

Señores

JUZGADO CUARTO (4º) CIVIL DEL CIRCUITO

VALLEDUPAR – CESAR

E. S. D.

REF: PROCESO VERBAL

DEMANDANTE: JAVIER ANTONIO BAQUERO ESCOBAR

DEMANDADO: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

RAD: 20001310300420210024300

ALEXANDER GOMEZ PEREZ, varón, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1129.566.574 de Barranquilla (Atlántico), abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 185.144 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado judicial de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.** de conformidad con el poder especial, amplio y suficiente, debidamente otorgado por la Doctora **MARIA DE LAS MERCEDES IBAÑEZ CASTILLO**, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, actuando en su calidad de Representante Legal de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, todo lo cual acredito con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, que se anexa con el presente escrito; al señor Juez, respetuosamente le manifiesto que, procedo dentro del término de traslado que se le concediera a mi representada, a contestar la demanda en los siguientes términos:

Que se me reconozca personería para actuar, como apoderado judicial de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, con plenas facultades para actuar dentro de todas y cada una de las diligencias que se practiquen dentro del presente proceso.

SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

En cuanto a los hechos de la demanda, me pronuncio de la siguiente manera y enumerándolos de la misma forma en que el apoderado demandante lo hace en su escrito de demanda:

AL HECHO PRIMERO: No es cierto tal como lo plantea la apoderada del demandante, toda vez que la póliza No. 2801005000001 fue suscrita en calidad de tomador por el Banco Davivienda, y no por el señor Javier Baquero, sino que este fue incluido en calidad de asegurado dentro de la referida póliza de seguro.

AL HECHO SEGUNDO: No es cierto, toda vez que tal y como se encuentra consignado dentro del certificado individual de la póliza de vida grupo No. 2801005000001 el pago de la suma correspondiente a la prima del seguro anual, es por el valor de \$1.194.000 y no por valor de \$597.0000 como lo afirma erróneamente en este hecho la apoderada del demandante.

AL HECHO TERCERO: Es cierto. Sin embargo, es menester anotar que la referida póliza de seguro se encuentra sujeta a las condiciones particulares y generales que se pactaron con el tomador al momento de la suscripción.

AL HECHO CUARTO: Es cierto, sin embargo, es menester anotar que la referida póliza de seguro se encuentra sujeta a las condiciones particulares y generales que se pactaron con el tomador al momento de la suscripción.

AL HECHO QUINTO: Manifiesto al despacho que no le consta a mi representada lo manifestado en este hecho, dado que no fue participe ni tuvo conocimiento de la valoración realizada al demandante. En ese sentido, me atengo a lo probado una vez agotadas todas las etapas del proceso de marras.

AL HECHO SEXTO: Manifiesto al despacho que no le consta a mi representada lo manifestado en este hecho, dado que no fue participe ni tuvo conocimiento de la valoración realizada al demandante. En ese sentido, me atengo a lo probado una vez agotadas todas las etapas del proceso de marras.

AL HECHO SEPTIMO: No es cierto, toda vez que conforme a lo pactado en las condiciones del contrato de seguro, no es procedente la afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente de la póliza de seguro referenciada solamente con el dictamen de pérdida de capacidad laboral y con que se encuentra vigente la póliza, dado que es necesario que se haya pagado oportunamente la prima del seguro y que no se haya incurrido en retención, lo cual hizo el señor Javier Baquero al no haber declarado su verdadero estado de salud al momento de solicitar su inclusión al seguro.

AL HECHO OCTAVO: Es cierto, el señor JAVIER BAQUERO presentó reclamación ante mi representada en aras de afectar la póliza de seguro No. 2801005000001.

AL HECHO NOVENO: Es cierto, mi representada objetó de manera seria y fundada la reclamación presentada por el señor JAVIER BAQUERO, por haber incurrido en retención al ocultar información relevante sobre su verdadero estado de salud al momento de su inclusión en el grupo de asegurados de la póliza de vida grupo referenciada, y asimismo, el contrato de seguro se terminó automáticamente de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 1045 y 1152 del código de comercio por mora en el pago de la prima.

AL HECHO DECIMO: No es cierto, dado que en primer lugar, al ser este un seguro de vida grupo, quien lo suscribe en calidad de tomador es el Banco Davivienda, a quien a su vez, al momento de solicitar la inclusión del señor JAVIER BAQUERO en calidad de asegurado dentro del grupo asegurado, suministra al solicitante toda la información y la documentación respectiva acerca del seguro, y prueba de ello es el certificado individual de la solicitud del seguro dentro del cual se encuentra la firma del demandante.

AL HECHO DECIMO PRIMERO: Este no es un hecho, sino el cumplimiento del requisito de procedibilidad para acudir a la jurisdicción ordinaria.

AL HECHO DECIMO SEGUNDO: Nada de lo afirmado en este punto es cierto, por lo cual mi representada se opone desde ya por no tener asidero fáctico, ni jurídico, el apoderado de la parte demandante se limita a realizar afirmaciones sin ningún tipo de respaldo probatorio al manifestar que al hoy demandante

no se le practicaron exámenes de ingreso. Resulta el apoderado de la parte demandante desconocedor de las normas que regulan el contrato de seguro, más exactamente en lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, más cuando el seguro es un contrato peculiar, fundado bajo el apotegma de la buena fe, elevada a su máxima expresión; el carácter de *uberrimae bona fidei* le da la connotación particular de la que se anota, de tal suerte que el tomador del seguro debe en todas las etapas contractuales obrar de buena fe, lo cual de no hacerse y de omitir circunstancias que agraven o modifiquen el estado del riesgo, genera la nulidad relativa de dicho contrato, como ocurrió en este caso, cuando la demandante omitió declarar antecedentes médicos que conocidos por el asegurado lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o hacerlo en condiciones más onerosas.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

En cuanto a las pretensiones de la demanda, me opongo a todas ellas por no tener fundamento fáctico, lo que significa que, para la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., no existe obligación de pagar sumas de dinero al demandante por los hechos materia de la presente demanda

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Con el propósito de oponerme a las pretensiones de la demanda, formulo con el carácter de perentorias las siguientes excepciones de mérito:

OBJECION FRENTE AL JURAMENTO ESTIMATORIO REALIZADA POR EL DEMANDANTE

Por medio del presente manifiesto al despacho, que OBJETO la liquidación de la cuantía realizada por el apoderado de la demandante en su escrito de demanda, dado a que, se deben recaudar las pruebas que respalden su afirmación, pues no basta solo con pedir sumas de dinero al demandado, sin la prueba necesaria de las pretensiones.

Es así como el artículo 1080 del código de comercio establece que:

“EL ASEGURADOR ESTARÁ OBLIGADO A EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO O BENEFICIARIO ACREDITE, AÚN EXTRAJUDICIALMENTE, SU DERECHO ANTE EL ASEGURADOR DE ACUERDO AL ARTÍCULO 1077. VENCIDO ESTE PLAZO, EL ASEGURADOR RECONOCERÁ Y PAGARÁ AL ASEGURADO O BENEFICIARIO, ADEMÁS DE LA OBLIGACIÓN A SU CARGO Y SOBRE EL IMPORTE DE ELLA, UN INTERÉS MORATORIO IGUAL AL CERTIFICADO COMO BANCARIO CORRIENTE POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA AUMENTADO A LA MITAD (...)”

Con fundamento en la norma anterior, se tiene que la estimación de la cuantía realizada por el apoderado de la demandante es injusta, irrazonada y ajena a la realidad, toda vez que mi representada no se encuentra obligada a pagar la indemnización reclamada en el presente caso, y en ese sentido, tampoco se encuentra obligada a pagar intereses sobre el valor reclamado, toda vez que al haber sido objetada la reclamación del demandante de manera seria y fundada por incurrir en reticencia, y adicional a ello, por encontrarse terminado el contrato de seguro por mora en el pago de la prima, no nació ninguna clase de

obligación en cabeza de mi representada de la cual se pudieran derivar los intereses moratorios reclamados.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia en la Sentencia SC-1916 del 2018 manifestó lo siguiente:

“La falta de una reclamación ajustada a la ley tendrá como consecuencia impedir la constitución en mora de la aseguradora, siendo necesario esperar a la reconvención judicial para alcanzar este afecto, por lo que hasta este momento no podrá ser obligada al pago de intereses o indemnizaciones suplementarias, en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio, ya que «el monto líquido de la prestación es presupuesto estructural de la obligación de pagar el capital asegurado y de la mora (in illiquidis mora non fit), razón por la cual, en ausencia de comprobación, no es exigible ni la indemnización ni la sanción moratoria” (subrayado fuera de texto original)

Dicho lo anterior, se tiene que hasta tanto se cumplan los dos requisitos establecidos en el artículo 1080 del Código de Comercio los cuales son: i) la reclamación donde se solicite en debida forma el pago de la prestación asegurada, y ii) la finalización del mes de plazo dentro del cual la aseguradora debe dar respuesta a la reclamación; la aseguradora no está en la obligación de pagar intereses corrientes ni moratorios.

Es menester resaltar que, al incoar el respectivo libelo, la parte actora realiza el estimativo del perjuicio irrogado bajo la gravedad de juramento; de tal suerte que, ante una tasación excesiva de la cuantía, las sanciones procesales se hacen evidentes. Ante la estimación excesiva del perjuicio debe darse plena aplicación al artículo 206 del Código General del Proceso, el cual reza:

“Juramento estimatorio. Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación.

Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta por ciento (50%) a la que resulte probada, se condenará a quien hizo el juramento estimatorio a pagar al Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, o quien haga sus veces, una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia entre la cantidad estimada y la probada.” (subrayado fuera del texto original).

Solicito a usted señor juez, respetuosamente, tener en cuenta el presente argumento a fin de ordenar que se regule la estimación de los perjuicios reclamados, bajo la premisa cierta de que resultan excesivos y notoriamente injustos a la contraparte.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Con el propósito de oponerme a las pretensiones de la demanda, formulo con el carácter de perentorias las siguientes excepciones de mérito:

1. TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA PÓLIZA DE SEGURO No. 2801005000001 POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA.

El seguro es un contrato oneroso, que no puede concebirse sin el aporte de los asegurados que son los que le permiten al asegurador pagar las prestaciones originadas en los eventos asegurados, por lo cual, como lo señala el ordinal 8º. del artículo 1047 del C. de Co., en la póliza se debe señalar *"la prima o el modo de calcularla y la forma de su pago"*, es de anotar que la prima es un elemento esencial del contrato de seguro, de lo cual su ausencia hará que el contrato no produzca efecto alguno.

El Código de Comercio en su artículo 1068, modificado por el artículo 82 de la ley 45 de 1990, reza lo siguiente:

"(..) Art. 1068. La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato (...)."

En cuanto a la mora en el pago de la prima del seguro, es necesario tener presente, que por disposición legal esta produce la terminación automática del mismo, terminación que se genera desde el momento en que se presenta la mora en el pago de la prestación. No sobra igualmente tener claro, que con relación a la terminación automática del contrato de seguro por mora en el pago de la prima, no es necesario de acuerdo a la nueva legislación mercantil (artículo 1068 del Código de Comercio, modificado por la ley 45 de 1990, art. 82), por parte de la compañía de seguros, realizar ningún tipo de pronunciamiento o comunicación al tomador del seguro, a cerca de la mora en que este haya incurrido, toda vez que la terminación del contrato opera por ministerio de la ley, es decir no requiere envió de comunicación o acto expreso por parte del asegurador².

La Corte constitucional, expuso lo siguiente:

"Dicha reforma fue declarada exequible por la Corte Constitucional en la Sentencia C-269 de 1999. Allí conoció de una demanda presentada contra el artículo 82 de la Ley 45 de 1990 por una presunta vulneración al derecho a la igualdad entre las partes contratantes y al debido proceso, bajo el argumento de que la supresión del trámite de notificación le impedía al tomador y/o asegurado realizar acciones tendientes a mantener la protección contratada.

Después de señalar que la prima es un elemento esencial del contrato de seguro y la obligación principal del tomador, la Sala Plena recordó la exposición de motivos y las discusiones que atravesó la Ley 45 de 1990. A este respecto, puso de presente cómo el Legislador intencionalmente suprimió el requisito de notificación con el propósito de garantizar los principios de buena fe, diligencia, equilibrio e igualdad, evitando que una de las partes pudiera beneficiarse del contrato y exigir a la otra su cumplimiento, mientras ella misma no cumplía con sus propias obligaciones por mala fe, torpeza, negligencia o descuido. Teniendo en cuenta que dicha consecuencia goza de la publicidad necesaria para que todos los interesados la conozcan y

actúen en consecuencia, la Corte consideró constitucionalmente admisible que, dada la naturaleza bilateral y onerosa del contrato de seguro, operara la condición resolutoria tácita de manera automática sin necesidad de ningún tipo de aviso para sancionar el incumplimiento. Específicamente, concluyó lo siguiente:

“[L]a finalidad de la reforma legal que hoy se acusa, con la sanción implementada para el incumplimiento del tomador por el no pago de esa prima, alivia en forma inmediata la carga del asegurador y lo libera de su obligación de continuar asumiendo el riesgo asegurado y, en consecuencia, si bien sanciona al tomador por la actuación despreocupada en el cumplimiento de sus obligaciones frente al contrato y al asegurador, de la misma manera impide que en mayor escala se genere un colapso en el sector que atente gravemente contra su solvencia financiera y ponga en peligro los derechos e intereses de todos los que participan en ella, en clara protección de ese interés público que la misma encierra, lo que constituye un desarrollo acorde con la Carta Política”.

Al respecto la Corte Suprema de Justicia³, ha expuesto lo siguiente:

“Justamente, como consecuencia de la indivisibilidad del contrato de seguros, la mora en el pago de la prima, ya sea de la póliza o de sus certificados o anexos, genera la terminación automática de aquel, conforme se desgaja del citado artículo 1068, según el cual „la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato” (destaca la Corte). Obsérvese que el legislador utiliza la conjunción disyuntiva „o” al relacionar los conceptos cuya mora en su cancelación origina la extinción de la convención; además, expresamente dispone que lo que se termina es el contrato”, interpretación que acompasa con las normas que aluden a su unidad.”

En el presente asunto encontramos el contrato de seguro recogido en la póliza de seguro No. 2801005000001 expedida por COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., dentro de la cual se estableció como tomador la sociedad BANCO DAVIVIENDA S.A. y como asegurado y beneficiario el señor JAVIER BAQUERO.

Dentro de la póliza de seguro No. 2801005000001, se estableció que el pago de la prima se recaudaría semestralmente, y que la vigencia de la póliza iniciaría el 02 de marzo de 2019, fecha desde la cual se otorgaron los amparos contratados, sin embargo, desde el 03 de marzo de 2019 no se realiza pago alguno, teniendo por consecuencia la terminación automática del contrato de seguro por mora en el pago de la prima.

Tal como se expuso anteriormente, a partir de la Ley 45 de 1990 el contrato de seguro termina automáticamente por el solo hecho de la mora, por ministerio de la ley, por lo tanto, el pago de la misma, recibido por la aseguradora mecánicamente a través de cualquiera de sus oficinas y por cualquier funcionario suyo o por el intermediario, pueda considerarse que purga la mora y, en consecuencia, hace desaparecer el efecto de la terminación del contrato.

En suma, se colige, que, acaecida la mora en el pago de la prima, absoluta o parcial, el contrato de seguro, entendido como un todo, termina automáticamente y deja, por ende, desde ese mismo momento, el de la mora, de producir los efectos que le son propios y que con su celebración buscaron para sí las partes.

Por lo antes expuesto, solicito a su señoría declare probada esta excepción y se absuelva a mi representada de las pretensiones contenidas en la demanda.

2. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

En materia de seguros en general el fenómeno jurídico de la prescripción se encuentra inmerso en el Artículo 1081 del Código de Comercio, el cual dispone:

“La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido conocer el hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Negritas y subrayado fuera del texto original).

De acuerdo con la norma anterior, es importante tener en cuenta que por “interesado” y “toda clase de personas” debe entenderse que se hace referencia al tomador, asegurado, beneficiario y asegurador, en el sentido de que contra estos sujetos es que corre el término de prescripción, bien sea en la modalidad de ordinaria o extraordinaria.

Al respecto, la Superintendencia Financiera de Colombia, en Concepto No. 1999035395-2 de agosto 20 de 1999 sobre el momento en que empieza a correr el término de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, puntualizó lo siguiente:

“Definida la identidad de las dos expresiones aludidas con el concepto “siniestro”, tenemos que cuando se trata de acciones dirigidas a exigir del asegurador la indemnización pactada por haber operado el amparo, el término de prescripción ordinaria empezaría a contar desde el momento en que el asegurado o el beneficiario conocieron o han debido conocer el siniestro, de tal suerte que si el conocimiento ocurrió el mismo día, desde ese momento empieza a computar el término de prescripción; si por el contrario, conocieren su ocurrencia en una fecha posterior, y no existe razón alguna para que lo hubiesen conocido antes, sería a partir de la fecha de tal conocimiento cuando empiezan a correr los dos años de la prescripción.” (subrayado y negrilla fuera de texto original)

Bajo este criterio, en el caso de los seguros de vida en los cuales se ampara la incapacidad total y permanente se tiene que el término de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro empieza a correr desde el momento en que el asegurado o beneficiario tiene conocimiento de la estructuración de la pérdida de capacidad laboral emitida a través del dictamen, el cual es expedido por la entidad competente para ello.

Asimismo, sobre este respecto el tratadista Héctor Fabio López Blanco destaca lo siguiente:

*“el alcance global del numeral regulador de la prescripción extraordinaria, en lo relativo al cómputo, es por completo distinto del de la ordinaria, ya que en aquella lo que se tiene en cuenta es el momento en que ocurrió el siniestro, independientemente de si conoció o debió conocer, **mientras que en la prescripción ordinaria la base para el cómputo de los dos años es el momento en que se tuvo, o debió tenerse, conocimiento del hecho que da base a la acción, es decir, del siniestro**”.* (negrilla y subrayado fuera de texto original)

Concuerda la manifestación del tratadista con el concepto emitido por la Superfinanciera a fin de determinar el momento desde el cual se debe realizar el cómputo del término de prescripción ordinaria (la que interesa en el presente caso) el cual es de dos (2) años, en que para dicho cómputo se toma como base el momento en que el interesado (en este caso el señor JAVIER BAQUERO quien es el asegurado) tuvo conocimiento del siniestro (La incapacidad total y permanente).

En ese sentido, conforme lo narran los hechos de la demanda y sus anexos, se puede evidenciar de forma palmaria que el hecho que da base a la acción tuvo lugar el 28 de noviembre de 2017, fecha en la cual se emitió el dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor JAVIER BAQUERO.

En consideración a la norma precitada, se puede inferir, sin temor a equívocos, que la acción fue incoada mucho después del término que contempla el artículo 1081 del C. de Co., tal cual reza en el expediente, es decir, pasados dos (2) años contados desde el momento en que el interesado tuvo conocimiento del hecho que da base a la acción (28 de noviembre de 2017), puesto que la solicitud de conciliación prejudicial fue apenas realizada en el año 2020, y la posterior presentación de la demanda fue en el año 2021, habiendo transcurrido más de los dos (2) años contemplados por la norma, de tal suerte que la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita por vía ordinaria, la cual se consumó en el mes de noviembre del año 2019, sin que existiese causal de interrupción civil o natural que torne inoperante el fenómeno prescriptivo.

Cabe indicar como hecho confirmativo de que ha operado el término prescriptivo en el presente asunto, que la audiencia prejudicial llevada a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía fue solicitada y llevada a cabo cuando ya se encontraba configurado el término de prescripción, tal cual figura en constancia de no conciliación aportada por la parte demandante junto a escrito de demanda.

¹ Héctor Fabio López Blanco. Contrato de Seguro. Editorial Dupré Editores Ltda, 3ra Edición. P. 244.

Por lo tanto solicito al señor juez usted muy respetuosamente, se sirva declarar acreditada la excepción de mérito, de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro y como consecuencia se profiriera la respectiva sentencia anticipada.

3. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO No. 2801005000001 POR RETICENCIA O INEXACTITUD.

Los conceptos de reticencia e inexactitud hacen mención a las obligaciones precontractuales del tomador, como lo es la declaración del estado del riesgo, ya que sobre ella se sustentarán todas las bases del contrato de seguro. La declaración del estado del riesgo debe tener dos características; debe ser sincera y versar sobre los hechos y circunstancias determinantes del estado del riesgo.

Es decir que la declaración debe ser ajustada a la verdad de la situación de los bienes y las personas; no se deben omitir por parte del candidato al seguro hechos que pudieran afectar la voluntad del asegurador al momento de valorar el riesgo; el candidato al seguro está en mejor condición para conocer el verdadero estado del riesgo y es su deber informarlas al asegurador para que haga una adecuada calificación del riesgo, ya que ésta se sujeta a la información suministrada por el tomador asegurado o beneficiario en su declaración.

El seguro es un contrato peculiar, fundado bajo el apotegma de la buena fe, elevada a su máxima expresión; el carácter de *uberrimae bona fidei* le da la connotación particular de la que se anota, de tal suerte que este axioma debe verificarse desde la etapa precontractual del seguro, inclusive, en los tratos preliminares también debe observarse so pena de generarse intereses negativos como lo son la nulidad relativa del contrato.

El tratadista Joaquín Garrigues expresa que la exigencia de la ubérrima buena fe obedece al hecho de que “ *el seguro es un contrato celebrado en masa, en el que se ofrecen las características propias de un contrato de adhesión*” agregando que la exigencia de la buena fe lleva en el contrato de seguro a consecuencias extremas, desconocidas en los demás contratos, en tal sentido se dice que el seguro es *uberrimae fidei contractus*, esta nota peculiar se manifiesta no solo en la ejecución del contrato, sino en el momento anterior al contrato. Esto es justamente lo típico del seguro. Pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante seguro en el momento en que esté todavía no lo es, se trata de un deber precontractual a cargo del tomador-asegurado del seguro, consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos cuyas circunstancias el asegurador va a asumir².

Ahora bien, el fenómeno de la reticencia en el contrato de seguro se encuentra regulado en el código de comercio, para una mayor ilustración me permito transcribir las normas que la regulan:

“Art. 1058. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar

² Joaquín Garrigues, Ob. Cit. Pags 256 y 257

el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro...” (Negrillas y subrayado por fuera del texto original) (...)

“Art. 1158. 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 de lugar.”

Es claro que, por disposición legal, los artículos 1058 y 1158 del C. de Co. imponen un deber, como imperativo de conducta, en el candidato a asegurado dentro de la póliza dada la especialidad de este contrato, previendo que en caso de incumplimiento en la declaración sincera de los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo tal situación conlleva a la sanción prevista en el citado artículo 1058.

La sanción prevista en el artículo 1058 del código de comercio se justifica en la medida en que la reticencia o inexactitud en la que incurre el tomador, en la declaración del estado del riesgo, representa un *"vicio en el consentimiento del asegurador el cual es inducido a un error en su manifestación de voluntad frente al tomador"*.

La doctrina sobre el particular ha indicado:

“Como no es razonable exigir al asegurador el aseguramiento “a ciegas” de los riesgos por cuanto ello desvirtuaría el fundamento técnico de la operación aseguradora –la ley de los grandes números y el cálculo de probabilidades–, y como tampoco será posible en todos o en muchos casos la comprobación directa de los riesgos por asumir, dadas (sic) la dispersión geográfica de los riesgos y las numerosas propuestas de aseguramiento que recibe el asegurador en virtud de la contratación en masa, él que tiene que confiar o tener fe en lo que le manifiesta el candidato a tomador y, por ende, se justifica plenamente la existencia de un régimen especial que regule cabalmente el deber de información a cargo de este último y las consecuencias de su incumplimiento. Ese voto de confianza en lo que manifiesta el candidato a tomador se torna en núcleo fundamental del seguro pues el asegurador, en cierta forma, se abandona, entrega o se pone en las manos de aquel, y estará tranquilo sólo si espera y efectivamente se produce un comportamiento honrado, leal, eficiente, transparente y diligente por parte de quien le proporcionó la información.”³

Anotado lo anterior, es claro que el régimen rescisorio especial para las reticencias e inexactitudes relevantes, surge de bases objetivas, determinadas por la naturaleza de las cosas; la ineludible necesidad de contratar en masa, que constriñe a la empresa aseguradora, y la correlativa imposibilidad física de inspeccionar todos y cada uno de los riesgos contratados, que explica porque el asegurador queda supeditado a la honradez del tomador, y de porque éste debe asumir, en todo momento, una conducta de máxima buena fe.

³ Asociación Colombiana de Derecho de Seguros. Deberes de información en la etapa precontractual a cargo del asegurador y del candidato a tomador. Ponencia del Dr. José Fernando Torres Fernández de Castro. XXIII Encuentro Nacional. Santiago de Cali, octubre de 2002.

Igualmente debemos señalar que, *“No obstante lo aleatorio del contrato, como la ley procura un tratamiento de equilibrio entre el riesgo que asume el asegurador y la contraprestación a cargo del tomador, las consecuencias de una eventual fractura de esta armonía pesan no solamente sobre los contratantes, sino sobre los terceros con interés en el contrato, tales como el asegurado o el beneficiario. De ahí que el artículo 1044 ejusdem, declare con diaphanidad que el asegurador le puede oponer al beneficiario las excepciones que le hubiera propuesto al asegurado, o al tomador, en caso de ser estos distintos de aquél, y al asegurado las que hubiere podido alegar contra el tomador. Por consiguiente, si el tomador en la declaración de asegurabilidad incurrió en reticencia o inexactitud, la nulidad relativa que ello genera se constituye en un motivo para el no pago de la indemnización oponible al beneficiario y al asegurado.”* (1999) Corte Suprema de Justicia – Expediente No. 04923

En el caso concreto, se tiene que el señor JAVIER BAQUERO presentó reclamación para el pago del amparo “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE” en virtud de PÓLIZA VIDA No. 2801005000001 en la cual figura como asegurado.

Dicha reclamación se le dio respuesta negativa por parte de mi representada COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. alegando reticencia, con base en la historia clínica que reposa en la reclamación se encontró que el señor JAVIER BAQUERO presenta antecedente de HIPERTENSIÓN ARTERIAL y DIABETES MELLITUS TIPO II desde el año 2008, lo que permite establecer que el hoy demandante tenía pleno conocimiento de las patologías al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, inmersa en la solicitud/certificado individual de seguro de vida grupo deudores, en el cual se le formularon preguntas específicas sobre su estado de salud y este omitió informar tales antecedentes médicos ya conocidos por él, por lo cual se configura una nulidad relativa del contrato de seguro y la pérdida de cualquier derecho en virtud del cual se pretenda una indemnización por los amparos establecidos dentro de la póliza.

Respecto de lo consignado por el apoderado de la parte demandante en su escrito de demanda, es menester manifestar que no es procedente jurídica ni legalmente lo pretendido, debido a que la negativa de mi representada se encuentra sustentada fáctica, legal y probatoriamente, en el entendido que es clara la incurrencia del señor JAVIER BAQUERO en reticencia al ocultar información acerca de su verdadero estado de salud al momento de declarar sobre el estado del riesgo.

Bajo esta premisa, el espíritu del artículo 1058 del C. de Co. busca que el asegurador preste su consentimiento libre de vicios, es decir, separado de error o dolo causado por culpa del candidato a tomador – asegurado, consentimiento que para el caso que nos ocupa, como ya bien se expuso se encuentra viciado.

Con el fin de afianzar y darle un poco más de claridad a su despacho al respecto del tema de la reticencia. Me permito traer a colación una sentencia de la Corte Suprema de Justicia.

En sentencia proferida por la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil y Agraria No. T1100122030002017 – 01366 – 01 de 27 de julio de 2017 esta se pronunció al respecto de una acción de tutela interpuesta por una providencia emitida en segunda instancia por un Juzgado Civil del Circuito,

el cual decidió declarar la nulidad relativa del contrato por reticencia manifestando los siguientes argumentos:

“Para ello, el Despacho enjuiciado adujo, en suma, que en el caso sub iudice, el asegurado tenía «la obligación de manifestar con absoluta sinceridad y sin ningún tipo de reserva su real estado de salud, pues debe observarse que se parte del presupuesto de la buena fe», al margen que sean o no practicados los respectivos exámenes clínicos al momento de la suscripción de la póliza, más aún cuando el tomador, contrario a lo que mostraba su registro médico, afirmó encontrarse en «óptimas condiciones de salud», lo cual no correspondía a la realidad, en tanto que se encontraron «serios antecedentes dentro de la historia clínica que demuestran sin lugar a equívocos que el señor B.B. (...) presentaba un estado mental deplorable. Bajo ese entendido (...) a la aseguradora se le ocultó esa situación. Es lo que se conoce técnicamente como una reticencia, es decir, cuando el tomador oculta su real estado» haciendo creer a la aseguradora que no existen riesgos patentes que pongan en potencial peligro la vida del beneficiario.

En ese entendido, es claro que la omisión del asegurado al momento de suscribir la póliza de vida grupo deudores es relevante para el otorgamiento de la mencionada póliza, toda vez que el contrato de seguro parte de la buena fe del asegurado y al no manifestar que sufre de alguna patología, este se suscribirá con la información dada en ese instante. Por tal motivo, es claro que el presente contrato está viciado de NULIDAD RETALIVA POR RETICENCIA y debe declararse la presente excepción.

Por lo anteriormente expuesto, esta excepción está llamada a prosperar y así solicito a la señora Juez declararla al momento de proferir decisión de fondo.

4. INEXISTENCIA DE OBLIGACION DE REALIZAR INSPECCION DEL ESTADO DEL RIESGO (EXAMENES MEDICOS) A CARGO DE MI REPRESENTADA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

En materia de contrato de seguro, el código de comercio en lo concerniente a la reticencia establece lo siguiente:

“Art. 1058. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro...” (Negrillas y subrayado por fuera del texto original)

(...)

“Art. 1158. 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 de lugar.”

Al respecto de la carga de la declaración del estado del riesgo la doctrina, ha expuesto:

“La carga de la declaración del estado del riesgo es de la exclusiva incumbencia del tomador. El asegurador no está legalmente obligado a controlar su fidelidad, a confrontar con la realidad los hechos o circunstancias declarados, a investigarlos superficial o exhaustivamente. Si lo hace, en ejercicio de una política técnico-comercial, en desarrollo de una función preventiva, su conducta no está ciertamente exenta de consecuencias jurídicas”⁴.

“El asegurador debe conocer todas las circunstancias que influyen en la apreciación del riesgo. En todos los demás contratos, la verificación del estado del riesgo o condiciones del bien objeto de la contraprestación queda, generalmente librada a la diligencia de la parte interesada. Esta actividad del asegurador se hace imposible, no sólo por onerosa, sino también por incompleta: no está en condiciones de establecer por sus propios medios, por grande que sea la diligencia aplicada, los elementos de hecho que le permitirían apreciar el riesgo”⁵.

La Corte Suprema de Justicia, también se ha pronunciado en lo referente a hasta dónde debe llegar la diligencia y cuidado del asegurador para conocer el estado del riesgo, lo siguiente:

“Esa extrema diligencia y cuidado, correspondiente a la culpa levísima, no se le impone al asegurador; su responsabilidad en este contrato, sólo llega hasta la llamada “culpa leve” (Art.63 C.C.) por consiguiente no es razonable imponer a una sociedad aseguradora el deber de verificar la sinceridad y exactitud de las declaraciones de un tomador del seguro haciendo indagaciones en las demás empresas dedicadas a la misma actividad mercantil, y no sólo a sus casas principales sino a la totalidad de las sucursales o agencias que tengan en el territorio nacional”⁶

De todo lo anteriormente expuesto es claro, que no es obligación del asegurador, realizar ningún tipo de inspección del riesgo o practicar exámenes médicos al candidato del seguro, pues ni la ley, ni la misma jurisprudencia así lo han indicado. Me permito hacer alusión a jurisprudencia reciente, de la Corte Suprema de Justicia en la cual ha sostenido lo siguiente sobre este punto:

“No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».

Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay

⁴ OSSA GOMEZ, J. Efrén. Op. cit., pág. 329.

⁵ HALPERIN, Isaac. Seguros. 2ª. edición actualizada por Juan Carlos Félix Morandi. Volumen I. Buenos Aires: Editorial DE ALMA, 1986. p. 268.

⁶ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia de 28 de julio de 1976. Magistrado Ponente Dr. José María Esguerra Samper.

«error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.

(...)

Ahora bien, no puede pasarse por alto que, tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo¹.”

La Corte Constitucional, en sentencia T-058 de 2016, se pronunció con respecto a los fallos de tutela que consideraba que era una obligación de la aseguradora realizar exámenes médicos con el fin de determinar el estado de salud del tomador del seguro, manifestado lo siguiente:

“En relación con este último punto, es preciso advertir que en algunas sentencias se ha considerado que las aseguradoras (al margen de que no se trate de contratos de medicina prepagada o pólizas médicas), deben realizar con anterioridad a la suscripción de la póliza, un examen médico o exigir que se allegue uno por parte de los asegurados, con el fin de determinar su estado de salud, cuya exigibilidad permite tener un mayor grado de certeza sobre la aplicación del régimen de coberturas y exclusiones del contrato.

Esta exigencia cuya aplicación se ha vinculado con la resolución de casos concretos, a partir de las condiciones fácticas y jurídicas de suscripción del contrato de seguro, ha permitido considerar que la falta de realización del examen dada la ocurrencia del siniestro excluye la posibilidad de la aseguradora de alegar que determinadas enfermedades no se encontraban amparadas y que, por ende, el riesgo es anterior a la celebración del contrato.

El alcance de las providencias en las que se estableció la obligación de realizar un examen médico previo a la celebración del contrato de seguro se limitó a las circunstancias que rodearon cada uno de esos casos, en virtud de los efectos inter-partes que por regla general tienen las sentencias de tutela.

Por tanto, no puede entenderse lo anterior como una regla sobre la materia, pues en el contrato de seguro rige con amplia intensidad el principio de autonomía de la voluntad privada, conforme al cual las partes cuentan con la posibilidad de fijar cláusulas específicas y particulares que regulen la relación de aseguramiento según el tipo, categoría o modalidad de póliza, siempre que no se desconozcan normas imperativas, por ejemplo, respecto del surgimiento del riesgo, los actos que resulten inasegurables, la temporalidad de las coberturas, las garantías que se deben brindar por el asegurado y el procedimiento y/o autoridad competente para definir el supuesto que da lugar a la ocurrencia del siniestro.

Por lo anterior, la jurisprudencia de esta Corporación ha advertido que las reglas de los contratos de medicina prepagada o las pólizas médicas, como ocurre con la exigencia del examen previo del estado de salud, no son imperativas ni extensivas frente a todas las modalidades del contrato de seguro, pues cada una de ellas responde a unas particularidades propias, incluso amparadas

por el postulado de normatividad de los contratos, como se advirtió en la Sentencia T-832 de 2010[71] y se reiteró en la Sentencia T-751 de 2012,[72] en los siguientes términos: (Negrilla y subraya fuera del texto)

“(...) no resulta plausible suponer que la Corporación extendió a todos los contratos de seguros las reglas propias de los contratos de medicina prepagada, previamente ampliadas al contrato de seguro de salud. La relevancia constitucional del segundo tipo de negocio implica la existencia de reglas particulares que obedecen a límites y vínculos constitucionalmente impuestos a una actividad a la que se asocia un claro interés público.”

Reiterando la posición adoptada por la Sala Primera de Revisión de este Tribunal en la providencia en cita, es innegable que el deber de realizar exámenes médicos previos a la celebración de un contrato de medicina prepagada o pólizas médicas, en los términos previamente expuestos, tiene razón de ser en tanto está involucrada la prestación del servicio público de salud. No obstante, en el caso de los demás seguros, como ocurre con el de vida o el de daños, están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la ley. Por el contrario, en dichas hipótesis la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes.

Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar”

En ese sentido, y tomando en consideración a todos los preceptos de índole jurisprudenciales y doctrinales citados anteriormente, es claro que, no es admisible pretender endilgar en cabeza de mi representada COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., la obligación de realizar exámenes médicos o inspeccionar el estado del riesgo de los posibles candidatos a ser asegurados, pues, al ser el contrato de seguros de vida grupo deudores un contrato peculiar, el mismo se erige o fundamenta sobre el principio de la buena fe, el cual le otorga especial importancia al deber de información que se deben las partes intervinientes durante todo el desarrollo del negocio contractual.

Por lo anteriormente expuesto, esta excepción está llamada a prosperar y así solicito a la señora Juez declararla al momento de proferir decisión de fondo.

5. AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONTITUTIVOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN CABEZA DE COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

En cuanto al régimen de responsabilidad civil contractual, en el derecho civil colombiano se han señalado los siguientes elementos que la conforman, y, por ende, que surja una obligación de indemnizar por parte del deudor, los cuales son: un perjuicio, una culpa contractual y un vínculo de

causalidad entre la culpa y el perjuicio, todo lo cual, debe girar en torno a un contrato válidamente celebrado entre las partes. Por ser este un aspecto que no se encuentra regulado legalmente, la jurisprudencia colombiana ha señalado como elementos comunes entre la responsabilidad contractual y extracontractual que:

... deben encontrarse acreditados en el proceso los siguientes elementos: una conducta humana, positiva o negativa (...) un daño o perjuicio, esto es, un detrimento, menoscabo o deterioro, que afecte bienes o intereses de la víctima(...) una relación de causalidad entre el daño y la conducta de aquel a quien se imputa su producción o generación, y finalmente, un factor o criterio de atribución de la responsabilidad, por regla general de carácter subjetivo (dolo o culpa) y excepcionalmente de naturaleza objetiva (riesgo).

En el presente caso la parte actora, solicita como fundamento de sus pretensiones supuestos incumplimientos por parte de las demandadas en el cubrimiento de los riesgos amparados en la póliza de vida No. 2801005000001.

Teniendo en cuentas lo anterior, tenemos que la acción encuentra su respaldo legal aunque la parte demandante no lo indique en la demanda en la armonización de los artículos 1602 y 1546, en los que se dispone que en caso que uno de los contratantes incumpla sus obligaciones, opera la condición resolutoria, y en tal caso, por efecto de la ley se faculta al otro contratante para pedir a su arbitrio, o el cumplimiento del contrato o su resolución y en ambos casos la indemnización de perjuicios que corresponda.

La jurisprudencia ha determinado que, para la prosperidad de dicha pretensión, se requiere establecer unos supuestos, que ha precisado en los siguientes términos:

“dos son los requisitos para la prosperidad de tal acción. A.-) Que el contratante contra el cual se dirige la demanda haya incumplido a su carga; y b.- Que el contratante que la proponga haya cumplido o se haya allanado a cumplir lo pactado a cargo suyo⁷.

Lógicamente, lo anterior impone al demandante el traer con el mismo libelo demandatorio la prueba de la existencia y validez del contrato del cual brota la o las obligaciones que se enrostra a los demandados como incumplidas.

Pues bien en el caso bajo estudio, tenemos que la parte demandante arguye incumplimiento de obligaciones en cabeza de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., pero tenemos que no aporta prueba alguna que demuestre la conducta sobre la cual se funde un supuesto incumplimiento por parte de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., solo se menciona que se presentó reclamación y que en virtud de ello teniendo en cuenta las coberturas de la póliza no se hizo efectiva la misma, pero no aporta prueba, teniendo la carga de hacerlo, la cual sea demostrativa de conducta por parte COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., en la cual se ponga en evidencia un incumplimiento.

⁷ CSJ Cas 23 de mayo de 1976 Tomada del CC de la Superintendencia de Notariado.

Ahora, tampoco existe una relación de causalidad entre el supuesto daño y la conducta despegada por COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. pues debe tenerse en cuenta, que, de la reclamación presentada, por parte de la demandante, fue atendida indicando su imposibilidad conceder el amparo.

Por lo anteriormente expuesto, esta excepción está llamada a prosperar y así solicito al señor Juez declararla al momento de proferir decisión de fondo.

6. CUALESQUIERA OTRAS EXCEPCIONES DE FONDO QUE LLEGAREN A PROBARSE Y QUE TENGAN COMO FUNDAMENTO LA LEY O EL CONTRATO DE SEGURO, INCLUIDA LA DE PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO, SIN QUE IMPLIQUE RECONOCIMIENTO ALGUNO DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE MI PROCURADA.

De acuerdo a lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, la prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Teniendo en cuenta lo anterior, solicito al despacho se estudie la presente excepción y de encontrarse acreditada, solicito que se declare probada la misma.

PRUEBAS

Para que se declaren probadas las excepciones propuestas en este escrito, solicito que en la oportunidad procesal correspondiente se decreten, tengan en cuenta y practiquen como pruebas las siguientes:

DOCUMENTALES

- Solicitud certificado individual suscrita por el señor JAVIER BAQUERO
- Copia de la historia clínica del señor JAVIER BAQUERO.
- Póliza de seguro No. 2801005000001

INTERROGATORIO DE PARTE

Que se cite al demandante señor JAVIER BAQUERO para que absuelva el interrogatorio de parte que les formularé en la respectiva audiencia o diligencia, sobre los hechos de la demanda y su contestación, su citación se puede efectuar en la dirección indicada en la demanda y a ella me remito.

ANEXOS

- Los enunciados en el acápite de prueba documental.
- Poder especial otorgado a la suscrita.
- Certificado de existencia y representación legal de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

NOTIFICACIONES

- Los demandantes y su apoderado reciben notificaciones en las direcciones indicadas en la demanda y a ellas me remito.
- Mi representada recibirá notificaciones en la Avenida el Dorado No. 68B - 31, piso 3 de la ciudad de Bogotá D.C. notificaciones@segurosbolivar.com
- El suscrito apoderado, en la Carrera 58 No 70 – 110, Oficina 4 segundo piso de la ciudad de Barranquilla, y al correo electrónico agomez@ompabogados.com

De la señora Juez, atentamente,



ALEXANDER GOMEZ PEREZ
C.C. No. 1129.566.574 de Barranquilla
T.P. No. 185.144 del C.S.J.
CBG

Señores

JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR

Referencia: PROCESO VERBAL
Demandante: JAVIER ANTONIO BAQUERO ESCOBAR
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A
Radicado: 20001310300420210024300
Asunto: Poder Especial

MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁÑEZ CASTILLO mayor y vecina de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Usaquén, actuando en calidad de representante legal de **COMPAÑÍA DE SEGURO BOLIVAR S.A.** dada mi calidad de tercer suplente del presidente de la mencionada sociedad, lo cual se acredita con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia que se adjunta, de manera atenta manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a **ALEXANDER GÓMEZ PÉREZ** con cédula de ciudadanía No. 1.129.566.574 de Barranquilla y T.P. 185.144 del Consejo Superior de la Judicatura, a **CESAR HERNANDO BENITEZ GARCIA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.140.861.154 de Barranquilla, portador de la Tarjeta Profesional No. 294.148 del Consejo Superior de la Judicatura, a **AUGUSTO CESAR NIEBLES RAMOS**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.140.857.895 de Barranquilla, portador de la Tarjeta Profesional No. 267.222 , del Consejo Superior de la Judicatura , a **MARTIN JOSE GONZALEZ COLPAS**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.044.429.626 de Puerto Colombia, portador de la Tarjeta Profesional No. 302.665, del Consejo Superior de la Judicatura, a **LINO ALEXANDER SANCHEZ ANILLO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 72.259.725 expedida en Barranquilla, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 201.206 del Consejo Superior de la Judicatura para que en nombre de la sociedad que represento actúen, intervengan y lleven hasta su culminación el proceso de la referencia.

Mis apoderados quedan facultados en los términos de los artículos 75 y 77 del Código General del Proceso y en especial quedan habilitados para conciliar, recibir, transigir, desistir y realizar todo cuanto juzguen necesario para el éxito de este mandato.

Atentamente,

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.
notificaciones@segurosbolivar.com


MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁÑEZ CASTILLO
C.C. 39.681.414 de Usaquén
Representante Legal

Aceptamos,

ALEXANDER GÓMEZ PÉREZ
C.C. 1.129.566.574 de Barranquilla
T.P. No. 185.144 del C.S.J.
agomez@ompabogados.com

AUGUSTO CESAR NIEBLES RAMOS
C.C. No 1.140.857.895 de B/quilla.
T.P. No 267.222 del C.S. de la J.
aniebles@ompabogados.com

CESAR HERNANDO BENITEZ GARCIA
C.C. No 1.140.861.154 de Barranquilla.
T.P 294.148 del C. S. de la J.
juridicoscaribe@gmail.com

MARTIN JOSE GONZALEZ COLPAS ANILLO
C.C. No. 1.044.429.626 de Puerto Colombia
T.P. No 302.665 del C.S. de la J.
mgonzalez@ompabogados.com

LINO ALEXANDER SANCHEZ ANILLO
C.C. No. 72.259.725 de Barranquilla
T.P No. 201.206 del C.S. de la J.
lsanchez@ompabogados.com

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3207132050333262

Generado el 21 de junio de 2022 a las 16:55:27

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. también podrá girar bajo la denominación "SEGUROS BOLÍVAR S.A."

NIT: 860002503-2

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 3592 del 05 de diciembre de 1939 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

Escritura Pública No 757 del 12 de abril de 2004 de la Notaría 7 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

Escritura Pública No 1043 del 15 de mayo de 2007 de la Notaría 7 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). La sociedad tendrá su domicilio principal en Bogotá

Resolución S.F.C. No 2169 del 12 de diciembre de 2007 La Superintendencia Financiera de Colombia aprueba la escisión de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A. y Capitalizadora Bolívar S.A., se crearán tres nuevas sociedades beneficiarias a saber: INVERSIONES BOLÍVAR S.A., (beneficiaria de Seguros Bolívar S.A.), INVERCOMERCIALES S.A., (beneficiaria de Seguros Comerciales Bolívar S.A.), y INVERCAPI S.A. (beneficiaria de Capitalizadora Bolívar S.A.) protocolizada mediante Escritura Pública 3261 del 19 de diciembre de 2007 Notaria Séptima de Bogotá D.C., aclarada con Escritura Pública 3274 del 20 de diciembre de 2007 Notaria Séptima de Bogotá D.C.

Resolución S.F.C. No 1260 del 24 de septiembre de 2019 ,no objetar la adquisición con fines de absorción (fusión) del 100% de las acciones de Liberty Seguros de Vida S.A. por parte la Compañía de Seguros Bolívar S.A., por las razones expuestas en la parte motiva de la presente resolución, protocolizada mediante Escritura Pública 1855 del 31 de octubre de 2019 Notaria 65 de Bogotá D.C.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 458 del 25 de junio de 1940

REPRESENTACIÓN LEGAL: Presidentes y suplentes. La sociedad tendrá un Presidente que será reemplazado en sus faltas absolutas, temporales o accidentales, por uno de cinco (5) suplentes quienes ejercerán la Representación Legal de la Sociedad. No obstante lo anterior, la Junta Directiva podrá designar Representantes Legales para adelantar funciones judiciales, es decir para actuar ante las Autoridades Jurisdiccionales. Serán elegidos por la Junta Directiva para períodos de un (1) año y podrán ser reelegidos indefinidamente, lo que se entenderá surtido, si la Junta Directiva no manifiesta lo contrario. Así mismo podrán ser revocados en cualquier tiempo, si la Junta directiva así lo determina. Representación legal. La representación legal de la Sociedad, su dirección y administración estará a cargo del Presidente de la Compañía o de sus suplentes cuando hagan sus veces, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo anterior y dentro de las normas de los estatutos y de las que adopte la Asamblea General y la Junta Directiva. No podrán desempeñarse como administradores o directivos quienes tengan la calidad de socios o



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3207132050333262

Generado el 21 de junio de 2022 a las 16:55:27

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

administradores de Sociedades intermediarias de seguros o quienes sean administradores de otra entidad aseguradora que explote los mismos ramos de negocios, así como cualquier otra persona frente a quien se presente inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Ley. Funciones del Presidente de la Sociedad, corresponde al Presidente de la Sociedad: a) Representar a la Sociedad como persona jurídica; b) Ejecutar y hacer ejecutar todas las operaciones comprendidas dentro del objeto social, sujetándose a los estatutos, a las resoluciones de la Asamblea General de Accionistas de la Junta Directiva y a las normas aplicables a la Sociedad; c) Constituir mandatarios y apoderados que obran a sus órdenes y representan a la Sociedad. Adicionalmente, podrán delimitar las funciones de los Representantes Legales de las Sucursales en virtud de lo dispuesto por el Artículo 114 del Código de Comercio, así como las de los Representantes Legales para adelantar funciones judiciales: d) Celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos dentro del objeto social de acuerdo con sus atribuciones legales estatutarias y las que le confieran la Asamblea General y la Junta Directiva; e) Presentar a la Junta Directiva y con más de quince (15) días hábiles por lo menos de anticipación a la próxima reunión ordinaria de la Asamblea General de Accionistas, el balance, las cuentas, el inventario y la liquidación de los negocios, con un proyecto de distribución de utilidades y un informe sobre la marcha de la Compañía; f) Nombrar o remover todos los empleados y funcionarios de la Compañía cuyo nombramiento no corresponda a la Junta Directiva o a la Asamblea General de Accionistas; g) Convocar a la Junta Directiva a sesiones ordinarias y extraordinarias y mantenerla al corriente de los negocios sociales, h) Nombrar árbitros y componedores; i) Presentar a la Junta Directiva la proposición de nombramientos o remoción de gerentes de sucursales; j) Suscribir las actas junto con el Secretario General, en el caso de reuniones no presenciales de Asamblea y Junta Directiva, las cuales deberán elaborarse y asentarse en el libro respectivo, dentro de los treinta días siguientes a aquel en que ocurrió el acuerdo; k) Realizar los esfuerzos conducentes al adecuado desarrollo del objeto social; l) Velar porque se permita la adecuada realización de las funciones encomendadas a la Revisoría Fiscal; m) Guardar y proteger la reserva industrial y comercial de la Sociedad; n) Abstenerse de utilizar indebidamente información privilegiada; o) Dar un trato equitativo a todos los Accionistas y respetar el ejercicio del derecho de inspección de todos ellos; p) Velar por el estricto cumplimiento de las disposiciones legales o estatutarias; q) Abstenerse de participar por si o por interpuesta persona en interés personal o de terceros, en actividades que impliquen competencia con la Sociedad o en actos respecto de los cuales exista conflictos de interés, salvo autorización expresa de la Asamblea General de Accionistas y velar porque no se presenten conflictos de interés en decisiones que tengan que tomar los Accionistas, Directores, Administradores y en general los funcionarios de la Sociedad. En todo caso la autorización de la Asamblea General de Accionistas sólo podrá otorgarse cuando el acto no perjudique los intereses de la Sociedad; r) Ejercer las demás funciones que le asignen o deleguen la Asamblea General de Accionistas o la Junta Directiva. (Escritura Pública 4875 del 2 de diciembre de 2021 Notaria 5a de Bogotá)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Álvaro Alberto Carrillo Buitrago Fecha de inicio del cargo: 01/01/2022	CC - 79459431	Presidente
David Leonardo Otero Bahamon Fecha de inicio del cargo: 13/02/2020	CC - 91514879	Primer Suplente del Presidente
Sandra Isabel Sánchez Suarez Fecha de inicio del cargo: 18/06/2015	CC - 51710260	Segundo Suplente del Presidente
María De Las Mercedes Ibáñez Castillo Fecha de inicio del cargo: 09/08/1994	CC - 39681414	Tercer Suplente del Presidente
Claudia Marcela Sánchez Rubio Fecha de inicio del cargo: 20/02/2020	CC - 65745726	Cuarto Suplente del Presidente
Álvaro José Cobo Quintero Fecha de inicio del cargo: 10/02/2022	CC - 14898861	Quinto Suplente del Presidente
Rafael Andres Velez Peñarete Fecha de inicio del cargo: 28/12/2021	CC - 80757549	Representante Legal para Efectos Exclusivamente Judiciales



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3207132050333262

Generado el 21 de junio de 2022 a las 16:55:27

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Allan Iván Gómez Barreto Fecha de inicio del cargo: 09/03/2021	CC - 79794741	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Sergio Vladimir Ospina Colmenares Fecha de inicio del cargo: 14/01/2020	CC - 79517528	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Hernando Fabiano Ramírez Rojas Fecha de inicio del cargo: 30/05/2018	CC - 79911703	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Juan Fernando Parra Roldán Fecha de inicio del cargo: 30/05/2014	CC - 79690071	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Elsa Magdalena Pardo Rey Fecha de inicio del cargo: 30/05/2014	CC - 21068659	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Daniel Alberto Tocarruncho Mantilla Fecha de inicio del cargo: 30/05/2018	CC - 7173298	Representante Legal para Efectos Exclusivamente Judiciales

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 accidentes personales, colectivo de vida, vida grupo, educativo, pensiones, salud, vida individual

Resolución S.B. No 1006 del 30 de mayo de 1994 seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia

Resolución S.B. No 1174 del 17 de junio de 1994 seguro de pensiones ley 100

Resolución S.B. No 2511 del 18 de noviembre de 1994 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 el ramo de pensiones de jubilación se comercializará bajo el nombre de pensiones voluntarias (Formalizar por Resolución S.B. Nro. 128 del 16/02/2004).

Resolución S.F.C. No 1417 del 24 de agosto de 2011 se revoca la autorización concedida a Compañía de Seguros Bolívar S.A., para operar los ramos de Colectivo de vida y Educativo

Resolución S.F.C. No 0828 del 04 de agosto de 2021 autoriza la cesión de todos los contratos de seguros del ramo de vida individual de la cedente HDI SEGUROS DE VIDA S.A., a la cesionaria SEGUROS BOLÍVAR S.A. en las condiciones informadas y por las razones expuestas en la parte motiva de esta Resolución.

**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
SECRETARIO GENERAL**



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3207132050333262

Generado el 21 de junio de 2022 a las 16:55:27

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA