



JUZGADO CIVIL-LABORAL DEL CIRCUITO SEVILLA VALLE DEL CAUCA

SENTENCIA No. 30

Mayo doce (12) de dos mil veintidós (2022)

PROCESO: **DISCUSIÓN SOBRE CUMPLIMIENTO
CONTRACTUAL DE PÓLIZA DE SEGURO**
DEMANDANTE: **OSCAR ENRÍQUEZ HURTADO**
DEMANDADO: **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**

RADICADO: **76 736 31 03 001 2020 00033 00**

1

Estando dentro del término y de conformidad con lo estipulado en el artículo 373, numeral 5°, inciso 2 del Código General del Proceso, se procede a Dictar Sentencia¹ Civil de primera instancia dentro del proceso de Responsabilidad Civil Contractual de Cumplimiento de Seguro, promovido por **OSCAR ENRÍQUEZ HURTADO** quien actúa a través de apoderado judicial, en contra de **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**

1. SUSTENTO FACTICO

- 1.1. Los supuestos fácticos que integran la causa petendi, se resumen así: Manifiesta la parte activa que el día 6 de enero de 2017, SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. suscribió con BANCO DE OCCIDENTE S.A. póliza de vida grupo deudores No. GRD-404, amparando entre otras contingencias la Incapacidad total y permanente de sus clientes, siendo el demandante amparado bajo dicha póliza.
- 1.2. Argumenta que, en virtud de sus obligaciones crediticias, ingresó al seguro flotante No. GRD-404 a partir del 6 de enero de 2017, que la póliza estableció una vigencia inicial desde el primero de diciembre de 2018, con una fecha final anual renovable.
- 1.3. Aduce que el pago de sus obligaciones bancarias se ha realizado de manera oportuna y que para el día 23 de septiembre de 2019, se realizó pago por valor de (\$4.242.784), lo que corresponde al valor de la prima del contrato de seguro por el término de un año.
- 1.4. Expone que, ante el deterioro de su estado de salud, acudió a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, la cual emitió dictamen de PCL de 55.33% con fecha de estructuración febrero 8 de 2019.
- 1.5. Como consecuencia de lo anterior, radicó solicitud de reclamación por el pago de la deuda contraído ante BANCO DE OCCIDENTE S.A., para que la aseguradora asumiera el saldo insoluto del crédito, sin embargo, la respuesta obtenida fue negativa, con el argumento de falta de cobertura del evento reclamado en razón a una historia clínica del año 2012, la cual corresponde al hoy demandante, y en la que se hace mención a una serie de padecimientos que,

¹ Se ofrecen disculpas por el error involuntario de no indicar el sentido del fallo, el día en que se refirió que el mismo se proferiría por escrito, debido a la complejidad del asunto. Esta omisión inintencionada pudo deberse al mal estado de salud estomacal en que se encontraba el Funcionario para tal fecha.



según la demandada, no fueron reportados al momento de adquirir la póliza de seguros y en consecuencia, ello los exime de dar cumplimiento del contrato de marras.

- 2
- 1.6. Replica que, ante tales acusaciones se dirigió a MEDIMAS, para solicitar información que tenía en historia clínica de 2012, un supuesto procedimiento revascularizado de enfermedad coronaria, argumentando que nunca había sufrido enfermedades coronarias. Del mismo modo, solicitó información a ESIMED, la cual dio respuesta negativa argumentando que la Clínica Jorge Piñeros comenzó a prestarle sus servicios a partir del 2015, y que anterior a ese tiempo, era responsabilidad de los anteriores prestadores de servicios.
 - 1.7. Afirma que, ante las afirmaciones hechas en los oficios entregados por parte de la aseguradora, el señor Enríquez en 2019 se practicó un Angiotac Coronario, el cual arrojó un resultado normal y sin lesiones, de igual manera, realizó valoración médica, la cual confirmó que no padecía de síndrome cardio renal y descartó la arterioesclerosis coronaria y de presencia de stents coronarios, concluyendo que su estado de salud, no se correlaciona con lo mencionado en la historia clínica de 2012 presentada por la aseguradora.
 - 1.8. Menciona que ante las múltiples variables de su mal estado de salud y sobre las respuestas desfavorables de SEGUROS DE VIDA ALFA S.A, durante el proceso de reclamación del seguro de vida deudores, se atrasó en el pago de las cuotas de sus obligaciones, que hoy se encuentran unificadas en una sola.
 - 1.9. Arguye que, situación igual a lo antes narrado frente a la póliza de deudores con BANCO DE OCCIDENTE; ocurrió con BANCO DE BOGOTÁ y la póliza de seguros No. 458 adquirida con SEGUROS ALFA, frente a la obligación adquirida en esta entidad bancaria, ante la cual, al momento de solicitar el cumplimiento de la póliza por la pérdida de la capacidad laboral, fue negada por las mismas razones, sin embargo, en este caso si se aprobó el pago de 4 obligaciones contraídas con Banco de Bogotá.
 - 1.10. Aduce que ha presentado nuevas reclamaciones ante las entidades bancarias antes mencionadas y que no ha obtenido respuestas favorables. Que a su vez ha sido calificado por segunda vez por la Junta Regional de Invalidez obteniendo como calificación una pérdida de la capacidad laboral del 57.10% y una fecha de estructuración del 19 de diciembre de 2018.

2. PRETENSIONES

El ciudadano **OSCAR ENRÍQUEZ HURTADO**, asistido de mandatario judicial, presentó demanda con el fin de adelantar proceso ordinario de Responsabilidad Civil Contractual, a través de la cual pretende, lo siguiente: **I)** Se cancele a favor del BANCO DE OCCIDENTE S.A. las obligaciones que se encuentran vigentes por haberse agotado los presupuestos que dan lugar a la afectación del amparo de Incapacidad total y permanente, **II)** Se devuelva la totalidad de las cuotas pagadas a Banco de Occidente S.A., a partir de la fecha de estructuración de la invalidez, **III)** Se reconozcan los intereses de mora a la tasa fijada por la Superfinanciera teniendo en cuenta el retardo e incumplimiento en que incurrió la convocada a BANCO DE OCCIDENTE, de cara al artículo 1080 de Código de Comercio, **IV)** Se cancele a favor de BANCO DE



BOGOTÁ, las obligaciones crediticias por haberse agotado los presupuestos de hecho que dan lugar a la afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente, **V)** Se devuelva la totalidad de las cuotas pagadas por el demandante al BANCO DE BOGOTÁ, a partir de la estructuración de la Invalidez, **VI)** Se reconozcan los intereses de mora a la tasa fijada por la Superfinanciera, teniendo en cuenta el retardo e incumplimiento en que incurrió la convocada a BANCO DE BOGOTÁ, de cara al artículo 1080 de Código de Comercio y **VII)** Se condene a SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. a cancelar a favor de mi mandante las costas y agencias en derecho que oportunamente tase el despacho.

3. ACTUACIÓN PROCESAL

Previa exigencia de requisitos formales, se profirió auto admisorio de la demanda, el once (11) de marzo de dos mil veinte (2020)², y posteriormente el surtimiento de la debida notificación a la entidad que *en la germinal etapa procesal* contaba con la calidad de demandada, la cual, a través de apoderado judicial, procedió a ejercitar su derecho de defensa y contradicción, pronunciándose con respecto al sustento factico y las pretensiones extendidas en la demanda, al tiempo que propuso diversas excepciones de mérito.

En atención al Decreto 564 de 2020, se suspendieron los términos judiciales con ocasión de la emergencia sanitaria por Covid -19.

Mediante Auto No. 335 de octubre 9 de 2020, y ante el levantamiento de la suspensión de términos con ocasión de la pandemia por COVID-19, se ordenó reanudar el proceso, así también tener por notificado por conducta concluyente al representante legal de SEGUROS ALFA, el señor JAMES RÍOS MONCADA.

3.1 CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

La parte demandada allega escrito, en el cual realiza una manifestación preliminar, señalando al demandante de pretender engañar a las entidades bancarias referenciadas, y en particular a la demandada, al adquirir diversas obligaciones financieras y suscribir seguro de Vida Grupo Deudores de seguros Alfa, y así evitar los pagos; se afirma que el señor Enríquez mintió deliberada y conscientemente a la aseguradora del estado del riesgo.

Hace mención a que, en los formularios diligenciados para la adquisición de los diferentes créditos, manifestó encontrarse en perfecto estado de salud y no presentar ningunas de las enfermedades relacionadas en ellos, negó haber estado sometido a algún tratamiento o intervención quirúrgica, y dijo no sufrir de enfermedades crónicas.

En cuanto a las pretensiones solicita al despacho denegar la totalidad de las pretensiones, dado que las mismas carecen de sustento factico y jurídico.

Frente a los hechos de la demanda, afirma que en cuanto a la suscripción de la Póliza de Vida grupo deudores No. GRD-404 el 1 de julio de 2016, en la cual, se amparó el riesgo por incapacidad total y permanente, los clientes debían manifestar de forma verídica y real si poseían enfermedades o inconvenientes de salud.

² Ver folio 197 expediente digital, Primer Cuaderno



Afirma que el señor Enríquez no ingresó el día 6 de enero de 2017 a la póliza GRD-404, determinando que su ingreso se dio en diferentes fechas, en razón a la adquisición de las diferentes obligaciones.

Menciona que, conforme se avizora en la historia clínica, no hay lugar a dudas de que el señor ENRÍQUEZ, presenta varios problemas de salud desde el año 2005 y hace referencia a que en el Dictamen de Calificación de invalidez³ éste, le manifestó a los médicos que desde los 15 años presentaba episodios auto limitados de 1-2 días por pérdida de agudeza visual unilateral, asociado a dolor retrocular; así mismo relata que el día 6 de junio de 2018, sufrió una caída de una bicicleta, de la cual, se produjo una lesión axonal difusa, epilepsia postrauma craneano⁴ y posterior a la caída y el trauma craneoencefálico y su diagnóstico, el señor Enríquez suscribió nuevos créditos, ante los cuales manifestó no tener problema de salud alguno.

4

Comenta que la historia clínica no ha sido desvirtuada por el demandante, y se presume que todo lo allí contenido es veraz, dado que fue elaborado por profesionales de la salud y que las respuestas dirigidas al señor Enríquez a través de las contestaciones de los derechos de petición, no son irregulares ni inciertas, toda vez que son traídas de la historia clínica del señor Oscar Enríquez.

Puntualiza que, a pesar que en el Dictamen de Calificación de Invalidez, se señale “que la arteria coronaria derecha e izquierda permeable es normal y no presenta lesiones”, ello no quiere decir que no haya tenido problemas coronarios.

Evidencia que el demandante confiesa que presentaba un mal estado de salud, el cual conocía a la perfección, y ratifica que para poder ingresar a la póliza No. GDR-458, debía realizar previamente una declaratoria de asegurabilidad, en la cual, debía manifestar los problemas de salud, que poseía con el propósito de que la aseguradora pudiera manifestar su voluntad de manera libre y consciente.

Afirma que no es cierto que el demandante hubiera presentado una reclamación que cumpliera con los requisitos del artículo 1077 del Código de Comercio, la cual, establece que corresponde al asegurado demostrar la realización del riesgo asegurado y que el señor Oscar Enríquez no logra demostrar la ocurrencia de un siniestro, dado que el contrato se encontró viciado desde el momento de su celebración; manifestándose de igual manera, a los hechos narrados frente a BANCO DE BOGOTÁ.

Puntualiza que, debido a los engaños y mentiras relatadas por el demandante, logró que Seguros de Vida Alfa, incurriera en un error y realizara el pago de créditos, cuando ello no era procedente, en razón a que el contrato se encontraba viciado de nulidad; sostiene que las enfermedades, las cuales, configuraron la pérdida de la capacidad laboral, se generaron de conformidad a lo señalado en la historia clínica, esto es, con anterioridad a la vigencia de la Póliza, lo cual, lo configura en la causal expresa de exclusión, toda vez que en la póliza se expresa que la pérdida de la capacidad laboral se ocasione y manifieste en vigencia de la misma.

En consecuencia de lo anterior, solicita la devolución de los dineros pagados con ocasión de hacer efectivas las pólizas de seguro.

³ Ver folio 155, expediente digital

⁴ Ver folio 251, expediente digital.



En el mismo escrito, presentó como *excepciones de mérito* I). **NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA**, en razón a lo establecido en el artículo 1058 del código de comercio, que estipula que la parte asegurada tiene la carga de expresar verazmente cuales son los hechos o circunstancias que afectan el estado de riesgo. **II) INEXISTENCIA JURÍDICA DEL CONTRATO DE SEGURO, POR FALTA DE UN ELEMENTO ESENCIAL: RIESGO**, conforme lo establecido en el artículo 1045, elementos esenciales del contrato de seguro, donde se encuentra el **RIESGO ASEGURABLE**, el cual según su definición no depende exclusivamente de la voluntad del tomador y cuya realización da origen a la obligación del asegurador y el cual debe configurarse durante la vigencia del contrato de seguro. **III). PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN POR MALA FE EN LA RECLAMACIÓN-ARTICULO 1079 CÓDIGO DE COMERCIO**, conforme a lo establecido en el referido artículo y demás concordantes, se debe demostrar la ocurrencia del *siniestro*, relacionada en este evento, como la *realización del riesgo asegurado*; no obstante, observa mala fe en el demandante, al pretender reclamar indemnización por copiosa cantidad de créditos, por enfermedades *previas* a la firma del contrato, las cuales, fueron ocultadas por el mismo reclamante, pretendiendo defraudar a varios Bancos, **IV) AUSENCIA DE AMPARO DE LOS HECHOS DE LA DEMANDA POR FECHA DE INICIO DEL SINIESTRO-ARTICULO 1073 CÓDIGO DE COMERCIO**, esgrimiendo que el hecho, es decir, varias enfermedades que registra la histórica clínica del demandante, fueron correspondientes entre los años 2005 y 2012, previas a las firma de las pólizas GRD 404 y 458, siendo ajena la responsabilidad que se le pretende enrostrar a la Aseguradora. **V) AUSENCIA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA GRD-458**, existe una autonomía de la voluntad en la firma del contrato, pero la misma, no permite unilateralmente alterarlo; con mayor veras, cuando trae consigo mala fe, al haberse ocultado la existencia de enfermedades anteriores a su firma (años 2005-2012), tales como Dislipidemia, Hiperlipidemia Mixta, Hipercolesterolemia, Obesidad por Exceso de Calorías, Antecedente de Enfermedad Coronaria Revascularizada y Enfermedad Valvular Mitral-Cardiomiopatía Dilata; teniéndose en cuenta que la Póliza GRD458, fue emitida el 30 de junio de 2011, se concluye que no existe cobertura de la Póliza, **VI) AUSENCIA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA GRD-404**, tiene la misma línea de la anterior excepción, recalando que el demandante tenía enfermedades con anterioridad a la firma de la prementada Póliza, es decir, no contaba con buen estado de salud, pese a que declaró lo contrario, **VII) AUSENCIA ABSOLUTA DE SINIESTRO PÓLIZAS GDR-404 y GDR 408**; refiere el artículo 1077 *ibidem*, trayendo nuevamente la demostración de la existencia del siniestro y todas las implicaciones que trae, siendo incisivo en el sentido que debe generarse durante la vigencia de la póliza, manifestándose verídicamente el estado de salud, siendo circunstancias que no fueron probadas en este caso. **VIII) TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGUROS POR AGRAVACIÓN NO INFORMADA DEL ESTADO DEL RIESGO-ARTICULO 1060 *IBIDEM***. El tomador de la póliza debe informar sobre el estado real del riesgo, notificando sobre los hechos y circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración de los contratos, los cuales, impliquen agravación del riesgo, indicando que la salud del demandante se agravó durante la vigencia de las pólizas de seguro, siendo consciente de ello, en razón a que acudía a citas médicas, donde se le diagnosticaba su estado de salud, situación que tampoco informó, siendo sobresalientes los traumas generados por una caída en bicicleta, acontecida el 06 de junio de 2018, que le produjo lesión axonal difusa, epilepsia postrauma craneano; así como infartos lacunares y alteraciones en sus estados mentales, estando para esa fecha los créditos 0370013094, 0370013127 y 0370013301 adquiridos con Banco de Occidente, además de los créditos



93551000457 y 355542307 adquiridos con el Banco Bogotá, siendo complejidades médicas que no informó a la Aseguradora; finalmente **IX) COBRO DE LO NO DEBIDO-ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA**, la normatividad vigente prohíbe a persona natural o jurídica, enriquecerse sin justa causa, al tiempo que el artículo 1524 del Código Civil, prohíbe que existan obligaciones sin causa lícita; no obstante, el demandante pretende que se afecten 02 pólizas de seguro, existiendo nulidad de contrato por reticencia, ausencia del riesgo como elemento esencial del contrato y siniestro ocurridos antes de la vigencia del mismo contrato, por lo que los reclamos no están llamados a prosperar.

3.2.- DEMANDA DE RECONVENCIÓN

6

SEGUROS DE VIDA ALFA, en este evento, en calidad de **sujeto procesal activo**, se pronuncia en el mismo sentido de la contestación de la demanda **origen**, sintetizando que el señor Enríquez, firmó declaratorias de asegurabilidad en diversos créditos, ocultando y mintiendo sobre el padecimiento de varias enfermedades preexistentes a su suscripción, pretendiendo en este proceso beneficiarse de las Pólizas de Cumplimiento que cubren las obligaciones crediticias; buscando la forma de defraudarlos, incluso, materializando el engaño en un monto de \$108.650.070, suma que le fue reconocida, agregando que también engañó a Banco Davivienda, según se aprecia en el Dictamen de Calificación de Invalidez.

Por tanto, pretende que se declare que el demandante Enríquez actuó de mala fe, condenándolo a que reembolse el prementado monto a SEGUROS ALFA, junto con sus intereses moratorios, además de las costas que se generen por esta reconvencción; siendo esta petición soportado en fundamentos de derecho, los cuales, tienen una estrecha relación con el contenido de las excepciones de mérito presentadas y ya referidas.

3.3.- TRASLADO DE LAS EXCEPCIONES DE MERITO PRESENTADAS CONTRA LA DEMANDA ORIGEN.

Se corrió el respectivo traslado a la parte actora en primigenia demanda, de las excepciones de mérito propuestas, por **SEGUROS DE VIDA ALFA**, ante lo cual reflejó en un primer momento la inconformidad, en el sentido de que se le enrostra al señor Enríquez, un actuar fraudulento, dirigido a efectuar maniobras tendientes a alcanzar beneficios económicos, afectando las plurimentadas pólizas, cuando considera que es la Aseguradora, la que ha tomado una postura dilatoria en el cumplimiento de los contratos de seguros; consiguientemente, condensan las excepciones en dos grupos, debido a que desde su concebir, algunas de ellas, encierran argumentos dependientes, por tanto, de forma inicial toman la **INEXISTENCIA JURÍDICA DEL CONTRATO DE SEGUROS, LA AUSENCIA DE COBERTURA DE LAS DOS PÓLIZAS, LA AUSENCIA ABSOLUTA DE SINIESTRO EN LAS DOS PÓLIZAS, LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGUROS y EL COBRO DE LO NO DEBIDO**, refiriendo que en este tipo de Pólizas, existe una posición dominante de la Asegurada, al tiempo que el señor Enríquez ha actuado de buena fe, ya que ha intentado en diversos medios y de manera argumentada, lograr la corrección de algunas anotaciones equivocadas que tiene en su historia clínica, sobre las cuales, se ha observado una gestión infructuosa, estando completamente a disposición de la Aseguradora demandada para su valoración, sin embargo, reclama que la encausada, se escuda en una buena fe, cuando ha incumplido con requisitos mínimos, como práctica de exámenes médicos de ingreso y de seguimiento al cliente; en este caso, al



demandante, por lo que no le es dable imputarle una actuación fraudulenta o de mala fe al reclamante, sin estar demostrada; más cuando la Aseguradora tiene la obligación de observar el estado de salud real de sus clientes, y si pueden haber sintomatologías irrisorias, el tomador, desconoce su alcance al momento de la calificación de riesgo.

Desde otra vertiente, se pronuncia frente al otro grupo de excepciones, concretamente, la NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGUROS, LA AGRAVACIÓN DEL ESTADO DE RIESGO y la PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN, a fin de establecer que el demandante se practicó exámenes médicos el 11 de junio y 2 de julio de 2019, los cuales, no fueron valorados a conciencia por la demandada, confirmando que a la fecha de suscripción del seguro, el tomador no había presentado enfermedad coronaria revascularizada, ni cardio renal hipertensiva, no presentaba aterosclerosis coronaria y/o stents coronarios; al contrario, los exámenes presentaban las arterias coronarias, derecha e izquierda, como permeables, normales y sin lesiones; de igual forma, especifica que intentó ponerse en contacto con la IPS CLÍNICA ESIMED JORGE PIÑEROS, a fin de intentar la corrección de los errores anotados, pero se presentaron situaciones administrativas, ajenas a su accionar que no permitieron el cambio de novedad, por lo que considera que estas actuaciones, desfiguran la presunta mala fe con la que actúa, la cual, debe ser probada por la Aseguradora.

7

3.4.- CONTESTACIÓN DEMANDA RECONVENCIÓN

Entre otros apartes, establece el ahora demandado Oscar Enríquez Hurtado, a través de su apoderado judicial que sí suscribió las declaraciones de asegurabilidad, pero a través de las mismas, autorizó a la aseguradora, la validación de su historial médico y revisión de estado de salud, teniendo libre acceso a la historia clínica del paciente; siendo declaraciones de asegurabilidad que no contienen información falsa, originada desde una presunta mala fe, por tanto, se oponen al reconocimiento de las pretensiones de la demanda de reconvencción.

En el mismo escrito de **contestación de demanda de reconvencción**, presentó como excepciones de mérito **I) INEXISTENCIA DE MALA FE**, dado que, no ha sido demostrada por la contraparte, menciona que la Aseguradora está facultada y autorizada para ahondar en el estado de salud del tomador del seguro; mas cuando el tomador desde su concebir, considera a algunas complejidades médicas, como aleatorias e irrelevantes, al tiempo que considera como dominante y arbitraria, la postura de la Aseguradora, consistente en perseguir al tomador, como inexperto en la materia, desde unos factores aislados e irrisorios de riesgo, alejados de ser patologías crónicas que afecten su condición médica, las cuales, requieran ser comunicadas para evitar la objeción al pago de la reclamación, siendo una situación, complementada con los esfuerzos del tomador, dirigidos a intentar corregir información equivocada que reposa en su historia clínica, como los problemas cardiovasculares que se le asignan, por tanto, insiste que el soporte probatorio con el que pretende la Aseguradora, enrostrar mala fe, no tiene un cimiento fuerte, siendo solo sustentado por documentos inexactos; mientras que el tomador de seguros, efectuó todas las acciones tendientes a demostrar la inexistencia de problemas de salud que no posee, al tiempo que siempre ha estado disponible para que la Aseguradora valore su estado de salud, al punto que ha sido calificado en más de 02 veces por Juntas Medicas, a fin de concertar los términos de la relación contractual, como segunda y última excepción de mérito, presenta **II) PRESCRIPCIÓN** expone que desde las pretensiones del extremo litigioso, se requiere que se declare la mala fe del tomador, solicitando la nulidad del contrato



de seguros, así como la restitución de los dineros cancelados por cuantía de \$108.650.070, en virtud a créditos provenientes del Banco de Bogotá, siendo una suma que ya configuró el fenómeno prescriptivo, por la negligencia de la propia Aseguradora, al tenerse en cuenta que el crédito No. 935510000457, da cuenta de la expedición de un contrato asegurativo en junio 30 de 2011, siendo el punto de partida que desencadena la presente excepción; con mayor veras, cuando al momento de la reclamación en marzo de 2019, la Aseguradora no habría excepcionado, ni accionado nulidad de contrato del seguro en mención, después de haber transcurrido 05 años, desde el ingreso del tomador a la póliza de vida GRD 458, configurándose la prescripción extintiva de la acción; por todo lo anterior, solicita que se desestimen las pretensiones contenidas en la demanda de reconvención.

3.5. TRASLADO EXCEPCIONES DEMANDA RECONVENCIÓN

Se corrió el respectivo traslado a la parte actora en demanda de reconvención, de las excepciones de mérito propuestas, por **OSCAR ENRÍQUEZ HURTADO**, ante lo cual, reflejó que se opone a la excepción de INEXISTENCIA DE MALA FE, ya que el tomador mintió deliberada y conscientemente en las declaraciones de estado de riesgo; en las cuales expuso no tener problema de salud alguno, relacionado con enfermedades congénitas, cardíacas, vasculares, renales, neurológicas, psiquiátricas, pulmonares, trastornos inmunológicos, VIH SIDA, hipertensión arterial de cualquier grado, cáncer, tumores, cirrosis, diabetes, hiperglicemia de cualquier grado, ni ninguna otra diferente a las listadas, agregando que no había sido intervenido quirúrgicamente frente a las citadas enfermedades; al tiempo que expuso, no sufrir de enfermedades crónicas, síntomas, adicciones o vicios que incidieran sobre su estado de salud, no obstante, el tomador mintió en 14 oportunidades, es decir, misma cantidad de declaraciones de asegurabilidad, siendo una postura defraudadora, solo observada hasta el 14 de marzo de 2019, cuando aportó historias clínicas, cuando ya existía un contrato firmado, surgiendo un vicio en el consentimiento de la aseguradora, aprovechado por el demandante; agregando que fue en fecha posterior y cercana a la calificación de pérdida de capacidad laboral, emitida por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, concretamente el 21 de febrero de 2019, reflejándose de tal forma, un acto de mala fe, más cuando la calificación no es causada por enfermedades leves, al contrario con patologías crónicas, diagnosticadas de manera previa a la celebración de todos los créditos y al ingreso del demandante a la póliza de vida, las cuales, resalta, fueron negadas en las declaraciones de asegurabilidad; desde otra arista, parte del contenido del artículo 1058 del Código de Comercio, para determinar que el tomador debe declarar la verdad ante el asegurador, al tiempo que exhibe el artículo 1078 ibidem, para exhibir que la mala fe del asegurado, causa la pérdida del derecho reclamado, representando desde lo expuesto, una carga imposible de cumplir, la de verificar el estado de salud de todos los tomadores que a diario suscriben los seguros, llevando a un desequilibrio económico y contractual que tornaría la actividad aseguradora como inviable.

Frente a la excepción de PRESCRIPCIÓN, considera que esta no aplica; toda vez que el reclamo se sustenta en el quebrantamiento del principio general del derecho que impide en este caso que el señor Enríquez Hurtado, se enriquezca sin causa, desde la póliza GRD-458, por tanto, trae el artículo 1524 del Código Civil; el cual, prohíbe que existan obligaciones, como la actual, sin causa real y lícita, por tanto, desde la carencia de la denominada *causa retentionis*, el cobrador carece de motivos para cobrar, adquirir o retener lo que eventual e injustificadamente, le fuera transferido por otra persona, en este evento, a quien se le enrostra mala fe, derivada de las causas ya



expresadas, dando como origen, la fecha de pago sin causa legal, efectuada en mayo de 2019; por tanto, a esta fecha, el pago no se encuentra prescrito, sustentado esta tesis, desde el artículo 1081 del Código de Comercio, el cual, corre después de dos años, del momento en que el interesado, haya tenido conocimiento del hecho que da base a la acción, al paso que la extraordinaria, corre 5 años después de la fecha en que nace el derecho, por tanto, considera que al proceder la prescripción de la nulidad relativa, solo estaría afectada la acción referente al contrato suscrito en el año 2011, encontrándose infundada la excepción alegada, aun cuando este no es el análisis procedente, respecto a lo solicitado en la demanda de reconvención, la cual, no sustenta el reintegro en la nulidad relativa del contrato, sino en el enriquecimiento sin justa causa, generado como consecuencia de los pagos realizados en mayo de 2019.

3.6. PRACTICA DE PRUEBAS

Agotado el trámite anterior, se convocó a audiencia inicial, a través de auto No. 101, expedido el treinta y uno (31) de mayo de dos mil veintiuno (2021), siendo fijada para el 13 de julio de 2021, en la cual, se practicaron los interrogatorios de parte, del señor CAMILO ALBÁN, en su momento representante de la Aseguradora; al igual que del señor OSCAR ENRÍQUEZ HURTADO, como sujeto activo en la demanda *origen*, acordándose de manera voluntaria, practicar pruebas pendientes para el 07 y 08 de septiembre del mismo año, fecha en la cual, se tomaron los testimonios de las profesionales de la salud JUDITH EUFEMIA DEL SOCORRO PARDO HERRERA y LILLYAN PATRICIA POSSO ROSERO, traídas por la parte demandada, agregando que se hizo un primer requerimiento al testigo DIEGO HERNÁN HOYOS BALLESTEROS, cuya declaración es solicitada por ambas partes. No obstante, luego de reiteradas interpelaciones, en auto interlocutorio No. 394 de octubre 08 del año anterior, se le sancionó por su silencio y renuencia; para, finalmente, dictar auto interlocutorio No. 417 del día 21 del mismo mes, donde definitivamente, se eximió la práctica de este testimonio, citando a audiencia contenida en el artículo 373 del Código General del Proceso, para el 23 de noviembre de 2021; fecha en la cual, se efectuó control de legalidad, para subsanar, retrotrayendo la audiencia del artículo 372 ibidem, a fin de efectuar la etapa de decreto de pruebas, dejando validez de las pruebas ya practicadas, al tiempo que se declaró la improcedencia de dictamen pericial, pedido por activa, señalando nueva fecha para continuar con la audiencia del artículo 373 CGP, para enero 28 del corriente año, en la cual, la parte demandada prescindió del testigo HENRY ALEJANDRO BUITRAGO, tomándose el testimonio técnico del médico HERNÁN DARÍO TÉLLEZ RIVERA, al tiempo que se requirió como prueba de oficio, la remisión por parte de la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ del Valle del Cauca y del HOSPITAL CENTENARIO de Sevilla, las respectivas historias clínicas, siendo documentos que fueron oportunamente aportados y puestos en conocimiento de los extremos litigiosos; ante los cuales, únicamente, la Aseguradora emitió pronunciamiento, antes de la continuidad de la referida audiencia, la cual, se fijara para febrero 28 del corriente; en la cual, se cerró la etapa probatoria, se tomaron los respectivos alegatos de conclusión, y se argumentó la necesidad de dictar precisamente esta Sentencia por escrito.

Se concluye que, en el tránsito de las diversas audiencias, se determinó desde el material probatorio aportado, no decretar de oficio, la valoración médica solicitada por parte demandante; igualmente, se decretaron como pruebas, todas las documentales, recogidas en la demanda origen y de reconvención.



4. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

4.1. PRESUPUESTOS PROCESALES

Aparecen cumplidos, los presupuestos de validez del proceso que equivalen a la ausencia de causas de nulidad en lo actuado; en observancia a que el trámite impartido a la demanda, fue direccionado bajo los preceptos jurídicos del **Proceso Verbal**, concretamente dirigidos a la Causa **Declarativa de Responsabilidad Civil Contractual de Póliza de Seguro**, de la cual, se ocupa en la *normatividad vigente*, el capítulo I del título I, libro tercero del Código General del Proceso, a partir del artículo 368 y subsiguientes.

10

Así mismo, la competencia del Juzgado está atribuida por los factores que la determinan⁵ y resultó demostrada la capacidad de las partes para comparecer al proceso; siendo demandante y demandado, personas naturales que en uso del derecho de postulación, acudieron ante la Administración de Justicia, constituyendo sus representantes judiciales, abogados idóneos que se encuentran debidamente reconocidos en el proceso.

En consecuencia, al establecer la ausencia de vicios de nulidad procesal, que puedan comprometer la regularidad de la actuación hasta ahora surtida; se procede a introducir en el fondo de este asunto, partiendo de la reclamación de los contendientes, consistente en hacer efectivas las Pólizas de Seguro GRD 404 y GRD 458, con ocasión de la exigencia de cumplimiento por parte del demandante frente a su Calificación de Perdida de la Capacidad Laboral.

4.2. LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA

Hechas las precisiones anteriores, resulta pertinente proceder a identificar las personas que concurren al proceso, de las cuales, se recalca que en calidad de partes se encuentran legitimadas, teniendo en cuenta que se trata de un presupuesto legal.

Respecto a la legitimación en la causa por activa es claro, y está acreditado que el señor OSCAR ENRÍQUEZ HURTADO, es el titular de las obligaciones crediticias adquiridas con las entidades bancarias BANCO DE OCCIDENTE y BANCO DE BOGOTÁ, en los cuales se suscribieron las pólizas de seguro GRD 404 y GRD 458, situación que de entrada lo legitima para entablar la presente acción.

Ahora bien, en cuanto a la legitimación en la causa por pasiva, se tiene que la presente causa fue dirigida en contra de **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** entidad con la cual se suscribieron las pólizas de seguros de marras; por consiguiente, se genera condición suficiente para predicar legitimación por pasiva.

4.3. PROBLEMA JURÍDICO

Delanteramente, se advierte que el presente asunto ha sido concebido desde el campo contractual, propio de la naturaleza civil, germinado desde la obligación de cubrir a través de contrato de Póliza de Seguro, con la finalidad que a cambio de una

⁵ Artículos 20 numeral 1º y 28 numeral 1º, del Código General del Proceso.



prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito.

Por lo tanto, para que exista Responsabilidad Civil Contractual de Póliza de Seguro, deben tenerse en cuenta las premisas estipuladas en el artículo 1036 del Código de Comercio: *i) meramente consensual, ii) bilateral iii) oneroso, iv) aleatorio y v) de ejecución sucesiva.*

Se desprende de tales requisitos, que para el presente evento todo esto se cumplió a cabalidad y que dicha obligación contractual se contrajo con la convicción mutua de presunta *lealtad y honestidad* por ambas partes, es decir, de buena fe.

Las anteriores apreciaciones no tienen mayor repulsa, sin embargo, la discrepancia emerge en asuntos tan álgidos como *la discutida mala fe del tomador de la póliza y la graduación de responsabilidad del mismo*, así como a la Aseguradora, se le enrostra que se vale de falsas apreciaciones para no dar cumplimiento a la indemnización por invalidez, la cual, fuera pactada dentro del contrato de seguro; aspectos que entrarán a desarrollarse, para decidir de fondo este asunto, de acuerdo con las formalidades reguladas en los artículos 278 y subsiguientes del Código General del Proceso.

5. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

Por otra parte, y atendiendo a las exposiciones realizadas por los apoderados de las partes en sus respectivos alegatos de conclusión, procede este Despacho a mencionar las conclusiones a las cuales se llega, después de los argumentos planeados.

Resumen Alegatos conclusión parte demandante, origen:

Solicita se declare siniestro de la póliza de vida GRV 404 que cubre los saldos insolutos de las obligaciones figuradas en la demanda donde funge como beneficiario el Banco de Occidente, y la póliza GRV458 que cubre otros saldos insolutos, debidamente listados en el libelo demandatorio, donde funge como beneficiario el Banco de Bogotá, aclarando que algunos ya fueron cancelados por Seguros Alfa.

Expone que al observar la Jurisprudencia a citar, recalca que se debe declarar el siniestro de las mentadas pólizas, cancelando saldos insolutos de las obligaciones ya precitadas, exponiendo que el señor Oscar Enríquez Hurtado, autorizó a Seguros Alfa con el documento conocido como declaración de asegurabilidad, para que solicitara información sobre su estado de salud, antes o después a su fallecimiento, permitiendo acudir ante las respectivas IPS, o consultar en bases de datos, información de interés sobre los contratos de seguro; estima que en el señalado contrato de buena fe firmado, presupone el acatamiento de la norma, respetando las cláusulas; más aun en el caso de la Aseguradora que tiene posición dominante, por tanto, la misma no puede escudarse en demandar a su asegurado, cuando ellos no cumplieron los requisitos mínimos consistentes en obligar al señor Enríquez, a practicar exámenes médicos previos o realizar las indagaciones respectivas de historia clínica actualizada.

Concretando que las fallas reiteradas de la contraparte, no puede alegar supuestos actos fraudulentos no demostrados; estima que la Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia, han tratado los conceptos de reticencia y la obligatoriedad de los exámenes médicos para el ingreso a una póliza de vida.



Es así que, la Corte Constitucional en sentencia 832 de 2010, considera que fue negligente la Aseguradora al omitir la exigencia de los exámenes de ingreso o la entrega de exámenes recientes, para observar el estado de salud del interesado, colocando en indefensión al actor, cuando tal regla no estaba siquiera en el contrato. La jurisprudencia guardó una línea en las sentencias T 751 de 2012, 222 de 2014 y 316 de 2015, ratificando que la Aseguradora tiene carga de comprobación, en cuanto a las declaraciones de asegurabilidad, las personas que pueden no estar al tanto de su estado actual de salud, por lo que se hace necesario corroborar lo declarado por el cliente, es así que las aseguradoras tienen comités médicos para tal fin; afirmando que uno de los testigos, en calidad de profesional contratado por la Aseguradora, reconoció que solo conoció de la historia clínica del demandante, una vez ocurrido el siniestro, para su objeción; esgrime que esta tesis también fue acogida por la Sentencia T 670 de 2019, la cual indica que, en cuanto a la preexistencia, la aseguradora actúa negligentemente si no hace exámenes médicos o reclama recientes para verificar el estado actual del asegurado.

Situación que no implica reticencia, debido a que el deber de buena fe está en cabeza, más intensamente de la compañía de seguros, señala que la Corte Suprema de Justicia, también en su sentencia SC 002 de agosto de 2001, expediente 6146, expuso que recae una carga de investigar sobre las circunstancias y estados de riesgo, no se puede suponer que hubo engaño o reticencia cuando la aseguradora no cumple con su función; trae igualmente el artículo 1058 del Código de Comercio, para exponer que no excluye el deber del tomador de informar sobre las circunstancias relacionadas con el estado del riesgo, pero en esa labor también vincula a la aseguradora a efectuar averiguaciones sobre el estado de riesgo, manifiesta que recientemente la tesis fue acogida en la Sentencia SC 5327 de 2018, con radicación 680013103004200800193-1 del 13 diciembre de 2018, donde el M.P. Luis Alfonso Rico Puerta, vincula a los extremos, sin necesidad de estipulación expresa, al señalar que el asegurador y el tomador deben ser leales, por tanto, el cumplimiento debe ser correlativo, no obstante, la Aseguradora se conformó con la información brindada por los tomadores, concretamente los Bancos.

Apreciando que el Asegurador y el Tomador deben ser reales y honestos, incluyendo la fase de negociación, estimando que el cumplimiento debe ser correlativo, dentro de un escenario de claridad total sobre el riesgo; avista que la Aseguradora no obró, y se conformó con la información dada, pero no la cotejó al hacer sus propias investigaciones para efectos de contratar, solo realizando la gestión cuando se presentó la solicitud de reclamación para objetarla, considerando que no hay vulneración del artículo 1058 del C.C. por lo que el cargo no prospera, ya que la firma de los documentos, autoriza para que durante la etapas, la Aseguradora accediera a base de datos para conocer estado de salud del suscriptor, situación que si se hubiese dado, los créditos serían en condiciones más onerosas o por el contrario se retraía de su celebración, esgrimiendo que la carga de las aseguradoras, desde el artículo 1058, se debe sancionar con la nulidad relativa, salvo que hubiese sido conocida por el asegurador o por el tomador, desplegando su deber, la reticencia, solo existirá cuando la aseguradora no puede conocer la información; el demandado confesó no haber consultado la información o realizado exámenes de ingreso al interesado, agregando que con la firma de las declaraciones, no era cliente aun, aceptando la tesis de que la Aseguradora fue negligente al omitir hacer tal análisis, por lo que las excepciones de mérito se deben declarar no probadas, solicitando al Juez acceder a las pretensiones de la demanda.

Resumen Alegatos conclusión parte demandada origen:

Expone que la versión del extremo en litigio, es descontextualizada, el artículo 1058 en su inciso 1°, expone que el tomador o demandante está obligado a declarar sobre

Carrera 47 No. 48-44/48 Piso 2. Tel. 2196130 Cel y WhatsApp: 316 6998077

E-mail j01ccsevilla@cendoj.ramajudicial.gov.co

Sevilla Valle



la verdad de su salud, no puede callar o descontextualizar, según el cuestionario expuesto por el asegurador, ese cuestionario le pide no omitir sobre su estado de salud y no equivocarse en la información requerida, la reticencia o inexactitud produce nulidad relativa del contrato, y el artículo 1158 del Código de Comercio, indica que la regla general del derecho civil es suficiente, para concretar que se defraudó la verdad, por tanto, se da **nulidad relativa**, expuesta por el silencio del demandante, si no se cuenta la verdad. Todo depende de lo que diga el tomador, situación que dependería la viabilidad o inviabilidad de la firma del contrato, agrega que la ubérrima buena fe, propia de estos contratos, tiene un deber de la información proveniente del tomador, cuando es un contrato que se refleja en masa, es imposible hacerles un examen médico a todos los asegurados. El artículo 1158 ibidem, indica que el tomador no se considera exento de la obligación, ni de las consecuencias que implica su silencio, cuando incluso no se haga exámenes médicos, el tomador no puede mentir.

Señala que la Jurisprudencia de la contraparte es descontextualizada, lo que ocurre es que si el tomador manifiesta una enfermedad, se tiene que efectuar exámenes; es una labor realizada por todas las Aseguradoras, pero si dice que no ha tenido enfermedad, se supone que existe buena fe y no se requiere efectuar exámenes. Si se hace un examen médico, no lo puede negar ante la Aseguradora, sin embargo, el señor Enríquez, en cada contrato negó las enfermedades, considerando como acto mentiroso. Estima que la obligatoriedad del examen médico, no existe en Colombia, precisamente por las disposiciones del artículo 1058; por ende, existe mala fe por el tomador del seguro, la cual afecta por nulidad relativa, declarando invalidez del contrato, cuando es el demandante quien tenía una condición médica desde hace 15 años, quien oculto engañando a las aseguradoras, al tomar 14 créditos con Banco de Bogotá y Banco Occidente, a sabiendas que estaba enfermo, para después requerir calificación de pérdida de capacidad laboral, con el objeto de que las Aseguradoras pagaran los créditos contraídos con los referidos Bancos, incluso afectando a Banco Davivienda.

Observando que su condición médica venía con una serie de condiciones que no informó, como una dislipidemia desde el año 2005, hiperlipidemia desde el 2006, falla cardiaca desde el 2012, falla cardiaca secundaria desde 2012, hipercolesterolemia desde el 2006, problema renal e hipertensiva desde el 2012; valvular mitral desde el 2012, ruidos cardiacos desde el 2012; problema próstata desde el 2016, sistema endocrino, sistema central y periférico de agudeza visual desde que tenía 15 años, Signos de angioplastia desde el 2018, trastornos mentales y alucinaciones desde 2012, deficiencia en extremidades superiores e inferiores, concretando todo lo expuesto, una condición lamentable, pero no informó ninguno de estos eventos, aunque en su interrogatorio decía que no se acordaba desde que fechas tenía enfermedades, pero las historias clínicas reflejaron toda la información omitida.

Expone que el doctor Téllez y otros profesionales de la salud, expusieron que tenía una condición clínica que nunca informó, que omitió, si el paciente dice que no tiene nada, la Aseguradora confía; es la ubérrima buena fe, la autorización para observación de historia clínica, no genera obligatoriedad, es opcional de la Aseguradora revisar la información; se supone que la información brindada, es de buena fe, solo se revisa historia clínica, cuando se presenta la demanda, que para este caso fueron 15 enfermedades que repercutieron en su calificación de pérdida de capacidad laboral, aduce que el demandante mintió, por tanto, desde los artículos 1058 y 1158, han ocurrido varios casos que derivan en que el contrato es nulo relativo, estos casos no son nuevos para Alfa, el demandante le mintió a seguros alfa y se retrotraen los eventos, no hay lugar a indemnización, se indica que si se extrae la mentira frente a las enfermedades, tampoco habría siniestro ya que la calificación estaría por debajo del 50%, agregando que son enfermedades que no se curan, solo se controlan, son comorbilidades, las cuales tienen un riesgo asegurable cuando se cuenta la verdad, prestándose para tomar otra decisión frente al seguro.



Cuando el riesgo es mayor, no se firma contrato o la prima es mayor o en su defecto, se tiene un riesgo menor, cuando en todos los cuadros se marca no a las patologías, pero en este caso, la recomendación del doctor Téllez, era no asegurarlo o de manera opcional, determinar que las condiciones del contrato hubieran sido distintas; es decir se engañó a la Aseguradora, al pedir 14 créditos, no se puede confundir preexistencia que es una enfermedad anterior, con la reticencia que es el engaño.

Por lo tanto, no hay siniestro, es decir, la compañía le pagó un dinero, ya que no informó que patologías tenía, por tanto solicita por la demanda de reconvención que el demandante devuelva el dinero del que se benefició; nadie se puede beneficiar del dolo, la parte actora se benefició de dolo, por tanto, la aseguradora tiene acción, porque el demandante mintió y obligo a la Aseguradora a pagar un crédito al banco, es decir, desde el inciso 2 del artículo 1515, la Aseguradora tiene acción contra él, recalcando que el demandante debe devolver el dinero, tiene que pagar más de 100 millones de pesos, restituyéndolo a la compañía.

En tal medida, concluye que la armonía y coherencia entre contestación de demanda y reconvención, se apoya en un mismo evento, concretamente, el demandante engañó a la aseguradora, pero la compañía no tiene relación directa con el demandante, esa la tiene el Banco, insiste que el demandante leyó y mintió con 14 créditos; por tanto, solicita al juez examinar la Jurisprudencia y doctrina descontextualizada de su extremo, solicitando que se nieguen las pretensiones de la demanda origen, concediendo las pretensiones de la demanda de reconvención, al tiempo que se condene en costas y agencias en derecho, imponiendo igualmente, la sanción del artículo 206 del código general del proceso, al demandante, sin perjuicio de todos los demás argumentos y pruebas.

6. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Para el caso sub examine es necesario tener en cuenta las presiones que ha hecho la jurisprudencia, en cuanto al contrato de seguro, así lo explica la Corte Constitucional en Sentencia T-086 de 2012:

...

“ambas partes en las afirmaciones relacionadas con el riesgo y las condiciones del contrato se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, puesto que ello constituye la base de la contratación. En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro. El asegurador también debe cumplir con el principio de buena fe evitando cláusulas que sean lesivas al asegurado, cumpliendo con la prestación asegurada a la ocurrencia del siniestro y comprometiéndose a declarar la inexactitud al momento en que la conozca y no esperar a la ocurrencia del siniestro para alegarla como una excepción al pago de la indemnización.”

...

Por su parte la Honorable Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, esgrime frente al contrato de seguro de vida deudores, los principales elementos de esta modalidad contractual de la siguiente manera⁶:

⁶ Sentencia del 30 de junio de 2011. Expediente No. 76001-31-03-006-1999-00019-01.



i. “Su celebración no es obligatoria, ni constituye un requisito indispensable para el otorgamiento de un crédito, pero es usualmente requerida por las instituciones financieras para obtener una garantía adicional de carácter personal.

ii. Normalmente el deudor-asegurado es quien se adhiere a las condiciones que propone el acreedor, quien en todo caso **debe garantizar la debida información en torno a las condiciones acordadas. (subrayado y negrillas fuera del texto)**

(...)

15

Por su parte la Corte Constitucional en Sentencia T251 de 2017 ha manifestado en reiteradas oportunidades que:

“El principio de buena fe se ha definido como aquel que exige a los particulares y a las autoridades públicas ajustar sus comportamientos a una conducta honesta, leal y conforme con las actuaciones que podrían esperarse de una “persona correcta (vir bonus)”. Así la buena fe presupone la existencia de relaciones recíprocas con trascendencia jurídica, y se refiere a la “confianza, seguridad y credibilidad que otorga la palabra dada. (...) la buena fe ha pasado de ser un principio general de derecho para transformarse en un postulado constitucional, su aplicación y proyección ha adquirido nuevas implicaciones, en cuanto a su función integradora del ordenamiento y reguladora de las relaciones entre los particulares y entre estos y el estado, y en tanto postulado constitucional, irradia las relaciones jurídicas entre particulares”.

Si bien en el artículo 1036 del Código de Comercio no figura la buena fe como elemento estructural del contrato de seguro, la jurisprudencia ha coincidido en mencionar que ella hace parte integral del negocio. En este sentido la sentencia C-232 de 1997 expuso:

“Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador”.

Así las cosas, la buena fe constituye un principio que disciplina y constituye un eje fundamental en los contratos de seguro, obligación que recae en el tomador, quien se encuentra en el deber de declarar de manera cierta todas las circunstancias⁸ inherentes al riesgo.

El concepto de riesgo es el elemento más importante y esencial en esta clase de contratos, ya que por medio de este es posible identificar el siniestro y con ello, saber cuándo y cómo deben proceder las partes a cumplir sus obligaciones. Incluso, es un asunto que adquiere relevancia para fijar la prima del seguro. En este sentido, determinar el riesgo depende de muchos factores. Uno de ellos, la declaración del asegurado. Tal manifestación, permite a la aseguradora determinar el nivel del riesgo y todo lo que ello implica. Si el tomador del seguro no informa las condiciones previas al contrato de seguro, el asegurador no sabrá cuál es el riesgo que está cubriendo, lo que implicaría su desnaturalización.

Tal es la importancia de esta declaración que, como se dijo, la legislación colombiana impone cierto tipo de sanciones por incurrir en *reticencia o inexactitud* en el suministro

⁷ Sentencia C -1194 de 2008.

⁸ Artículo 1058 del Código de Comercio.



de la información. De acuerdo con ello, el artículo 1058 del Código de Comercio, en relación con la reticencia, obliga al tomador informar al asegurador de todas aquellas circunstancias que de conocerlas (i) o bien hagan más onerosa la relación o, sencillamente (ii), abstengan al asegurador de celebrar el contrato. Incumplir con este deber de información, implica consecuencias negativas para el asegurado: La nulidad relativa del contrato de seguro, o recibir tan solo una parte de la póliza. En términos textuales, la mencionada disposición señala lo siguiente:

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente”.

Ahora bien, se entiende por “preexistencias” las afecciones que ya venían aquejando al paciente en el momento de suscribir el contrato, y que por tanto, no se incluyen como objeto de los servicios, es decir no se encuentran amparadas.

(...)

Sin embargo, lo anterior no puede ser excusa para que un tomador- beneficiario solicite el reconocimiento de una póliza de seguro declarada nula en virtud de su mala fe. Así las cosas, el artículo 83 de la Constitución repudia tanto las prácticas arbitrarias de las aseguradoras como de los tomadores. **A modo de ejemplo, si se demuestra que el tomador de la póliza conocía de antemano la existencia y gravedad de una enfermedad al momento de celebrar el contrato, sin ninguna duda este podrá ser declarado nulo debido a la reticencia. Cosa distinta es el caso de que el beneficiario manifieste los síntomas de su enfermedad o que estos se encuentren en la historia clínica y la aseguradora dentro de los límites razonables, no indague sobre su gravedad. (negrillas y subrayado fuera del texto).**

Como resultado de lo expuesto, se entiende que cuando un tomador-beneficiario de buena fe manifiesta estar en óptimas condiciones genera la seguridad de tener una posición jurídica definitiva, la cual es la convicción de estar cubierto ante cualquier siniestro en los términos del contrato. En este sentido, se puede entender que la aseguradora atenta contra el régimen constitucional y legal cuando súbitamente desconoce la reclamación de un siniestro alegando la existencia de síntomas que el beneficiario no conocía, o que no fueron expresamente excluidos del amparo por la omisión y negligencia de aquella.

(...)



En esta misma línea la Corte en la sentencia T-222 de 2014 se pronunció sobre la reticencia y preexistencia en los contratos de seguro así:

“En criterio de esta Sala, la preexistencia puede ser eventualmente una manera de reticencia. Por ejemplo, si una persona conoce un hecho anterior a la celebración del contrato y sabiendo esto no informa al asegurador dicha condición por evitar que su contrato se haga más oneroso o sencillamente la otra parte decida no celebrar el contrato, en este preciso evento la preexistencia sí será un caso de reticencia. (negrillas y subrayado fuera del texto). Lo mismo no sucede cuando una persona no conozca completamente la información que abstendría a la aseguradora a celebrar el contrato, o hacerlo más oneroso. Por ejemplo, enunciativamente, casos en los que existan enfermedades silenciosas y/o progresivas. En aquellos eventos, el actuar del asegurado no sería de mala fe. Sencillamente no tenía posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir. Es desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo.

Ahora bien, ¿quién debe probar la mala fe? En concepto de esta Corte, deberá ser la aseguradora. Y es que no puede ser de otra manera, pues solo ella es la única que puede decir con toda certeza (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii), que se abstendrá de celebrar el contrato. Precisamente, la Corte Suprema también ha entendido que esta carga le corresponde a la aseguradora. Por ejemplo, en Sentencia del 11 de abril del 2002, sostuvo que “las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad” (subraya por fuera del texto)⁹. Lo anterior significa que la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe.

En síntesis, la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”.

7. CASO CONCRETO

Para resolver de manera conjunta sobre los medios exceptivos y los alegatos de conclusión extendidos en líneas anteriores, es primordial analizar de acuerdo con el

⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Bogotá D.C. Sentencia. de 11 de abril de 2002, Expediente No. 6815.



acervo probatorio que obra en la foliatura, si efectivamente existió el fenómeno de incumplimiento de la póliza de seguro, o, por el contrario, como lo indica la parte demandada se configura la **reticencia**; ello, por tratarse de un elemento importante para determinar la responsabilidad en el contrato de póliza de seguros.

En consecuencia, este operador de Justicia, observa que, según las pruebas aportadas al proceso, las demás pruebas recolectadas y algunas *de oficio*, procuran por materializar el *principio de la búsqueda de la verdad*, como materialización del principio de buena fe¹⁰.

A continuación, se realizará un análisis de los argumentos expuestos por los apoderados de las partes y la jurisprudencia que se ha mencionado en acápites previos.

Por su parte el apoderado por activa, solicita se declare que existe siniestro de las pólizas de seguro de vida que cubren los saldos insolutos de las obligaciones figuradas en la demanda en favor de Banco de Occidente y Banco de Bogotá, aclarando que algunos ya fueron cancelados por Seguros Alfa. Pero afirmando que existe una obligación de hacer efectivas las pólizas por la pérdida de la capacidad laboral del señor Oscar Enríquez, exponiendo que éste, autorizó a Seguros Alfa con el documento denominado declaración de asegurabilidad, para que pudiera hacer la respectiva solicitud de información sobre el estado de salud y las historias clínicas que resultaren necesarias para obtener información que pudiera ratificar el buen estado de salud que afirmó tener el señor Oscar Enríquez, al momento de suscribir los contratos de póliza de seguro, y que teniendo dicha aprobación y todos los medios para realizar consultas, no lo hizo y ahora pretende escudarse en demandar a su contratante, afirmando que la aseguradora no cumplió con los requisitos mínimos para obligar al señor Enríquez, a practicarse exámenes médicos previos o realizar las indagaciones respectivas sobre la verdad de su estado de salud y que, en consecuencia, dichas omisiones, no pueden tenerse como un acto fraudulento por parte del demandante.

Observa este servidor de justicia, que si bien es cierto la jurisprudencia en reiteradas oportunidades, ha manifestado que las entidades aseguradoras pueden realizar la práctica de exámenes médicos a los tomadores de las pólizas de seguro¹¹, las mismas, realizan las contrataciones bajo el principio de la buena fe, y que bajo este entendido, el tomador también está obligado a declarar si tiene síntomas o padece alguna condición que pueda poner en riesgo la asegurabilidad, y dado que las Aseguradoras se encuentran en mejor condición de indagar sobre la verdad del estado de salud de sus clientes, son ellos mismos, quienes tienen la carga de demostrar la mala fe de sus asegurados.

¹⁰ Ver sentencia SC4126-2021, Radicación N° 11001-31-03-040-2014-00072-01 de la Corte Suprema de Justicia, 30 de septiembre de dos mil veintiuno (2021) M.P. OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE: "...En esa misma dirección, sin detrimento de otros principios generales del derecho, el de buena fe consagrado en los artículos 83 constitucional, 1603 civil y 871 mercantil «...disciplina y constituye un eje fundamental...» 1 en la materia, al punto que de los partícipes en la relación asegurativa se exige el despliegue de una **ubérrima bona fidei**. Negrilla añadida por el despacho.

2. Sin pretensiones de taxatividad, este postulado reclama del tomador, asegurado o beneficiario, de cada quien en cuanto le sea posible y compete cumplir (art. 1041), proporcionar información veraz, precisa y completa que permita al asegurador evaluar adecuadamente el riesgo que asume y calcular la prima; mantener el estado del riesgo; comunicar cualquier variación del mismo y no exponerse a él; declarar los seguros coexistentes; y, si se materializa el siniestro, evitar la propagación del daño."

¹¹ Al respecto, esta Corporación en la sentencia T-832 de 2010 fijó unas reglas en materia de preexistencias y reticencia en los contratos de seguro, a saber (i) que la carga de la prueba en materia de reticencias estaba en cabeza de la aseguradora y no del tomador del seguro y (ii) que las aseguradoras no podían alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades para hacerlo, no solicitaban exámenes médicos a sus usuarios al momento de celebrar el contrato. Por tanto, en esos eventos, no era posible exigirle un comportamiento diferente a los asegurados.



En el caso sub examine, la aseguradora pudo demostrar a través de las pruebas arrojadas con el escrito de contestación a la demanda y en los argumentos expuestos por su apoderado judicial, tanto de manera escrita, como en los alegatos de conclusión, que el demandante sí conocía de las diferentes enfermedades que padecía al momento de contratar las diferentes obligaciones bancarias que adquirió con las dos entidades financieras denominadas Banco de Occidente y Banco de Bogotá, que hoy son objeto de este litigio, queda evidenciado entonces que el señor Oscar Enríquez faltó al principio de buena fe, al no mencionar en los formularios de contratación de las pólizas de seguros de vida deudores, que desde tiempo atrás, venía presentando manifiestas afecciones diagnosticadas, por presencias insanas de grasas y calorías en su sangre, que podrían poner en riesgo la asegurabilidad, ocultando dicha información y quedando en curso de la nulidad del contrato de seguro. Lo que también ocurrió respecto de su correspondiente insuficiencia venosa, y en su padecimiento de enfermedades arteriales.

Por su parte, el Demandado no logró probar, a través de historia clínica, que desconocía de sus padecimientos desde el año 2012, como tampoco logró desvirtuar que las declaraciones que reposan en el dictamen de pérdida de la capacidad laboral fueran veraces. Ello nos deja ver claramente que si obró de mala fe comercial, al suscribir los contratos de póliza de seguro, los cuales, tendrían como finalidad cubrir sus obligaciones bancarias, una vez se configurara un siniestro que le impidiera cumplir con ellas.

Dado que, para obtener la calificación de la pérdida de la capacidad laboral, si confesó la serie de dolencias que padecía, incluso desde los 15 años presentado episodios auto limitados de 1-2 días, por pérdida de la agudeza visual unilateral, asociado a dolor retrocular; además del relativo daño ocasionado, después del accidente en bicicleta que le ocasionara trauma craneoencefálico, que no fue reportado a la Aseguradora. Estos diversos padecimientos de salud han tenido una considerable importancia para la estructuración de la calificación de invalidez- laboral.

En este orden de ideas se negará las pretensiones de la demanda de origen accediendo a las pretensiones de la demanda en reconvención, puesto que existió “*mala fe*” por parte del demandante al suscribir los contratos de póliza de seguro, cuando no expuso sus padecimientos y no permitió a la aseguradora tasar la forma y las condiciones en las cuales podrían suscribir o no las pólizas.

Respecto de la Demanda de reconvención es menester hacer el siguiente análisis:

La contrademanda se plantea específicamente acudiendo a los principios generales del derecho de: Violación al principio de la buena fe, y principio de que nadie puede beneficiarse de su propia culpa o dolo. Pérdida del derecho a la indemnización, por mala fe en la reclamación, al tenor del artículo 1078 del Código de Comercio. Ausencia de cobertura de la póliza flotante específica “GRD-458”. Enriquecimiento sin causa.



En este caso, no se está ante un régimen contractual general, sino ante la especialidad del contrato de seguro, que tiene una reglamentación especial y vinculante.

Veamos entonces los requisitos axiológicos de prosperidad de la acción de enriquecimiento sin causa, según la sentencia de casación civil de la Corte Suprema de Justicia, del diecinueve (19) de diciembre de dos mil doce (2012), Magistrado ponente JESÚS VALL DE RUTÉN RUIZ Referencia: 54001-3103-006-1999-00280-01, en donde se citó la siguiente regla jurisprudencial:

“Cinco son los elementos constitutivos del enriquecimiento sin causa, sin cuya reunión no puede existir aquél, a saber:

“1º Que exista un enriquecimiento, es decir, que el obligado haya obtenido una ventaja patrimonial, la cual puede ser positiva o negativa. Esto es, no sólo en el sentido de adición de algo sino también en el de evitar el menoscabo de un patrimonio.

“2º Que haya un empobrecimiento correlativo, lo cual significa que la ventaja obtenida por el enriquecido haya costado algo al empobrecido, o sea que a expensas de éste se haya efectuado el enriquecimiento.

“Es necesario aclarar que la ventaja del enriquecido puede derivar de la desventaja del empobrecido, o, a la inversa, la desventaja de éste derivar de la ventaja de aquél.

“Lo común es que el cambio de la situación patrimonial se opere mediante una prestación dicha por el empobrecido al enriquecido, pero el enriquecimiento es susceptible de verificarse también por intermedio de otro patrimonio.

“El acontecimiento que produce el desplazamiento de un patrimonio a otro debe relacionar inmediatamente a los sujetos activo y pasivo de la pretensión de enriquecimiento, lo cual equivale a exigir que la circunstancia que origina la ganancia y la pérdida sea una y sea la misma.

“3º Para que el empobrecimiento sufrido por el demandante, como consecuencia del enriquecimiento del demandado, sea injusto, se requiere que el desequilibrio entre los dos patrimonios se haya producido sin causa jurídica.

“En el enriquecimiento torticero, causa y título son sinónimos, por cuyo motivo la ausencia de causa o falta de justificación en el enriquecimiento, se

Carrera 47 No. 48-44/48 Piso 2. Tel. 2196130 Cel y WhatsApp: 316 6998077

E-mail j01ccsevilla@cendoj.ramajudicial.gov.co

Sevilla Valle



toma en el sentido de que la circunstancia que produjo el desplazamiento de un patrimonio a otro no haya sido generada por un contrato o un cuasi-contrato, un delito o un cuasi-delito, como tampoco por una disposición expresa de la ley.

“4º Para que sea legitimada en la causa la acción de in rem verso, se requiere que el demandante a fin de recuperar el bien, carezca de cualquiera otra acción originada por un contrato, un cuasi-contrato, un delito, un cuasi-delito, o de las que brotan de los derechos absolutos.

“Por lo tanto, carece igualmente de la acción de in rem verso el demandante que por su hecho o por su culpa perdió cualquiera de las otras vías de derecho. El debe sufrir las consecuencias de su imprudencia o negligencia

“5º La acción de in rem verso no procede cuando con ella se pretende soslayar una disposición imperativa de la ley.

“El objeto del enriquecimiento sin causa es el de reparar un daño pero no el de indemnizarlo. Sobre la base del empobrecimiento sufrido por el demandante, no se puede condenar sino hasta la porción en que efectivamente se enriqueció el demandado” (Sent. Cas. Civ. de 19 de noviembre de 1936, G.J. 1918, p. 474).

En este orden de ideas, claramente no procede aquí la acción de enriquecimiento sin causa, por cuanto en la disciplina del contrato de seguros existe una acción propia para que la aseguradora reclame el dinero que considere debe recuperar en razón a un pago inadecuado, por información falsa al momento de tomar la póliza, aún cuando se trate de que el siniestro ya ocurrió por el presunto mal estado de salud del deudor amparado, cual es la de reticencia que da lugar a la nulidad relativa y que fue expresamente renunciada al replicar las excepciones de mérito¹². Además, y de connotada importancia, la causa sí existe, se trata de un contrato de seguro basado en la póliza flotante GRD-458. Contrato que no ha sido declarado nulo, y que en todo caso se presume legalmente válido.

En cuanto al deber que tiene el Juez de interpretar la demanda, en el caso de marras, al recorrer el traslado, la parte contrademandante replica las excepciones de mérito, y específicamente al oponerse a la declaración de prescripción renuncia expresa y definitivamente a la petición de nulidad contractual relativa del seguro, por reticencia del asegurado, veamos:

“La solicitud de reintegro de los dineros pagados se fundamenta en el quebranto del principio general que impide que una persona se enriquezca sin justa causa...”

¹² Pero sí se usó como excepción de fondo a la demanda del proceso principal.



Obligación pecuniaria que tendría origen en todo caso, en el momento en el cual se realizó el pago sin causa legal, es decir en el mes de mayo de 2019, por lo tanto, no se encuentra prescrita de forma alguna.

No obstante, si en gracia de discusión se pretendiese analizar la prescripción de la acción de nulidad relativa de los contratos de seguro, se evidenciaría nuevamente el ánimo de la apoderada de inducir en error a este Despacho, al señalar que todas las obligaciones pecuniarias solicitadas se encuentran prescritas...

*...aun cuando **este no es el análisis procedente respecto de lo solicitado en la demanda de reconvenición, la cual se reitera no sustenta el reintegro en la nulidad relativa del contrato sino en el enriquecimiento sin causa generado** como consecuencia de los pagos realizados sin sustento legal en el mes de mayo del año 2019.*

Subrayas y negrilla, agregadas por el Despacho.

22

En este sentido, si se observa la regulación específica del contrato de seguro, de cara a: La violación al principio de la buena fe; al principio de que nadie puede beneficiarse de su propia culpa o dolo, así como la pérdida del derecho a la indemnización; no hay una tipificación propia para “recuperar” lo cubierto por la Aseguradora que estima haber pagado indebidamente el valor de los créditos amparados, por la mala fe del asegurado al momento de contratar. Se trata, los dos primeros, de principios generales del derecho, y es máxima de interpretación que se prefiere la norma especial, sobre la general¹³.

En cuanto a la aludida pérdida del derecho a la indemnización, por mala fe en la reclamación, al tenor del artículo 1078 del Código de Comercio, es necesario atender que su regulación está descrita en términos de que la Aseguradora no efectúe un pago, y no para que recupere lo que estima pagado por fraude del beneficiario de la póliza. Sin ambages, el artículo indicado, y los demás concordantes del área de seguros dentro del Código de Comercio, excluyen dicha recuperación de lo pagado.

Respecto de la *ausencia de cobertura de la póliza* flotante específica “GRD-458”, el Despacho observa que, salvo mejor criterio, como se han apuntalado las demás argumentaciones sobre la improsperidad de esta demanda de reconvenición, tanto cubría la póliza el discutido siniestro que efectivamente hubo pago. El mismo que se alega por activa ser fraudulento, en relación con tal seguro colectivo de deudores para el Banco de Bogotá, no permite ejercer acción de enriquecimiento sin causa, como ya se ha visto, y la eventual falta de cobertura por *mala fe y engaño* del asegurado, no permite la recuperación deprecada. Por razones que el Juzgado desconoce, la Aseguradora contrademanda sin acudir a la acción de nulidad contractual relativa, por reticencia al momento de suscribir el contrato de seguro y tomar la póliza correspondiente, siendo ésta claramente la regulación desarrollada para el caso.

Con base en todo lo anterior, se negarán todas las pretensiones de la demanda de reconvenición, haciendo innecesario la revisión de las excepciones planteadas por pasiva, de acuerdo con el artículo 280 del Código General del Proceso, que reza en su segundo inciso: “...deberá contener decisión expresa y clara sobre cada una de las pretensiones de la demanda, las excepciones cuando proceda resolver sobre ellas...”

¹³ Ver UPRIMNY YEPES, Rodrigo y RODRÍGUEZ VILLABONA, Andrés. Módulo Interpretación Judicial. Segunda Edición. Bogotá: Consejo Superior de la Judicatura, Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla, Universidad Nacional de Colombia, 2008. Página 276, en donde se refiere, dentro de las máximas de interpretación privilegiantes, que las normas especiales priman sobre las generales.



DEL JURAMENTO ESTIMATORIO.

Sobre este aspecto del fallo, baste con citar la sentencia C 153 de 2013, que declaró condicionalmente exequible el párrafo sobre sanción por inadecuado uso del juramento estimatorio, para tasar los perjuicios materiales. En este sentido, como bien lo anota la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Buga, son ponencia de la Dra BARBARA LILIANA TALERO ORTÍZ¹⁴; *“cuando se trate de derecho sancionatorio, además de realizarse un examen objetivo, resulta inexorablemente necesario efectuar un análisis subjetivo, consistente en verificar que en efecto, el demandante haya actuado desidiosamente en torno a la consecución de la prueba y por esa razón se nieguen las pretensiones. ...*

23

...si cabe la mencionada exoneración frente a quien no prueba nada pero fue diligente en el debate probatorio, con mayor razón tendrá que protegerse a quien sí prueba algo.”

Finalmente, se procede a condenar en costas a la parte demandante en proceso origen, bajo los lineamientos del artículo 366 del Código General del Proceso -CGP- y el Acuerdo No. PSAA16-10554, emitido en agosto 5 de 2016 por el Consejo Superior de la Judicatura, *contemplada desde las pretensiones de la demandada de reconvenición*. Así mismo, se condenará en costas y agencias en derecho al parte que demanda en reconvenición por la improsperidad plena de sus pretensiones.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO CIVIL DEL CIRCUITO CON CONOCIMIENTO EN ASUNTOS LABORALES DE SEVILLA – VALLE DEL CAUCA** -, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Constitución y de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR IMPRÓSPERAS TODAS Y CADA UNA DE LAS PRETENSIONES de la demandada principal, señaladas por Activa como a cargo de SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. VIDALFA S.A., relacionadas con pago de acreencias bancarias, devolución de cuotas, pagos de intereses; debido a la prosperidad de la siguiente excepción.

SEGUNDO: DECLARAR PROBADA la excepción de mérito NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA, en razón a lo establecido en el artículo 1058 del código de comercio, que estipula que la parte asegurada tiene la carga de expresar verazmente cuales son los hechos o circunstancias que afectan el estado de riesgo; excepción propuesta oportuna y debidamente por la Aseguradora demandada, a través de su apoderado judicial.

TERCERO: DECLARAR INNESARIO pronunciamiento sobre las demás excepciones de mérito propuestas por pasiva en el proceso principal. Lo anterior, según el inciso tercero del artículo 282 del CGP.

CUARTO: DECLARAR LA IMPROSPERIDAD DE todas las pretensiones deprecadas en Demanda de Reconvenición, por SEGUROS DE VIDA ALFA SA, en tanto se acudió a una acción improcedente. Esto hace incensario, en técnica de sentencia, pronunciamiento sobre las dos excepciones planteadas por Pasiva.

¹⁴ Sentencia de segunda instancia de marzo 19 de 2019. Radicado:2016-00171-01



QUINTO: NO CONDENAR al señor OSCAR ENRÍQUEZ HURTADO, a restituir a SEGUROS DE VIDA ALFA, la valía de (\$108.650.070,00), correspondientes al pago de las obligaciones crediticias a favor del Banco de Bogotá, referidos en la parte considerativa.

SEXTO: CONDENAR en costas a la parte demandante, en el proceso principal, liquidándose por la Secretaría de este despacho, en debida forma. Inclúyase como valor de las agencias en derecho, la suma de seis millones quinientos mil pesos (\$ 6.500.000 ML), a favor de la Aseguradora demandada

24

SÉPTIMO: CONDENAR en costas a la parte demandante en reconvención, dado que no han salido abantes ninguna de las pretensiones de la contrademanda. Procédase a la liquidación secretarial en derecho. En cuanto a las agencias en derecho, se condena a SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. a pagar a favor del señor Contrademandado el valor de cuatro millones de pesos (\$ 4.000.000 ML), al tenor de lo regulado por el artículo 365 N° 5° del C.G.P y demás normas concordantes. Respecto de la eventual compensación monetaria, ha de estarse a lo regulado por el artículo 1714 del Código Civil, y demás normas concordantes, en lo procedente.

OCTAVO: NO CONDENAR respecto del juramento estimatorio, con base en lo señalado en precedencia.

NOVENO: INFORMAR que contra la presente decisión procede el recurso de apelación en el efecto suspensivo, según los términos del articulado 320 a 323 del Código General del Proceso -CGP-, con las especificidades normativas de que se trata de un fallo escrito.

Además de los estados, remítase copia virtual de esta sentencia, de acuerdo con los medios tecnológicos disponibles, a la mayor brevedad, dadas las considerables vicisitudes que ha padecido este proceso verbal, y con el ánimo de ahondar en el principio de publicidad.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

DANIEL ESTEBAN VILLA PÉREZ
JUEZ

Firmado Por:

Daniel Esteban Villa Perez
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 001 Laboral
Sevilla - Valle Del Cauca



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:

f5ecb901ebd661599691e6597c9572761dc5d6f6939f100e0cca47df23025c39

Documento generado en 12/05/2022 04:03:44 PM

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