los contratos de seguro, teniendo como base la declaración bajo la gravedad de

<sup>19</sup> Superintendencia Financiera, Delegatura para asuntos jurisdiccionales, Sentencia del 25 de noviembre de 2019. Expediente 2019-1059, Radicado 2019040614, Caso: Germán Rodríguez Osorio (C.C. 91279898) vs BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y BBVA Colombia S.A.

<sup>20</sup> Superintendencia Financiera, Delegatura para asuntos jurisdiccionales, Sentencia del 03 de agosto de 2018. Expediente 2017-2213, Radicado 2017129581, Caso: Luz Mercedes Pareja Beltrán (C.C. 45461540) vs BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

juramento, que en el interrogatorio de parte ha rendido el representante legal de la compañía de seguros.

Sin embargo, pese a la existencia de la línea jurisprudencial previamente anotada, la cual constituye un precedente horizontal vinculante, máxime, cuando proviene exactamente del mismo Despacho. La Superintendencia en su sentencia del 02 de noviembre de 2021 se apartó totalmente de su propio precedente, lo que terminó en la transgresión de los derechos constitucionales de mi representada de la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad. Como se ha venido explicando, si el juzgador deseaba omitir totalmente un precedente que él mismo ha creado y desarrollado, tenía la obligación de presentar una carga argumentativa, que según la Corte Constitucional, debe enfocarse en demostrar que la decisión consistente en desatender un precedente deviene de **(i)** cambios sociales que hagan necesario un ajuste en la jurisprudencia, **(ii)** cuando encuentre que su jurisprudencia contradice “valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico” y **(iii)** cuando exista un cambio relevante en el ordenamiento jurídico legal o constitucional.

No resulta plausible, porque con ello se transgrede el principio de seguridad jurídica, que un operador judicial que ha tenido por demostrado en múltiples oportunidades el elemento subjetivo contenido en el artículo 1058 del C.Co a través del interrogatorio de parte rendido bajo la gravedad del juramento, que en una sentencia opte por apartarse del analizado precedente, sin presentar una motivación que sustente semejante decisión. Por tal motivo, es que la sentencia de fecha del 02 de noviembre de 2021 debe revocarse integralmente, no solamente por cuanto conculca los derechos de la Compañía de Seguros, sino además, toda vez que con ella se fractura un precedente horizontal uniforme que proviene del mismo Despacho judicial.

En conclusión, comedidamente se le solicita al Honorable Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá que revoque integralmente la sentencia de fecha del 02 de noviembre de 2021 proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia, toda vez que con ella se desatendió el precedente vertical de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia y de la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá, así como también el precedente horizontal de la propia Superfinanciera. En consecuencia, y tomando en consideración que el juzgador de primera instancia no motivó las razones para apartarse de los citados precedentes, se evidencia una falencia muy importante en la sentencia, que no deja otro camino diferente a revocarla, para así proteger los derechos constitucionales relativos a la buena fe, seguridad jurídica, confianza legítima e igualdad.

A pesar de todo lo anteriormente expuesto, la Superintendencia Financiera de Colombia en su sentencia del 02 de noviembre de 2021 negó la excepción de nulidad relativa de los contratos de seguro y resolvió declarar civilmente responsable a mi procurada, aun cuando el negocio jurídico aseguratorio estaba viciado con nulidad.

##### **5. LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA OMITIÓ DECLARAR LA EVIDENTE NULIDAD DE LAS VINCULACIONES AL CONTRATO DE SEGURO, COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.**

Es fundamental que el Honorable Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá tome en consideración que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) fue reticente, debido a que en el

momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de otorgar un amparo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras, y en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**”<sup>21</sup>.*

(Subrayado fuera del texto original)

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la Asegurada (Q.E.P.D), conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. La Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que **(i)** la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y **(ii)** que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

*“Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual*

---

<sup>21</sup> BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

*significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo.*

*Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación.*

**En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro.** (Subrayado fuera del texto original)

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

*“En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.*

*Pese a lo anterior, **en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado**, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro** o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora”.* (Subrayado fuera del texto original)

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

*“Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las “declaraciones de asegurabilidad” de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001, **se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo.***

*Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”<sup>22</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del año 2017, la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”<sup>23</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa consagrada en el artículo 1058 del C.Co, analizando lo siguiente:

*“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, **si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.***

---

<sup>22</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

<sup>23</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

*Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.*

*En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.*

*Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.<sup>24</sup>” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

No obstante, y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del C.Co. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

*Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador,** puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra,** es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es,*

---

24 Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01.

*llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.***

En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte, involucra toda una serie de elementos y entendimientos que deben ser tomados en cuenta en el momento de estudiar el fenómeno de la reticencia. Los elementos más representativos y dicentes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el 05 de noviembre de 2013, fecha en la cual la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la Asegurada (Q.E.P.D.) las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de noviembre del año 2013, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas negativas y falsas del Asegurado (Q.E.P.D.), y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- Declaración de asegurabilidad que data del 05 de noviembre de 2013:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD		
(TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO EN FORMA CLARA, SIN USAR RAYAS NI COMILLAS)		
ESTATURA: <u>1.58</u>	Cms. PESO: <u>60</u>	Rgs. DEPORTES QUE PRACTICA: <u>caminata</u>
FUMA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA DIARIAMENTE _____	
	SI	NO
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?		
ANSTORNIOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS		<input checked="" type="checkbox"/>
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO		<input checked="" type="checkbox"/>
DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO		<input checked="" type="checkbox"/>
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA		<input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMEDADES DEL SAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS		<input checked="" type="checkbox"/>
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN		<input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS		<input checked="" type="checkbox"/>
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO		<input checked="" type="checkbox"/>
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO		<input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		<input checked="" type="checkbox"/>
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE		<input checked="" type="checkbox"/>
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? Caso positivo indique el resultado.		<input checked="" type="checkbox"/>
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?		<input checked="" type="checkbox"/>
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:		
SEGURO GRUPO DEUDORES Y/O ENDOSADO _____ CERTIFICADO DE ASEGURABILIDAD _____  		
MO2630000000608399600148442 <span style="margin-left: 200px;">MO2630000000608399600148442</span>		

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que la Asegurada (Q.E.P.D.) había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de otorgar un amparo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que la honorable Superintendencia Financiera tenga en cuenta que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) no informó que padecía de diabetes mellitus, hiperlipidemia mixta y glaucoma, patologías sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador. A continuación, se muestran los fragmentos más representativos de la historia clínica, en los cuales queda acreditado que estas enfermedades son anteriores al mes de noviembre del año 2013, fecha en que se suscribió el certificado individual de seguro:

• **DIABETES MELLITUS:**

Fecha 14/05/2012 Hora 13:16  
CONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADA  
• TITULO DE CONSULTA  
ASISTENCIA, ADINAMIA

• ENFERMEDAD ACTUAL  
PACIENTE DIABETICA EN TRATAMIENTO, CON POLIFARMACIA REFIERE PERIODOS DE ANSIEDAD POR LA COMIDA.

• CAUSA EXTERNA  
ENFERMEDAD GENERAL

• EXAMEN FISICO  
TA 120/70 P 61 KG BUEN ESTADO GENERAL, CUELLO SIN MASAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO SIN MASAS, EXTREMIDADES SIN EDEMA PULSOS PEDIOS Y TIBIALES POSTERIORES NORMALES, SNC SIN DEFICIT.

• ANALISIS  
DIABETICA CON POLIFARMACIA SE REEMPLAZA HIPOGLICEMIANTE ORALES ACTUALES ( 5 TABLETAS ) POR UNA TABLETA DE GLIMEPIRIDE / METFORMINA TABL. POR 2/1000 MG PERMANENTE

• DIAGNOSTICO  
E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION ✓  
Relacionado 1:E785-HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA

Documento: Historia Clínica E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán - Socorro.

Transcripción parte esencial: "**Fecha y hora de registro 14/05/2012 13:16**

(...)

Diagnostico

(...)

**E 119 – DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN**

(...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que desde el año 2012, la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) fue diagnosticada con diabetes mellitus. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de diabetes mellitus no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica de la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad. En este sentido, basta con analizar su información médica del año 2017, en donde se observa claramente registro de diabetes mellitus, lo que indiscutiblemente significa, que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por más de 5 años, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó:

• SALIDA  
• DIAGNOSTICO DE EGRESO  
E139-OTRAS DIABETES MELLITUS ESPECIFICADAS SIN MENCION DE COMPLICACION  
• DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

Documento: Historia Clínica E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán - Socorro.

Transcripción parte esencial: "**Fecha y hora de registro 08/03/2017 14:30**

(...)

*Diagnostico*

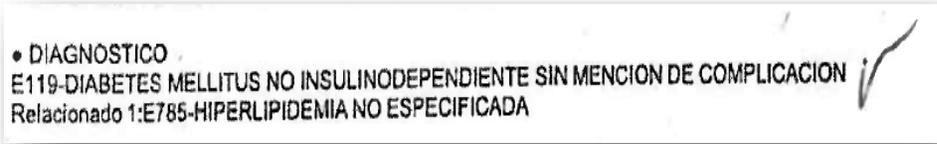
(...)

**E 139 – OTRAS DIABETES MELLITUS ESPECIFICADAS SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN**

(...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de diabetes mellitus es una enfermedad prolongada en el tiempo que cuenta con una multiplicidad de registros en los fragmentos de la historia clínica que obran en el expediente. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

- **HIPERLIPIDEMIA:**



• DIAGNOSTICO  
E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION  
Relacionado 1:E785-HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA

Documento: Historia Clínica E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán - Socorro.

Transcripción parte esencial: "**Fecha y hora de registro 14/05/2012 13:16**"

(...)

*Diagnostico*

(...)

**E 785 – HIPERLIPIDEMIA**

(...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que desde el año 2012, la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) fue diagnosticada con hiperlipidemia. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de hiperlipidemia no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad. En este sentido, basta con analizar su información médica del mes de enero del año 2012, en donde se observa claramente registro de hiperlipidemia, lo que indiscutiblemente significa, que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por más de un año previo al perfeccionamiento de su aseguramiento, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó:

## IMPRESION DIAGNÓSTICA

Diagnóstico principal : H409 Glaucoma, no especificado  
Tipo de diagnóstico : CONFIRMADO REPETIDO  
Diagnóstico secundario 1 : H335 Otros desprendimientos de la retina  
REMITIDO A: OFTALMOLOGIA

Documento: Historia Clínica U.T. Res Integrada FOSCAL

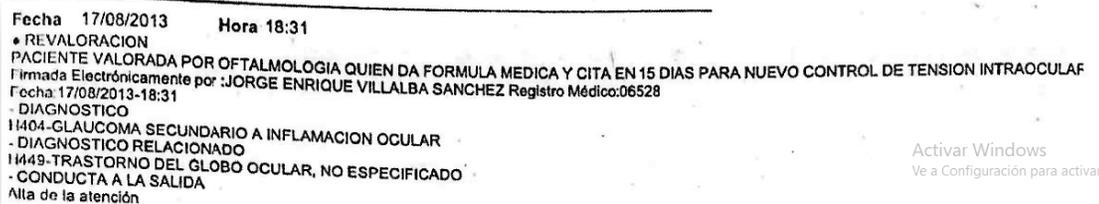
Ciudad y fecha: Bogotá, **31/01/2012**

Transcripción parte esencial: "Impresión diagnostica"

Diagnostico principal: H409 **Glaucoma** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de hiperlipidemia es una enfermedad prolongada en el tiempo que cuenta con una multiplicidad de registros en los fragmentos de la historia clínica de la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.). En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

- **GLAUCOMA:**



Documento: Historia Clínica E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán - Socorro.

Transcripción parte esencial: "**Fecha y hora de registro 17/08/2013 18:31**

(...)

Diagnostico

(...)

**11404 - GLAUCOMA SECUNDARIO A INFLAMACIÓN OCULAR**

(...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que desde el año 2013, la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) fue diagnosticada con glaucoma. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de glaucoma no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) se

evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad. En este sentido, basta con analizar su información médica del mes de enero del año 2012, en donde se observa claramente registro de glaucoma, lo que indiscutiblemente significa, que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por más de un año previo al perfeccionamiento de su aseguramiento, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó:

#### IMPRESION DIAGNÓSTICA

Diagnóstico principal :	H409 Glaucoma, no especificado
Tipo de diagnóstico :	CONFIRMADO REPETIDO
Diagnóstico secundario 1 :	H335 Otros desprendimientos de la retina
REMITIDO A:	OFTALMOLOGIA

Documento: Historia Clínica U.T. Res Integrada FOSCAL

Ciudad y fecha: Bogotá, **31/01/2012**

Transcripción parte esencial: "Impresión diagnóstica"

*Diagnóstico principal:* H409 **Glaucoma** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de glaucoma es una enfermedad prolongada en el tiempo que cuenta con una multiplicidad de registros en los fragmentos de la historia clínica de la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.). En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) padecía diabetes mellitus, hiperlipidemia y glaucoma con anterioridad al mes de noviembre del año 2013, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y **(ii)** que estas patologías son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C.Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C-232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

“Séptima. - Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.

*En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.*

**Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador.** En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. *Teoría General del Seguro - El Contrato*, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co, no es necesario acreditar una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual, lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye la diabetes mellitus, hiperlipidemia y el glaucoma anteriormente referidos, y que por supuesto la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) debió informar. Lo anterior, ya que, de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de otorgar un amparo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Expresamente se le preguntó, lo siguiente:

(...)

*¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes, aparatos, sistemas u órganos?*

(...)

*Bocio, **diabetes** o enfermedades del sistema endocrino*

(...)

***Enfermedades en los ojos**, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos*

(...)

***¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?*** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente **(i)** que a pesar de que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) había sido diagnosticada con “*diabetes mellitus*” desde hace varios años atrás, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaban por “*diabetes*”, **(ii)** que pese a que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) había sido diagnosticada con “*glaucoma*”, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban por “*enfermedades en los ojos*” y **(iii)** que aunque que padecía de sendas enfermedades, negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) padecía y conocía de la existencia de su diabetes mellitus, hiperlipidemia y glaucoma. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario sus enfermedades le fueron preguntadas expresamente.

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que la señora Lucia Galvis Quiroga (Q.E.P.D.) no informó a mi procurada de la existencia de su diabetes mellitus, hiperlipidemia y glaucoma en el momento en que suscribió su declaración de asegurabilidad en el mes de noviembre de 2013. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de su aseguramiento en los términos del artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con sendas patologías.

En síntesis, la señora Lucía Galvis (QEPD) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobraban fundamental relevancia, debido a que algunas de las enfermedades que el Accionante negó en el momento de sus inclusiones en dicho contrato, fueron la causa en mayor medida la diabetes mellitus, hiperlipidemia y glaucoma. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de las vinculaciones al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Por consiguiente, solicito respetuosamente al Tribunal Superior de Bogotá revocar integralmente la sentencia proferida el 02 de noviembre de 2021 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, en donde de manera equivocada se declaró la responsabilidad civil y contractual en cabeza de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, respecto del contrato de seguro vida grupo deudores asociados a la obligación crediticia terminada en No. 8442 contraída por la señora Lucía Galvis (QEPD), con el Banco BBVA Colombia S.A. Para que, en su lugar, declare probada la excepción de nulidad relativa, y consecuentemente, desestime la totalidad de las pretensiones de la demanda.

## II. PETICIONES

1. Comedidamente solicito se **REVOQUE** integralmente la sentencia proferida el 02 de noviembre de 2021 por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, en donde de manera equivocada se declaró la responsabilidad civil y contractual en cabeza de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, respecto del contrato de seguro de vida grupo deudores asociado a la obligación crediticia No. 8442 contraída por la señora Lucía Galvis (QEPD), con el Banco BBVA Colombia S.A.
2. En su lugar, comedidamente solicito se **DECLAREN** probadas las excepciones propuestas por la Compañía de Seguros intituladas “Nulidad de las Vinculaciones al contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del Asegurado” y “BBVA Seguros de Vida S.A tiene la facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la reticencia del contrato de seguro”.
3. Como consecuencia de la anterior petición, comedidamente solicito se **NIEGUEN** totalmente las pretensiones de la demanda, y se **CONDENE** en costas y agencias en derecho en doble instancia a la parte Demandante, en favor de la entidad Demandada.

De los Honorables Magistrados, atentamente,



**CAMILO ANDRES MENDOZA GAITAN**  
C.C. No 1.026.270.069 de Bogotá D.C.  
T. P. No. 246.692 del C.S.J.

**JUZGADO 25 CIVIL CIRCUITO DE BOGOTÁ**

**SECRETARÍA**

Bogotá D.C. 13 de mayo de 2022

**TRASLADO No. 005/T-005**

**PROCESO No. 110010800008210075101**

**Artículo: 110**

**Código: Código General del Proceso**

**Inicia: 16 de mayo de 2022**

**Vence: 20 de mayo de 2022**

**KATHERINE STEPANIAN LAMY**

Secretaria