



Noviembre diez (10) de dos mil veintidós (2022)

REF: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

Demandante: ENRIQUE ANTONIO ATENCIO FUENTES

Demandados: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Radicación: 44001400300120180002801

Le corresponde al Despacho en esta oportunidad resolver el recurso de apelación interpuesto por la apoderada de la demandada SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., contra la sentencia calendada veintidós (22) de abril de dos mil veintiuno (2021), proferida por el Juzgado Primero Civil Municipal de esta ciudad, dentro del proceso de la referencia.

Delanteramente debe señalarse que según lo dispone el artículo 320 del CGP el recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante. Y siguiendo lo mandado en el artículo 328 CGP, el juez de segunda instancia debe pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las disposiciones que deba adoptar de oficio.

Igualmente establece el artículo en cita que “El juez no podrá hacer más desfavorable la situación del apelante único, salvo que en razón de la modificación fuera indispensable reformar puntos íntimamente relacionados en ella”

En dichos términos y partiendo entonces de los límites del Juez de segunda instancia establecidos por las normas adjetivas, será abordado el presente asunto.

Presupuestos Procesales

Resulta oportuno indicar que coexisten los requisitos formales y materiales para decidir, pues la demanda reúne las exigencias formales; la competencia del juez A-quo para conocer del asunto no merece reparo alguno ante la materialización de los factores que la integran; de igual modo, la capacidad para ser parte, así como la procesal se evidencian sin objeción alguna. Tampoco se advierte vicio procesal que comprometa la validez de la actuación surtida.

Problema Jurídico

De conformidad con los argumentos expuestos por la parte recurrente, corresponde al Juzgado determinar si debe mantenerse la postura de la juez A-Quo de declarar civilmente y solidariamente responsables a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. y al FONDO DE EMPLEADOS DEL CERREJÓN- FONDECOR del pago de la obligación contenida en el contrato de seguro recogido en la póliza Plan Vida Clásico Contributivo No. 083-572016 reclamada por el actor y la correspondiente condena, al declarar no probadas las excepciones propuestas; o si por el contrario, el señor ENRIQUE ANTONIO ATENCIO FUENTES no tiene derecho a que la demandada responda de las pretensiones económicas incoadas, por cuanto dentro de las enfermedades causantes de la pérdida de capacidad laboral se encuentra una que fue objeto de exclusión convencional en la renovación negociada de la póliza No. 0572016-1, para la vigencia temporal 1 de agosto de 2015 al 31 de julio de 2016.

De la acción propuesta

La acción incoada por el actor es la de responsabilidad civil contractual, bajo el alegado incumplimiento de la obligación por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., de reconocer y pagar el riesgo asegurado conforme a la póliza de seguro colectiva Plan Vida Clásico Contributivo No. 083 572016, porque según la demanda existe un contrato que amparaba los riesgos de pérdida de capacidad laboral por las enfermedades que lo aquejaban, habiendo acaecido el siniestro tal como se describe en el libelo introductorio, no obstante la demandada se negó a reconocer su obligación.

Sobre el contrato de seguro, el Código de Comercio, define sus características, aduciendo



que es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva, en cuya creación intervienen como partes: i) el asegurador, entendido este como la persona jurídica debidamente autorizada que asume los riesgos, y ii) el tomador que viene a ser la persona que en nombre propio o ajeno, decide trasladarle esos riesgos a aquél (art. 1036 y 1037) y; como requisitos de su esencia prevé el interés asegurable, el riesgo, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador (art. 1045).

Ahora, por su especial naturaleza, para su celebración y acuerdo expreso deben señalarse todos los aspectos necesarios que permitan establecer con exactitud la verdadera voluntad de las partes y en últimas un preciso campo de aplicación del mismo. Por ello, en concordancia con los elementos esenciales comentados, ha determinado el artículo 1047 del Código de Comercio, que la póliza, además de las “*condiciones generales*” del contrato, debe tener otras “*condiciones particulares*” allí indicadas en forma enunciativa.

En relación con el mencionado negocio jurídico, la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte, en sentencia del 19 diciembre de 2008, M.P. Arturo Solarte Rodríguez, rad. 2000-00075-01 reiteró:

“ (...) el seguro es un contrato “por virtud del cual una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina ‘prima’, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al ‘asegurado’ los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de ‘daños’ o de ‘indemnización efectiva’, o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro” (...).

De otra parte, debido al marcado interés del sistema jurídico dirigido a proteger el patrimonio del acreedor, se han implementado otras formas de efectivizar el pago de los créditos. Es así que además de respaldar la obligación con mecanismos como la prenda, la hipoteca y la fianza, se hayan incorporado otros como la fiducia de garantía, o seguros de diversa índole, dentro de los que se cuenta el denominado de «*grupo o colectivo*», encontrándose dentro de éstos el seguro conocido como de «*grupo de deudores*» cuya finalidad específica consiste en que la aseguradora asume el pago de la suma requerida para aplicar en lo pertinente al saldo insoluto de la obligación que da lugar a su contratación, al sobrevenir el fallecimiento o incapacidad total y permanente del deudor asegurado.

Sobre el seguro de deudores, la Corte ha señalado que mediante esa forma aseguraticia, «*el acreedor -quien funge como tomador- puede adquirir una póliza ‘individual’ o ‘de grupo’, para que la aseguradora, a cambio de una prima, cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor -que toma la calidad de asegurado-, y en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito, pero nunca más*» (CSJ SC 30 jun. 2011, rad. 1999-00019-01).

Dentro de las características del «*seguro de vida grupo deudores*», la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, en el fallo antes citado, en lo pertinente, expuso:

“6.1. Su celebración no es obligatoria, ni constituye un requisito indispensable para el otorgamiento de un crédito. De hecho, debe recordarse que el artículo 191 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 2 de abril de 1993), prescribe que ‘solamente por ley podrán crearse seguros obligatorios’ y, en este caso, no existe una exigencia tal impuesta por el legislador.

(..)

En esa tipología de seguros no se cubre el incumplimiento de la prestación pactada, esto es, que no se trata de una forma de seguro de crédito en el cual el riesgo esté constituido por la imposibilidad de obtener el pago ante la muerte o incapacidad permanentedel deudor.

Por el contrario, en el seguro de vida de deudores se cubre el riesgo consistente en lamuerte del deudor, así como su eventual incapacidad total o permanente. (...)

(..)



6.8. *Por otra parte, por mandato del Numeral 3.6.3.1., de la Circular Externa 007 de 1996 - Modificada por la Circular Externa 052 de 2002-, el acreedor es el tomador del seguro, obrando, para tal efecto, 'por cuenta de un tercero' determinado. Ello armoniza con el artículo 1039 del Código de Comercio, en concordancia con el artículo 1042 ibídem, a cuyas voces 'salvo estipulación en contrario, el seguro por cuenta valdrá como seguro a favor del tomador hasta concurrencia del interés que tenga en el contrato y, en lo demás, con la misma limitación, como estipulación en provecho de tercero'.*

En cuanto a la prueba del contrato, actualmente este tipo de convenciones es de naturaleza consensual, y por consiguiente para acreditar su existencia y contenido, puede acudir a cualquier documento que dé cuenta de sus elementos esenciales, habida cuenta que el órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil ha señalado que con ocasión a la Ley 389 de 1997, se pasó de un régimen ad solemnitatem a uno ad probationem, así:

(...) la nueva ley en su empeño de eliminar la exigencia de la póliza como requisito formal ad solemnitatem necesario para la constitución del contrato de seguro, no quiso tampoco generar, como consecuencia del carácter consensual del mismo, márgenes de inseguridad, ni menos servir de simiente a interminables litigios, y optó entonces por exigir un formalismo ad probationem, como es la presencia de un escrito que aunque no repercute en el perfeccionamiento del mismo, sí incide en la manera como debe demostrarse, al cual agregó también la posibilidad de la prueba de confesión, ampliando en esa medida el régimen legal anterior (...) El escrito bien puede ser denominado póliza, cuyo original incluso está obligado el aseguradora a entregar al tomador, "con fines exclusivamente probatorios", como lo señala el mismo artículo 1046, u otro cualquiera con tal de que sea lo suficientemente idóneo para deducir el acuerdo de voluntades y los elementos esenciales del mismo, sin los cuales "el contrato de seguro no producirá efecto alguno", como lo previene el artículo 1045 del C. de Co., y que permita constatar, como apenas es natural, quiénes son los sujetos contratantes, el objeto, la cobertura, la vigencia y la prima pactada, entre los más connotados (...)" (Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia SC 16 nov. 2005, rad. 09539-01).

En lo que hace relación al riesgo, conviene precisar que su cobertura no necesariamente involucra todos los eventos inciertos y dañosos; de ordinario, las pólizas delimitan cuáles riesgos están cubiertos y cuáles no. Esa delimitación, señala la jurisprudencia de la Corte, implica la descripción del hecho que, una vez verificado, conlleva la obligación indemnizatoria a cargo del asegurador y, en ciertos casos, también del asegurado, como en los seguros de responsabilidad civil, definición que debe hacerse desde los ángulos, cuantitativo, cualitativo, temporal y espacial. En cuanto a las exclusiones, la legislación colombiana prevé aquellas de tipo legal como los riesgos catastróficos en los seguros de daños (art. 1105 C. de Co.), así como el vicio propio (art. 1104 ibidem); y las exclusiones de tipo convencional que interesan al caso en estudio, deben entenderse, *"como aquellas pactadas por las partes o, cuando menos, en las que existe consentimiento respecto de las indicadas en el clausulado preestablecido, en los denominados acuerdos de adhesión y que, siendo origen del siniestro o consecuencia del mismo, no comprometen la responsabilidad del asegurador. Esas cláusulas son válidas, inicialmente, en tanto se sustentan en el principio de la libre autonomía de las partes, cuyos límites son el orden público y las buenas costumbres; de ahí que el artículo 1056 consagre la posibilidad del asegurador de, «a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.»* (Casación Civil, Sentencia del 13 de diciembre de 2018, Rad. 68001-31- 03-004-2008-00193-01, M.P. Luis Alonso Rico Puerta).

En materia de responsabilidad contractual derivada de un contrato de seguros, el siniestro y la cuantía de la pretensión compete demostrarlo al asegurado en los términos de los artículos 1072 y 1077 del Código de Comercio; carga argumentativa y probatoria que no se satisface con la acreditación del daño, sino además y de vital importancia, se debe determinar que la causa que le dio origen a ese daño se encuentra incluida dentro de los postulados contractuales de la cobertura pactada. Nótese, pues, la norma se refiere únicamente a la demostración de estos dos hechos y no a todos aquellos que puedan tener relación con las condiciones pactadas en el contrato de seguro, ya que esta misma disposición transfiere esa carga adicional al asegurador cuando prevé que éste es el que *"deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad"*.



Del caso concreto

En el asunto bajo estudio, la parte demandante pretende que con este proceso se declare probado el vínculo contractual existente entre las partes con relación a la póliza N° 083-572016, que la pérdida de capacidad laboral que sustentó su calificación de invalidez fue estimada en 67.31% con fecha de estructuración 26 de julio de 2016 fecha para la cual estaba vigente la póliza de seguro en cita, que se declare que la aseguradora no practicó exámenes médicos de ingreso y tampoco exigió que fuesen aportados, ni estableció las causales de exclusión para los riesgos asegurados, que las patologías OSTEOMUSCULARES Y MENTALES no fueron consideradas al momento del inicio de la relación contractual como causas de exclusión de la póliza, además, solicitó que no se tengan en cuenta interpretaciones abusivas y las cláusulas desproporcionadas que aduzca la demandada y que tenga el contrato de seguro que se reclama en sus condiciones generales, que se declare probada la mala fe y el incumplimiento del contrato de seguros por parte de ésta y en consecuencia se condene a pagarle los amparos y coberturas contratadas, además de los intereses moratorios, costas y agencias en derecho.

El Juzgado de conocimiento en la audiencia de instrucción y juzgamiento celebrada el 22 de abril de 2021, declaró no probadas las excepciones de mérito propuestas y civilmente, y solidariamente responsable a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA- SURA S.A y al FONDO DE EMPLEADOS DEL CERREJÓN- FONDECOR del pago de la obligación contenida en el contrato de seguro recogido en la póliza de plan vida clásico contributivo N° 083 572016, en consecuencia, condenó a ambas como responsable del pago de la suma de \$45.000.000, valor que debe ser actualizado al momento de pagar de acuerdo al IPC desde la fecha en que se generó el incumplimiento hasta que se atienda efectivamente la obligación, además se les condenó a pagar las costas del proceso.

Inconforme con esta decisión la apoderada de la Aseguradora demandada interpuso recurso de apelación, argumentando que la juez a-quo incurrió en indebida motivación de la sentencia, omitió realizar un examen crítico de las pruebas y la incongruencia de la sentencia, como lo establece el artículo 280 y 281 del C.G.P., señalando como eje central de la sustentación de sus reparos de manera relevante que:

- Se interpretó erradamente la adición a la exclusión del amparo de invalidez, desmembración o inutilización por enfermedad contemplada en la renovación negociada de la vigencia temporal 1 de agosto de 2015- al 31 de julio de 2016 de la póliza colectiva de Vida Grupo Deudores No. 0572016-1.

- Así mismo indicó que se hizo un análisis errado con relación a la fecha en la que se constituye el siniestro y existe un desconocimiento del concepto de renovación de la póliza y los efectos que surte frente a las partes del contrato de seguro.

- Existe un errado análisis del despacho en cuanto a la inexistencia debidamente acreditada de demostración de la ocurrencia del siniestro de conformidad con el art. 1077 del Código de Comercio y el cumplimiento contractual de informar al tomador las condiciones generales y particulares de la póliza en mención.

- Indicó que el dictamen emitido por Colpensiones que adjunta el demandante no fue elaborado de acuerdo con lo establecido en el Manual Único para la Calificación de Invalidez, tal como consagra el artículo 18 de la Ley 1562 de 2012.

- Se presenta un defecto sustancial de la sentencia por aplicar un precedente judicial distinto al ajustado a la ley.

- De otro lado, argumentó incongruencia fáctica de la sentencia con relación a la decisión ajena a todos los hechos y pretensiones de la demanda de conformidad a lo dispuesto por el artículo 281 del CGP.

En orden a determinar la cobertura del contrato de seguro que ocupa la atención del juzgado se deberá analizar sí, contrario a lo establecido por la juzgadora de primer grado, la compañía aseguradora logró demostrar que la pérdida de capacidad laboral del demandante se originó en una enfermedad que se encuentra excluida convencionalmente en la renovación de la póliza No. 083- 572016.



Ciertamente, como lo alegó la parte recurrente la juez a-quo despachó favorablemente las pretensiones del actor sin hacer una explicación razonada sobre las conclusiones de cada una de ellas como lo prevé el inciso 1º del artículo 280 del C.G.P., pues, luego de referirse al contrato de seguro, buena fe, nulidad relativa del contrato de seguro, reticencia, preexistencias, no establecimiento de casuales de exclusión, se adentró en el estudio de las excepciones de mérito propuestas por la parte demandada. Sin embargo, al pronunciarse sobre la excepción de *“Inexistencia de cobertura por exclusión convencional del riesgo, de conformidad con lo establecido en las condiciones particulares de la Póliza de Seguro de Vida Grupo 0572016-01” expedida por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A*”, manifestó que para que se configurara la referida excepción era necesario que el beneficiario en este caso el señor Atenció Fuentes omitiera manifestar y/o informar las enfermedades que padecía al momento de la celebración del contrato, (...) que al momento de la celebración del contrato inicial el beneficiario gozaba de óptimas condiciones de salud y que sobre lo contrario nada se probó, teniendo la carga de hacerlo.

Sobre la prenombrada excepción se advierte que la misma fue presentada por la parte demandada como una causal de exclusión adicional prevista en las especificaciones generales de la renovación del contrato de seguro para el periodo comprendido entre el 01 de agosto de 2015 al 01 de agosto de 2016¹, en ese orden de ideas es claro el desacertado sustento de la juez de primera instancia, cono quiera que al resolverla le dio tratamiento jurídico como si fuese una excepción por reticencia.

A fin de establecer si la jueza a-quo desconoció o no los efectos de la renovación de la póliza de seguros No.0572016-1, es preciso tener en cuenta que de acuerdo con lo previsto por el artículo 1046 del Código de Comercio, modificado por el artículo 3º de la Ley 389 de 1997 *“El contrato de seguro se probará por escrito o por confesión”*. Adicionalmente, el numeral 2º del artículo 1048 del Código de Comercio dice que los *“anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza”* harán parte de la misma. Y el artículo 1049 del referido estatuto prescribe que dichos anexos *“deberán indicar la identidad precisa de la póliza a que acceden”*.

Examinadas las pruebas documentales allegadas por la parte demandada al escrito de contestación de la demanda, en orden a demostrar los términos de la renovación del contrato de seguros, verifica el Juzgado que:

En la declaración del estado de salud del riesgo y de asegurabilidad diligenciada 13 de junio de 2013 obrante al folio 12 y 187 cuaderno principal, firmada por el demandante como asegurado, el señor ATENCIO FUENTES manifestó que se encontraba en buen estado de salud y que la información suministrada en la declaración era verídica.

La copia de la carátula Seguro de Vida Grupo- Plan Vida Clásico Contributivo, consigna que el presente contrato se rige por las condiciones generales y particulares contenidas en la forma (F-02-83-275), la cual contiene amparos y exclusiones, así como las condiciones generales de la póliza.

Se allegó copia de la renovación de la Póliza No.0572016 -1 titulada *“Seguro de Vida de Grupo - Plan Vida Clásico Contributivo”*, expedida por Seguros de Vida Suramericana S.A. en la que figura como Tomador el Fondo Nacional de Empleados del Cerrejón- FONDECOR, y en lo referente al Asegurado se remite al Certificado Individual Documento Adjunto, con las siguientes coberturas: vida, invalidez, desmembración, inutilización por accidente o enfermedad, enfermedades graves; cuya vigencia se consigna entre el 1º de agosto de 2015 y el 1º de agosto de 2016 (folio 102 Cdn. Ppal.).

En los documentos anexos a la póliza de Seguro de Vida Grupo obrante a los folios 102 a 123 del cuaderno principal, figuran las especificaciones generales del contrato donde aparece como tomador FONDECOR, como asegurados los asociados a esta última y sus cónyuges, en calidad de beneficiarios FONDECOR como primer beneficiario y hasta el monto de la deuda al momento del siniestro y de los designados por los asegurados para el exceso si lo hubiere, con vigencia desde las 00:00 horas del 1ro de agosto de 2015 hasta las 24:00 del 31 de julio de 2016; así mismo comprende los siguientes amparos: vida- muerte por cualquier causa, incluyendo suicidio y homicidio y sin exclusiones; enfermedades graves-

¹ Visto a folio 102



incapacidad total o permanente “según definición , alcance y exclusiones a presentar en la oferta”- enfermedades graves allí descritas”.

De igual manera, consagra en el punto 35 las EXCLUSIONES ADICIONALES en los siguientes términos:

“Además de las exclusiones generales descritas en el condicionado F-02-83-275, en el ítem 2.2.2 correspondiente a INVALIDEZ, DESMEMBRACION O INUTILIZACION POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, se incluirán a partir de la renovación las siguientes:

° Este seguro no cubre la invalidez o pérdida de capacidad laboral que sean consecuencia directa o indirecta, en todo o en parte, de patologías osteomusculares o psiquiátricas o de trastornos mentales (...).”

Una valoración integral de las documentales relacionadas anteriormente, permite al Juzgado establecer que, contrario a los argumentos de la parte recurrente, el documento visible a los folios 113 a 123 del cuaderno principal no puede considerarse como parte de la póliza No. No.0572016-1 y por tanto no tiene la virtualidad de producir efectos en la renovación de la misma. Así pues, si bien figuran los nombres del Tomador, Asegurados y Beneficiarios; sin embargo, no revela con precisión y claridad los datos que permitirían deducir razonablemente que se estaba adhiriendo al contrato de Seguro de Vida de Grupo-Plan Vida Clásico Contributivo póliza No.0572016-1, toda vez que no menciona, clarifica o precisa en los términos de la norma, la identidad precisa de la póliza a la cual accede como lo exige el artículo 1049 del Código de Comercio e igualmente lo reitera el literal i del capítulo II 1.2.1.3. Circular Externa No. 007 de 1996 emitida por la Superintendencia Financiera y; ante la falta de señalamiento del citado número asignado a la póliza de seguros, no tiene la calidad de anexo del contrato y por tanto carece de mérito probatorio para demostrar las especificaciones generales de la renovación del contrato de seguro.

Lo anterior, teniendo en cuenta las precisiones que hizo la Sala de Casación Civil de la Corte sobre la exigencia de este requisito, al indicar que los anexos *“deben señalar de manera precisa los datos que inequívocamente revelen la identidad de la póliza a que adhieren, ya que al ser documentos accesorios destinados a formar parte de la póliza del seguro, necesariamente requieren el cabal establecimiento del documento al cual se integran. Esta identificación generalmente se hace con el señalamiento del número asignado a la póliza junto con la designación del nombre conferido al documento instrumentador del contrato y junto con los nombres de tomador, asegurado y beneficiario”* (CSJ Casación Civil, Sentencia del 2 de mayo de 2000, radicación 6291).

De igual forma, se indica en el escrito denominado “Seguro de Vida Grupo Especificaciones Generales” que *“además de las exclusiones generales descritas en el condicionado F-02-83-275, en el ítem 2.2.2 correspondiente a INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, se incluirán a partir de la renovación las siguientes: (...).”* mención a la forma que igualmente se consigna en el documento visto a folio 102 del cuaderno principal, no obstante ello se considera insuficiente para poder establecer de manera indubitable que aquel hace parte integral de la póliza que se alega pertenece, en la medida que la referencia a la que alude es general o proforma que bien puede hacer parte de muchos otros contratos. Lo anterior, máxime que en la póliza se indica que *“EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES CONTENIDAS EN LA FORMA (F-02-83-275) LAS CUALES SE ADJUNTAN”*, el que según su índice culmina en el numeral 18 “ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN” y sobre la documental que contiene las exclusiones adicionales en discusión nada se indica.

En el anterior orden de ideas, no puede el despacho arribar a la conclusión alegada por la parte recurrente relativa a *“entiéndase que la exclusión que hoy se debate hace parte de una RENOVACION de la póliza colectiva vida grupo deudores N° 0572016- 1 de la cual tenemos que de conformidad con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1048 del Código de Comercio, hacen parte de la póliza de seguro “los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza”*; pues como atrás se indicó la identidad de la póliza de la cual se afirma hace parte dicho anexo no se encuentra plenamente establecida de acuerdo con la norma que regula la materia.

Nótese como el apoderado de la parte recurrente al analizar el artículo en cuestión señala



“El art 1049 del código de comercio hace referencia a las renovaciones y explica que las mismas contendrán “además, el término de ampliación de vigencia” (tal y como sucedió en este caso), si vemos al detalle el significado de la expresión “además”, extiende su contexto en un sentido amplio, por lo tanto se interpreta que las renovaciones de la póliza no solo deben contemplar el nuevo periodo de vigencia sino que también dicho anexo puede venir acompañado de todas aquellas condiciones pactadas al momento de la negociación del nuevo periodo de renovación siendo así que también se circunscribe a que se pacte como es del caso la exclusión de ciertos riesgos en consonancia con lo dispuesto por el artículo 1056 del Código de Comercio, en el entendido que las partes pueden negociar los riesgos que se van asumir para el nuevo periodo de vigencia del contrato.”; no obstante soslaya el punto relativo a la identidad precisa que deben contener los anexos respecto de la póliza a la que acceden, anexos dentro de los cuales se encuentran las renovaciones de la póliza a voces del artículo 1048 ejusdem, situación fáctica que contrario a la posición adoptada por la parte interesada no puede pasar por alto esta judicatura.

Ahora, por otra parte, sobre las pluricitadas exclusiones ha expuesto la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil que:

“4.2. Si bien es cierto, el artículo 1048 del C. Comercio, reza «*hacen parte de la póliza: 1. La solicitud de seguro firmada por el tomador, y 2. Los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza...*»; también lo es, que entratándose de «*exclusiones*», se encuentra la siguiente normatividad aplicable al caso:

Art. 44 de la Ley 45 de 1990 «*Requisitos de las pólizas. Las pólizas deberán ajustarse a las siguientes exigencias:*

1º. *Su contenido debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, a la presente Ley y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva.*

2º. *Deben redactarse en tal forma que sean de fácil comprensión para el asegurado. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles, y*

3º. *Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza.*

Art. 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero «*...requisitos de la póliza. Las pólizas deberán sujetarse a las siguientes exigencias:*

Su contenido debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, al presente estatuto y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva;

Deben redactarse en tal forma que sean de fácil comprensión para el asegurado. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles, y

Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza.

Las Circulares Externas No. 007 de 1996, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, Capítulo II, 1.2.1.2. «*...A partir de la primera página de la póliza (amparos y exclusiones).*

Los amparos básicos y todas las exclusiones que se estipulen deben consignarse en forma continua a partir de la primera página de la póliza. Estas deben figurar en caracteres destacados o resaltados, según los mismos lineamientos atrás señalados y en términos claros y concisos que proporcionen al tomador la información precisa sobre el verdadero alcance de la cobertura contratada. No se pueden consignar en las páginas interiores o en cláusulas posteriores exclusiones adicionales en forma distinta a la prevista en este numeral».



Y, 076 de 1999, «... 2. Primera página de la póliza. En esta página debe figurar, en caracteres destacados, según, los mismos lineamientos atrás señalados, y en términos claros y concisos que proporcionen al tomador la información precisa sobre el verdadero alcance de la cobertura contratada, los amparos básicos y todas y cada una de las exclusiones que se estipulen. Por ningún motivo se podrán consignar en las páginas interiores o en las cláusulas posteriores exclusiones adicionales que no se hallen previstas en la primera condición aquí estipulada» (subrayado fuera de texto).

4.3. En ese orden de ideas, la «exclusión» contenida en el «anexo a la póliza para seguro de vida individual» que en el sub júdice fue aportado como medio de acreditación, prueba esta que el Tribunal acusado tuvo como sustento para fincar su resolución, según viene de verse, resulta contraria a lo dispuesto en la ley, toda vez que el marco legal que regula precisamente el tema de las «exclusiones en las pólizas de seguro», dada su naturaleza pública, es de obligatorio cumplimiento y, por ende su inobservancia torna los pactos que se hagan en contrario como ineficaces, esto es, que no producen ningún efecto en el tráfico jurídico.” Sentencia STC514-2015

Posición que en términos generales fue ratificada en sentencia de unificación SC2879-2022 de 27 de septiembre de 2022, con ponencia del magistrado LUIS ALONSO RICO PUERTA, en la que consigna:

“Considera la Sala que la intención del legislador de garantizar la correcta y suficiente información del asegurado y su conocimiento de las coberturas y exclusiones del amparo contratado se cumple a cabalidad cuando éstas se consagran de forma continua, ininterrumpida y con caracteres destacados a partir de la primera página de la póliza, lo que permite una redacción clara y detallada que, a su vez, redunde en la adecuada comprensión que busca el artículo 184 del EOSF².

La hermenéutica que hoy unifica la Corte respecto a la ubicación espacial de las coberturas y exclusiones en la póliza de seguro armoniza la necesidad de garantía de información y conocimiento de quien se adhiere al contrato de seguro, con la esencia misma del acuerdo de voluntades en el que debe prevalecer la intención de los contratantes, como lo exige el artículo 1618 del Código Civil.”

Conforme con la citada posición, aunque las exclusiones que en el recurso se señalan como parte o anexo integrante de la póliza colectiva vida grupo deudores N° 0572016-1, incluidas en la renovación de la misma, se tengan por tal, no pueden ser atendidas, pues no cumplen con las características antes mencionadas, ni aún en el anexo, habida cuenta que se encuentran en la penúltima página de dicho anexo sin caracteres destacados, y la inobservancia de esa norma, dice la Corte, produce la ineficacia de dicho acápite.

Así pues, la situación anterior es contraria a lo sostenido por el recurrente al indicar como sustento del mismo “Máxime que la compañía para dar a conocer las exclusiones ha cumplido a cabalidad con lo dispuesto por la Superintendencia Financiera de Colombia, órgano con facultades jurisdiccionales que sostiene la postura que “en aquellos casos en que en consideración al número de amparos y sus respectivas exclusiones, así como la necesidad de ofrecer una descripción legible, clara y comprensible de los mismos, no sea susceptible incorporar todos estos conceptos en una sola página, pueden quedar, tanto los primeros como las segundas consignados en forma continua a partir de la primera página de la póliza, como lo precisa la instrucción de este servidor”, ya que la exclusiones pluricitadas no se encuentran en forma continua con los amparos a partir de la primera página de la póliza, así como tampoco del anexo.

Debe decirse que si bien la sentencia arriba citada hace referencia a una póliza para seguro de vida individual, y aquí la que se estudia es de grupo, lo cierto es que la normatividad en cita no hace distinción a qué tipo de pólizas se aplica, por el contrario sus previsiones se entiende que se extienden a todo tipo de pólizas pues se reseña a estas de manera general como puede observarse al consagrar que “Requisitos de las pólizas. Las pólizas deberán ajustarse a las siguientes exigencias (...)”, por lo que la regulación en mención es aplicable al sub lite con

² Sumado a ello, la finalidad de la norma se garantiza cuando la aseguradora cumple con su carga de información y entrega anticipada del clausulado, contenida en el artículo 37 del Estatuto del Consumidor, antes explicado.



todos sus efectos, en los términos antedichos.

Señala además el recurrente que *“Conforme lo anterior, está probado que quien negocia las condiciones en las que se ejecutará el contrato de seguro es entre el tomador y asegurador mas no entre el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, reservándose el tomador, es decir, FONDECOR, la obligación de reportar o notificar al asegurado, en este caso el señor ATENCIO FUENTES de las novedades que se presenten relacionados con la renovación de la póliza 0572016-1.”*; afirmación que en principio resulta ser cierta según lo indica la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil en la sentencia Exp. No. 76001-31-03-006-1999-00019-01 al señalar que *“Sucede, sin embargo, que cuando se constituye dicha garantía, normalmente el deudor-asegurado adhiere a las condiciones que propone el acreedor, quien en todo caso debe garantizar la debida información en torno a las condiciones acordadas con la aseguradora que otorga la póliza colectiva (...)”*, no obstante, ante los defectos legales advertidos en el documento contentivo de las exclusiones que se pretenden hacer valer y por la cuales se objetó la reclamación, dicha situación no es soporte para revocar la sentencia proferida en primera instancia y consecuentemente con ello, no acceder a las pretensiones de la demanda.

Luego entonces, como la compañía aseguradora no cumplió con la carga de probar las condiciones o especificaciones generales acordadas por las partes contratantes al realizarla renovación del citado contrato para la vigencia agosto de 2015 – julio de 2016 fuera de las convenidas en el condicionado F-02-83-275, mal podría exigírsele a la juzgadora definir la controversia planteada bajo las exclusiones acordadas en el documento que se dice anexo a la póliza, como quiera que este fue indebidamente elaborado contrariando las normas que lo regulan; en ese orden de ideas, no resultan desacertadas las conclusiones a las que arribó la juez a-quo en el sentido de que no debían aplicársele al actor las nuevas exclusiones esgrimidas por la parte demandada, aunque no realizó una valoración de las pruebas que sirven de fundamento a su determinación.

Bajo esa premisa, en el presente caso no se discute que Seguros de Vida Suramericana S.A. expidió la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores- Plan de Vida Clásico Contributivo No. 0572016-1, en la que se identifica al Fondo de Empleados de Cerrejón – FONDECOR como “Tomador” y, en el formulario denominado *“declaración de asegurabilidad”* se hace referencia al señor ENRIQUE ANTONIO ATENCIO FUENTES como asegurado. Tampoco es materia de controversia que el contrato se renovó con vigencia del 1º de agosto de 2015 al 1º de agosto de 2016 (sic), como lo acredita el documento que obra al folio 102 cuaderno principal, con las siguientes coberturas: vida, invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad, enfermedades graves y; como la parte demandada no probó fehacientemente que el demandante se adhirió de manera legal a las especificaciones generales plasmadas en el documento visible a los folios 113 a 123, por cuanto el mismo carece de mérito probatorio para producir los efectos perseguidos por la Compañía Aseguradora como sustento de la objeción al pago, se entiende que la renovación se produjo en los mismos términos del contrato inicial.

Analizadas entonces las estipulaciones sobre amparos y exclusiones conforme a lo establecido en los documentos de la póliza que obran a folios 102 a 112 al cual debe hacerse remisión antela ausencia de prueba en debida forma e ineficacia de las exclusiones que se dice fueron convenidas en la renovación, aprecia el Juzgado que se incluyó, entre otros Amparos Básicos, el relativo a la *“1.1.2. INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD”*. Así mismo, dentro de las exclusiones a este amparo, adicional a las que aplican para todos los amparos, se estipularon aquellas reclamaciones que sean consecuencia de *“2.2.2.1. PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS(..)2.2.2.2. ENFERMEDADES O ACCIDENTES ORIGINADOS U OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSION DE LOS AMPAROS ADICIONALES, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO(..) 2.2.2.3. LESIONES QUE HAYAN SIDO PROVOCADAS A SI MISMO POR EL ASEGURADO ESTANDO O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES (..) 2.2.2.4.EL USO DE VEHICULOS O ARTEFACTOS AEREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECANICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACION (..)2.2.2.5.MUERTE, INVALIDEZ O LESIONES COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES POR LA PRACTICA COMO PROFESIONAL O AFICIONADO DE ACTIVIDADES TALES COMO: MOTOCICLISMO, CUATRIMOTOS, VUELO EN PLANEADORES, COMETAS, ULTRALIVIANOS Y SIMILARES, PARAPENTE, BUNGEE JUMPING, PUENTING, RAFTING,*



DOWNNHILL, PARACAIDISMO, ESCALAJE DE MONTAÑAS, SKI EN EL HIELO, BUCEO, ARTES MARCIALES Y DEPORTES O ACTIVIDADES DENOMINADAS DE ALTO RIESGO Y/O EXTREMAS encontrándose además las previstas para enfermedades graves (folios 106 a 107 Cdn. Ppal.).

Por tanto, procede el Juzgado a establecer si se encuentra probado en el proceso la ocurrencia del siniestro alegado por el actor, aspecto sobre el cual gira el debate en esta instancia, del cual surge la obligación de efectuar el pago del valor asegurado, ya que solamente si ello se encuentra acreditado puede determinarse que hay lugar a la pretendida indemnización.

De las pruebas documentales allegadas por las partes, aparece probado en el expediente que i) el señor ENRIQUE ANTONIO ATENCIO FUENTES prestó sus servicios a CARBONES DEL CERREJON LIMITED, entre el 19 de junio de 1986 y el 31 de agosto de 2016, según liquidación final del contrato (folios 23 y 24 Cdn. Ppal.); ii) según dictamen 2016177021DD del 18 de septiembre de 2016 emitido por COLPENSIONES, el demandante fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 67.31% de origen enfermedad y riesgo común, donde se indica como fecha de estructuración el 26 de julio de 2016, generada por las siguientes patologías: "I10 HIPERTENSION esencial (primaria), R418 OTROS SÍNTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCIÓN COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS, F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, H534 DEFECTOS DEL CAMPO VISUAL, M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA " (folios 17 a 22 Cdn.Ppal.); iii) mediante comunicación que registra constancia de recibido el 28 de septiembre de 2016, COLPENSIONES notifica al demandante el contenido del dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral (folio 13 Cdn. Ppal.); iv) a través del escrito fechado octubre de 2016, se evidencia que el señor ENRIQUE ANTONIO ATENCIO FUENTES reclamó ante SURAMERICANA S.A. el pago del amparo de invalidez por enfermedad (folios 25 a 26 Cdn. Ppal.); y v) por oficio de fecha 22 de noviembre de 2016, la compañía Seguros de Vida Suramericana S.A. manifiesta al demandante que objeta la reclamación, porque algunos de los diagnósticos que generó su estado de invalidez, hacen parte de las exclusiones estipuladas en las condiciones particulares de la póliza a partir de la vigencia del 1º de agosto de 2015 al 31 de julio de 2016 (folios 25 a 26 Cdn. Ppal.)

Bajo las anteriores circunstancias, se observa que en el texto de la póliza se contrató las condiciones generales de la misma (folio 107 Cdn. Ppal.), donde se establece que para el efecto del amparo por invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad, "(..) *la invalidez será la pérdida de capacidad laboral mayor o igual al 50% de acuerdo con los criterios establecidos en el Manual Único de Calificación de Invalidez (decreto 917 de 2001 o aquel vigente al momento de la calificación de la invalidez) (..), podrá ser certificada por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), Entidad Promotora de Salud (EPS), por la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) a la cual se encuentra afiliado el Asegurado, por la Junta Regional de Calificación de Invalidez o entidad que haga sus veces, o por el médico habilitado legalmente para ello (especialista en medicina laboral o salud ocupacional)*".

En el caso, no existe discusión sobre la vigencia del contrato de seguros para la época del acaecimiento del siniestro amparado, «Invalidez por accidente o Enfermedad», pues, en virtud de la renovación que da cuenta el documento obrante a folio 102, el seguro tenía vigencia desde el 1º de agosto de 2015 hasta el 1º de agosto de 2016, aunque en las especificaciones generales se indica que la vigencia va hasta el 31 de julio de 2016 y; en tal lapso temporal, según dictamen 2016177021DD del 18 de septiembre de 2016, emitido por COLPENSIONES, y puesto en conocimiento de la aseguradora por escrito enviado octubre de 2016, el asegurado ENRIQUE ANTONIO ATENCIO FUENTES fue calificado con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 67.31% de origen común, con fecha de estructuración el 26 de julio de 2016.

Lo anterior es parcialmente respaldado por el recurrente al señalar que "*Por lo tanto y para los efectos contractuales pertinentes se entiende que la fecha en que acaeció el siniestro (que no es otro que la invalidez del señor Atencio) se debe asimilar a la fecha de estructuración de la invalidez, es decir el 26 DE JULIO de 2016, nos permite concluir que encuadra exactamente dentro del periodo de vigencia de la renovación de la póliza 0572016-1 es decir, el periodo de vigencia temporal comprendido entre el 01 de Agosto de 2.015 y 31 de julio de 2.016 (...)*".

Por lo antes expuesto para esta judicatura no es de recibo lo argumentado en el recurso en el sentido que "(..), teniendo en cuenta que la ocurrencia del siniestro se da por



circunstancias distintas al amparo de invalidez por enfermedad contratado pues como es conocido se materializó la exclusión de la asunción del riesgo de invalidez por desmembración o enfermedad derivado de patologías osteomusculares o psiquiátricas calificadas de origen común se tiene por resuelto que el demandante NO demostró la ocurrencia del siniestro.”; toda vez que como se ha venido motivando hasta acá, no se encuentra que el siniestro haya tenido como causa, alguna exclusión de las alegadas, en la medida que según se indicó el documento denominado SEGURO DE VIDA GRUPO ESPECIFICACIONES GENERALES, no puede legalmente ser tenido como parte integrante de la póliza en que encuentra asegurado el demandante, por tanto la ocurrencia del siniestro si se encuentra debidamente acreditada.

En el anterior orden de ideas el alegado cumplimiento contractual de informar al tomador las condiciones generales y particulares de la póliza de seguro vida grupo contributivo N° 0572016-1, expedida por seguros de vida SURAMERICANA S.A., resulta irrelevante, pues se ha indicado existen razones legales por las cuales no se puede tener como parte integrante de la póliza en cita el escrito contentivo de las exclusiones que se encuentran por fuera de la forma (F-02-83-275), máxime si como lo ha dicho la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil “4.3.- *Cierto es que el «asegurado deudor» en tratándose de «seguros de vida grupo deudores» está facultado para pedirle a la entidad garante el cumplimiento del contrato, esto es, que pague lo que debe y a quien corresponde.*” sentencia STC1338-2016

Ahora bien, se indica como argumento en contra de la sentencia el indebido examen crítico de las pruebas obrantes en el expediente conforme establece el art 280 del C.G.P.

Lo cual sustenta el recurrente, por una parte, manifestando su desacuerdo con la calificación de pérdida de capacidad del asegurado, referente a que el mismo no fue elaborado conforme al Manual Único para la Calificación de Invalidez.

Al respecto, aprecia el Despacho que la parte demandada alegó de manera general que el dictamen no se ajustó a aquel, pero no especificó claramente si los cuestionamientos guardan relación con la metodología de la valoración de la pérdida de la capacidad del demandante, los criterios tenidos en cuenta por la entidad calificadora para valoración de las deficiencias, la fecha de estructuración o porcentaje de la pérdida de capacidad laboral, a fin de verificar las falencias de cara al Manual.

Aunado a lo anterior, la conducta observada por la parte demandada en el trámite de la reclamación evidencia conformidad con la valoración de las enfermedades que dieron origen a la discapacidad del actor, el porcentaje de la pérdida de capacidad, así como la fecha de estructuración, toda vez que el contenido del oficio fechado 22 de noviembre de 2016 acredita que la Compañía Seguros de Vida Suramericana S.A. objetó la reclamación formulada por el demandante, exponiendo argumentaciones relacionadas con los diagnósticos que generaron el estado de invalidez y las supuestas exclusiones pactadas al momento de la renovación de la póliza y; guardó silencio respecto al presunto incumplimiento del Manual Único para la Calificación de Invalidez. Por lo que para el despacho no son válidos los citados argumentos a efectos de derruir el fallo proferido en primera instancia.

Así mismo, consignó que: (...) Al respecto, conviene tener en cuenta lo establecido en los artículos 1º y 2º del Decreto 1352 de 2013, en los siguientes términos: “(...) Art. 1º. CAMPO DE APLICACIÓN: El presente decreto se aplicará a las siguientes personas y entidades: m) Compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte. (...)” “(...) Art. 2º. PERSONAS INTERESADAS: Para efectos del presente decreto, se entenderá como personas interesadas en el dictamen y es de OBLIGATORIA notificación o comunicación, como mínimo las siguientes: 6. La Compañía de seguro que asuma el riesgo de invalidez, sobrevivencia y muerte. (...)” No obstante, la claridad de la disposición precitada, Seguros de Vida Suramericana S.A., no fue notificada ni recibió comunicación alguna, con respecto al trámite de calificación contenido en el dictamen en mención.

Sobre el punto se señala que la norma traída a colación, no se refiere al tipo de relación contractual de seguro que nos ocupa en el presente caso, toda vez que claramente indica que son personas interesadas en el dictamen “La Compañía de Seguro que asuma el riesgo de invalidez, sobrevivencia y muerte.”, riesgos que no son los contratados por la asegurada demandada, pues quienes los asumen en los términos del artículo 20 de la ley 100 de 1993 en el régimen de ahorro individual con solidaridad son aquellas aseguradoras para las que se destina el 3% restante a efectos de financiar los gastos de administración, la prima de



reaseguros de Fogafín, y las primas de los seguros de invalidez y sobrevivientes, situación que no es la que se debate.

Al respecto, ha indicado la Corte Constitucional en las sentencia C-617 de 2001, M.P. Álvaro Tafur Galvis, reiterada en la sentencia C-111 de 2006, M.P. Rodrigo que:

“En este sentido debe tenerse en cuenta que las pensiones de invalidez y de sobrevivientes se consagran dentro de un sistema de aseguramiento, por lo que quien está cotizando, paga el costo de esa protección, con lo que se asegura además su fidelidad al sistema –otro de los objetivos de la norma- que permite la aplicación de los principios de solidaridad y universalidad señalados en la Constitución para el sistema de seguridad social, al generar un fondo común que financia estas pensiones de invalidez y sobrevivencia tanto en el caso del régimen de prima media –a través de una cuenta separada para este efecto- como en el caso del régimen de ahorro individual –a través de una compañía de seguros- (artículo 20 de la Ley 100 de 1993).

En cuanto a los reparos formulados en esta instancia a la calificación, en torno a la idoneidad de la médico laboral señora TERESA DE LA HOZ SOLANO, adscrita a la entidad ASALUD y autorizada por COLPENSIONES para realizar la calificación, porque según el recurrente, se encuentra vinculada a los procesos penales que relaciona *“por presuntas conductas punibles derivadas de la elaboración de calificaciones y valoraciones espurias (...)”*; aprecia el despacho que dichos cuestionamientos no son de recibo por vía de apelación, dado que habiéndose agotado el trámite procesal correspondiente, mal podría el juez de segunda instancia entrar a valorar el contenido del dictamen ante la presunta incursión de la calificadora en las conductas penales que se le imputan, a fin de establecer su incidencia en la calificación de pérdida de capacidad laboral del demandante, para negar las pretensiones de la demanda; perspectiva desde la cual la compañía aseguradora pudo plantear la prejudicialidad y solicitar la suspensión de este proceso en los términos de los artículos 161 y 162 de Código General del Proceso, a efectos de verificar lo que definiera el presunto proceso penal que se adelanta por haber incurrido en supuestas conductas punibles al valorar específicamente al señor atención fuentes.

Por otra parte, debe decirse que los reparos formulados al respecto son genéricos y sin determinación alguna, respecto del dictamen surtido en relación con el demandante no hay nada concreto alegado y mucho menos probado.

Lo cierto es que el pluricitado escrito debe ser tomado como una prueba pericial con la cual según las condiciones convenidas en la póliza se acredita la ocurrencia del siniestro (véase Sección II Condiciones Generales Numeral 1.2.1 de la forma F-02-83-275), dictamen que al interior del proceso no se encuentra infirmado, inclusive pudiendo haberlo hecho desde la presentación de la reclamación al tenor de lo convenido en la cláusula No. 13 prueba del siniestro y pago de la indemnización de la citada forma.

En conclusión, las condiciones generales del contrato de Seguros de Vida Grupo- Plan Vida Clásico Contributivo contratado por FONDECOR, están previstas para delimitar tanto la extensión del riesgo asumido por el asegurador como para regular las relaciones entre los vinculados al contrato, y no acreditándose pacto específico que hubiera previsto la exclusión del amparo por invalidez o pérdida de capacidad laboral *“que sean consecuencia directa o indirecta, en todo o en parte, de patologías osteomusculares o psiquiátricas o de trastornos mentales”* como se anotó anteriormente; es preciso concluir que la compañía aseguradora no logró demostrar que la pérdida de capacidad laboral del demandante, se originó en una enfermedad que se encuentra excluida convencionalmente en la renovación de la póliza No.0572016-1.

En ese orden de ideas, el Juzgado confirmará la sentencia recurrida, y condenará en esta instancia a la apelante SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. a pagar las costas de conformidad con lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 365 del C.G.P., fijándose las agencias en derecho en el equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, según lo normado artículo 365 del C.G.P. y el numeral 1° del artículo 5 del Acuerdo N° PSAA16-10554 del 2016 del Consejo Superior de la Judicatura, en la medida que la duración de esta instancia ha sido razonable y no existió práctica de pruebas por lo que el trámite de la misma ha sido escritural.



En mérito de lo anteriormente expuesto, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Riohacha, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia de fecha veintidós (22) de abril de dos mil veintiuno (2021), proferida por el Juzgado Primero Civil Municipal de Riohacha-La Guajira, por las razones expuestas en la parte motiva de la presente providencia.

SEGUNDO: CONDENAR en costas en esta instancia a la apelante SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., las cuales serán liquidadas de manera concentrada en primera instancia. Fíjense como agencias en derecho el equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, según lo normado artículo 365 del C.G.P. y el numeral 1° del artículo 5 del Acuerdo N° PSAA16-10554 del 2016 del Consejo Superior de la Judicatura, de conformidad con lo expuesto.

TRECERO: Ejecutoriada esta providencia, por Secretaría dese salida por la plataforma Justicia XXI web y devuélvase el expediente físico al Juzgado Primero Civil Municipal de Riohacha-La Guajira.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Firmado Por:
Yeidy Eliana Bustamante Mesa
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 002 Oral
Riohacha - La Guajira

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **c42257f5aefe070a82b130988a9a360ebdbea135e1b326fb596d6702105eb64b**

Documento generado en 10/11/2022 11:13:28 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>