

 <p>Rama Judicial Consejo Superior de la Judicatura República de Colombia</p>	<p><b>PROCESO:</b> GESTION DOCUMENTAL</p>	<p><b>CÓDIGO:</b> CSJCF-GD-F04</p>	
	<p><b>ACUSE DE RECIBIDO:</b> ACUSE DE RECIBIDO PARA LOS DOCUMENTOS ENTRANTES PARA LOS DESPACHOS</p>	<p><b>VERSIÓN:</b> 2</p>	

## Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales En Apoyo a los Juzgados Laborales del Circuito de Manizales

### Acuse de Recibido

**FECHA: Viernes 15 de Diciembre del 2023**

**HORA: 10:12:32 am**

**Se ha registrado en el sistema, la carga de 3 archivos suscritos a nombre de; Carolina Gomez Gonzalez, con el radicado; 202200722, correo electrónico registrado; carolina.gomez@gomezgonzalezabogados.com.co, dirigidos al JUZGADO 11 CIVIL MUNICIPAL.**

**Si necesita comunicarse con el Centro de Servicios, puede hacerlo dentro de los horarios establecidos al teléfono de atención al usuario, (606) 8879620 ext. 11611**

Archivos Cargados
MemorialContestaConJuramnetoSubsanado.pdf
ContetsSJuramentoARLALBEIROBURGOS.pdf
ContestacSJuramentoVIDAALBEIROBURGOS.pdf

**CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-17001-20231215101253-RJC-31262**

Palacio de Justicia 'Fany Gonzales Franco'  
Carrera 23 # 21-48 Oficina 108 Manizales - Caldas  
csjcfma@cendoj.ramajudicial.gov.co

8879620 ext. 11600



**GÓMEZ GONZÁLEZ**  
A B O G A D O S

Señora Juez  
**Dra. ANA MARIA OSORIO TORO**  
Juzgado Once Civil Municipal  
Manizales - Caldas  
E.S.D.

**PROCESO:** VERBAL DE MENOR CUANTÍA  
**DEMANDANTE:** ALBEIRO BURGOS PARRA  
**DEMANDADOS:** SEGUROS DE RIESGOS LABORALES COLMENA S.A.  
**RAD.** 2022-00722  
**ASUNTO:** **APORTA MEMORIALES DE CONTESTACIÓN CON LA  
SUBSANACIÓN DEL JURAMENTO ESTIMATORIO**

**CAROLINA GÓMEZ GONZÁLEZ**, abogada en ejercicio, con domicilio en Pereira, Risaralda, identificada con cédula de ciudadanía 1.088.243.926 expedida en Pereira, Risaralda, con Tarjeta Profesional 189.527 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada de SEGUROS DE RIESGOS LABORALES COLMENA S.A., identificada con el Nit. **800.226.175-3** y de la COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A, identificada con el Nit. 901.528.731-1, me permito adjuntar con el presente escrito, los memoriales de contestación por cada una de las Compañías, subsanando el juramento estimatorio según lo dispuesto por el Despacho en auto del 11 de diciembre del 2023.

En todo caso debe tenerse en cuenta que la objeción al juramento estimatorio es una facultad que tiene el demandando mas no es un requisito de admisibilidad de la contestación, por lo que en caso que la objeción planteada siga resultando ineficiente para la señora Juez, no puede con base en la misma tenerse por no contestada la demanda, sino tan solo como no objetado el juramento estimatorio y sus consecuencias están expresamente contenidas en el art. 206 del CGP.

Atentamente,

**CAROLINA GÓMEZ GONZÁLEZ**  
C.C. 1.088.243.926 de Pereira, Risaralda.  
T.P. 189.527 Consejo Superior de la Judicatura.



**GÓMEZ GONZÁLEZ**  
A B O G A D O S

Señora Juez

**Dra. ANA MARIA OSORIO TORO**

Juzgado Once Civil Municipal

Manizales - Caldas

E.S.D.

<b>PROCESO:</b>	VERBAL DE MENOR CUANTÍA
<b>DEMANDANTE:</b>	ALBEIRO BURGOS PARRA
<b>DEMANDADOS:</b>	SEGUROS DE RIESGOS LABORALES COLMENA S.A.
<b>RAD.</b>	2022-00722
<b>ASUNTO:</b>	<b>CONTESTACIÓN DEMANDA</b>

**CAROLINA GÓMEZ GONZÁLEZ**, abogada en ejercicio, con domicilio en Pereira, Risaralda, identificada con cédula de ciudadanía 1.088.243.926 expedida en Pereira, Risaralda, con Tarjeta Profesional 189.527 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada de SEGUROS DE RIESGOS LABORALES COLMENA S.A., identificada con el Nit. **800.226.175-3**, en virtud del poder especial otorgado por la representante legal de la sociedad demandada, dentro de la oportunidad procesal, me permito proceder a dar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** y la subsanación dentro proceso de la referencia, en los siguientes términos:

### **A LOS HECHOS**

- 1. FRENTE AL HECHO “1” y los subsiguientes “1.1.” y “1.2”:** NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, pues se hace referencia a una persona jurídica diferente de mi representada como lo es el BANCO CAJA SOCIAL.
- 2. FRENTE AL HECHO “2”:** NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, ya que no tiene dentro de sus objetos sociales la actividad bancaria.
- 3. FRENTE AL HECHO “3”:** Como este hecho contiene varias afirmaciones damos respuesta a cada una de ellas de forma independiente así:
  - En lo que respecta a que el demandante “se vio obligado a constituir tanto las pólizas de seguro de Vida Individual No. 592727 y de Vida – Grupo – Deudores No. 276370-357870-34-1-5000”, debemos”, debemos decir que **NO ES UN HECHO** sino una **APRECIACIÓN SUBJETIVA** del apoderado del demandante, la cual además no se compadece de la realidad jurídica que regula la colocación de pólizas, específicamente lo contenido en el art. 100 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiera que establece lo siguiente:

**“ARTICULO 100. REGIMEN DE PROTECCION A TOMADORES DE SEGUROS Y ASEGURADOS.**

(...)

*2. Protección de la libertad de contratación. Cuando las instituciones financieras actúen como tomadoras de seguros, cualquiera que sea su clase, por cuenta de sus deudores, deberán adoptar procedimientos de contratación que garantice la libre concurrencia de oferentes. La Superintendencia Bancaria protegerá la libertad de tomadores y asegurados para decidir la contratación de los seguros y escoger sin limitaciones la aseguradora y, en su caso, el intermediario y aplicará las sanciones correspondientes cuando verifique conductas o prácticas que contraríen lo dispuesto en este Estatuto”.*

- Respecto a las demás manifestaciones realizadas en esto hecho, debemos indicar que NO LE CONSTAN A MI REPRESENTADA, pues ya no se encuentra a su cargo ni la gestión ni las obligaciones derivadas de los contratos de seguros de vida, ya que en virtud de la escisión parcial materializada mediante la Escritura Publica No. 4308 del 30 de septiembre de 2021 de la Notaria 21 de Bogotá D.C., inscrita el 7 de octubre de 2021 en su certificado de existencia y representación legal, solo le compete lo relacionado con el ramo de riesgos laborales.

**4. FRENTE AL HECHO “4”:** Como este hecho contiene varias afirmaciones damos respuesta a cada una de ellas de forma independiente así:

- En cuanto a *“que está claramente determinado que entre LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A. y el señor ALBEIRO BURGOS PARRA, se estableció y aun existe una relación contractual”*, debemos decir, como ya lo hemos indicado, NO LE CONSTAN A MI REPRESENTADA, pues ya no se encuentra a su cargo ni la gestión ni las obligaciones derivadas de los contratos de seguros de vida, ya que en virtud de la escisión parcial materializada mediante la Escritura Publica No. 4308 del 30 de septiembre de 2021 de la Notaria 21 de Bogotá D.C., inscrita el 7 de octubre de 2021 en su certificado de existencia y representación legal, solo le compete lo relacionado con el ramo de riesgos laborales.
- Respecto de las demás afirmaciones insistimos en lo indicado previamente.

**5. FRENTE AL HECHO “5”:** NO LE CONSTAN A MI REPRESENTADA, primero por cuanto en este hecho se hace referencia a una persona jurídica diferente que es el BANCO CAJA SOCIAL, y segundo por cuanto como se explicó ya no se encuentra a su cargo ni la gestión ni las obligaciones derivadas de los contratos de seguros de vida, ya que en virtud de la escisión parcial materializada mediante la Escritura Publica No. 4308 del 30 de septiembre de 2021 de la Notaria 21 de Bogotá D.C., inscrita el 7 de octubre de 2021 en su certificado de existencia y representación legal, solo le compete lo relacionado con el ramo de riesgos laborales.



GÓMEZ GONZÁLEZ

- 6. FRENTE AL HECHO “6”:** NO LE CONSTAN A MI REPRESENTADA, primero por cuanto en este hecho se hace referencia a una persona jurídica diferente que es el BANCO CAJA SOCIAL, y segundo por cuanto como se explicó ya no se encuentra a su cargo ni la gestión ni las obligaciones derivadas de los contratos de seguros de vida, ya que en virtud de la escisión parcial materializada mediante la Escritura Pública No. 4308 del 30 de septiembre de 2021 de la Notaría 21 de Bogotá D.C., inscrita el 7 de octubre de 2021 en su certificado de existencia y representación legal, solo le compete lo relacionado con el ramo de riesgos laborales.
- 7. FRENTE AL HECHO “7”:** NO LE CONSTAN A MI REPRESENTADA, pues como se explicó ya no se encuentra a su cargo ni la gestión ni las obligaciones derivadas de los contratos de seguros de vida, ya que en virtud de la escisión parcial materializada mediante la Escritura Pública No. 4308 del 30 de septiembre de 2021 de la Notaría 21 de Bogotá D.C., inscrita el 7 de octubre de 2021 en su certificado de existencia y representación legal, solo le compete lo relacionado con el ramo de riesgos laborales.
- 8. FRENTE AL HECHO “8”:** NO ES UN HECHO sino una apreciación subjetiva de los demandantes y de su apoderado, frente a lo cual manifestamos que en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.
- 9. FRENTE AL HECHO “9”:** NO ES UN HECHO sino una apreciación subjetiva de los demandantes y de su apoderado, frente a lo cual manifestamos que en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.
- 10. FRENTE AL HECHO “10”:** NO ES UN HECHO sino una apreciación subjetiva de los demandantes y de su apoderado, frente a lo cual manifestamos que en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.
- 11. FRENTE AL HECHO “11”:** NO ES UN HECHO sino una apreciación subjetiva de los demandantes y de su apoderado, frente a lo cual manifestamos que en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.
- 12. FRENTE AL HECHO “12”:** NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, pues se hace referencia a una persona jurídica diferente de mi representada como lo es el BANCO CAJA SOCIAL.
- 13. FRENTE A LOS HECHOS “12”, “13”, “13.1.” Y “13.2”:** NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso, especialmente al contenido de los documentos aportados con la demanda.
- 14. FRENTE AL HECHO “14”:** NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso, especialmente al contenido de los documentos aportados con la demanda.



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O G A D O S

En cuanto a que la “Disminución de capacidad laboral que al superar el CINCUENTA POR CIENTO (50%), en términos legales laborales, se convierte en una INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE”, debemos decir que NO ES UN HECHO sino una APRECIACIÓN SUBJETIVA del apoderado del demandante, la cual además no tiene en cuenta lo establecido en el art. 28 del Decreto 1796 del 2000, “por el cual se regula la evaluación de la capacidad sicofísica y de la disminución de la capacidad laboral, y aspectos sobre incapacidades, indemnizaciones, pensión por invalidez e informes administrativos por lesiones, de los miembros de la Fuerza Pública, Alumnos de las Escuelas de Formación y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil al servicio del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993”:

*DECRETO 1796 DE 2000*

*ARTICULO 28. CLASIFICACIÓN DE LAS INCAPACIDADES. Las incapacidades se clasifican en: a. Incapacidad temporal: Es aquella que le impide a la persona desempeñar su profesión u oficio habitual por un tiempo determinado. b. Incapacidad permanente parcial: Es aquella que se presenta cuando la persona sufre una disminución parcial pero definitiva, de alguna o algunas de sus facultades para realizar su trabajo habitual.*

*PARAGRAFO. Se considerará inválida la persona cuando la incapacidad permanente parcial sea igual o superior al 75% de disminución de la capacidad laboral. (Negrilla y subraya fuera de texto original)*

- 15. FRENTE AL HECHO “15”:** NO LE CONSTAN A MI REPRESENTADA, pues como se explicó ya no se encuentra a su cargo ni la gestión ni las obligaciones derivadas de los contratos de seguros de vida, ya que en virtud de la escisión parcial materializada mediante la Escritura Publica No. 4308 del 30 de septiembre de 2021 de la Notaria 21 de Bogotá D.C., inscrita el 7 de octubre de 2021 en su certificado de existencia y representación legal, solo le compete lo relacionado con el ramo de riesgos laborales.
- 16. FRENTE AL HECHO “16”:** NO SON HECHOS sino apreciaciones subjetivas del demandante y de su apoderado, frente a lo cual manifestamos que en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.
- 17. FRENTE AL HECHO “17”:** NO SON HECHOS sino apreciaciones subjetivas del demandante y de su apoderado, frente a lo cual manifestamos que en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.
- 18. FRENTE AL HECHO “18”:** NO SON HECHOS sino apreciaciones subjetivas del demandante y de su apoderado, frente a lo cual manifestamos que en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.



GÓMEZ GONZÁLEZ

- 19. FRENTE AL HECHO “19”:** NO SON HECHOS sino apreciaciones subjetivas del demandante y de su apoderado, frente a lo cual manifestamos que en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.
- 20. FRENTE AL HECHO “20”:** NO SON HECHOS sino apreciaciones subjetivas del demandante y de su apoderado, frente a lo cual manifestamos que en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.
- 21. FRENTE AL HECHO “21”:** NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, pues se hace referencia a una persona jurídica diferente de mi representada como lo es el BANCO CAJA SOCIAL, nos atenemos a lo que resulte probado.
- 22. FRENTE AL HECHO “22”:** ES CIERTO, mi representada SEGUROS DE RIESGOS LABORALES COLMENA S.A. identificada con el Nit. 800.226.175-3 fue convocada a audiencia de conciliación por parte del hoy demandante.
- 23. FRENTE AL HECHO “23” al “23.1”, al 23.1.1” y a los literales “I” y “II”:** NO SON HECHOS sino apreciaciones subjetivas del demandante y de su apoderado, frente a lo cual manifestamos que en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.

En todo caso, en este hecho se confunden enunciados que parecen ser pretensiones, pero que no se relacionan con los hechos de demanda ni con las pretensiones, pues los seguros de vida no tiene carácter indemnizatorio.

- 24. FRENTE AL HECHO “24”:** NO SON HECHOS sino apreciaciones subjetivas del demandante y de su apoderado, frente a lo cual manifestamos que en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.
- 25. FRENTE AL HECHO “24”:** NO SON HECHOS sino apreciaciones subjetivas del demandante y de su apoderado, frente a lo cual manifestamos que en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.

### **A LAS PRETENSIONES Y CONDENAS**

Teniendo en cuenta las excepciones propuestas, los fundamentos fácticos y jurídicos invocados en el presente escrito de contestación de la demanda, me opongo a todas las pretensiones de la demanda, y solicito sean negadas en su totalidad, por cuanto la persona jurídica demandada, esto es, la “COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A.” identificada con Nit. 800.226.175-3”, no tiene a su cargo ni la gestión ni las obligaciones derivadas de los contratos de vida, ya que como se observa en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá de la compañía COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A., mediante Escritura No. 4308 del 30 de septiembre de 2021 de la Notaria 21 de Bogotá D.C., inscrita el 7 de octubre de 2021, en virtud de la



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O G A D O S

escisión de la sociedad COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A. (escidente), se constituyó una nueva sociedad denominada COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A., que se identifica con el Nit. No.901.528.731-1.

Quedando por tanto a cargo de la hoy demandada única y exclusivamente lo relacionado con el ramo de riesgos laborales que no es lo que de discute en el presente proceso judicial, lo cual se encuentre debidamente inscrito, cumpliendo así con la publicidad a terceros, en los certificados de existencia y representación expedidos por la Cámara de Comercio y la Superintendencia financiera de Colombia de las dos Compañías.

Por lo tanto se realiza pronunciamiento específico frente a cada pretensión así:

**FRENTE A LAS PRETENSIONES “1”, “2”, “3”, “3.1”, “3.2”. “4” y “5”:** Nos oponemos por carecer de fundamento factico y jurídico, por cuanto la persona juridica demandada, esto es, la “COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A.” identificada con Nit. 800.226.175-3”, no tiene a su cargo ni la gestión ni las obligaciones derivadas de los contratos de vida, ya que como se observa en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá de la compañía COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A., mediante Escritura No. 4308 del 30 de septiembre de 2021 de la Notaria 21 de Bogotá D.C., inscrita el 7 de octubre de 2021, en virtud de la escisión de la sociedad COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A. (escidente), se constituyó una nueva sociedad denominada COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A., que se identifica con el Nit. No.901.528.731-1, por lo tanto estamos frente a una legitimación en la causa por pasiva.

#### 1.1.EXCEPCIONES DE FONDO:

##### SOLICITUD DE DICTAR SENTENCIA ANTICIPADA

Con todo respeto, solicito comedidamente a la señora Juez que, en caso de encontrar probada la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva alegada, en los términos del art. 278 proceda a dictar sentencia anticipada:

*ARTÍCULO 278. CLASES DE PROVIDENCIAS. Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias.*

*Son sentencias las que deciden sobre las pretensiones de la demanda, las excepciones de mérito, cualquiera que fuere la instancia en que se pronuncien, las que deciden el incidente de liquidación de perjuicios, y las que resuelven los recursos de casación y revisión. Son autos todas las demás providencias.*

**En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:**



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O G A D O S

1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.

2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.

3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa. (Negrilla y subraya fuera de texto)

### **1. FALTA O CARENCIA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA**

Como se ha venido sosteniendo a lo largo de este escrito, la persona jurídica contra la que eligió el demandante dirigir su acción no se encuentra legítima en la causa por pasiva, pues como se lee en el encabezado de la demanda, esta se dirigió en contra de la “COMPañÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A.” identificada con Nit. 800.226.175-3”, y así fue admitida por el Despacho.

No obstante lo anterior, tal como se observa en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá de la compañía COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A., mediante Escritura No. 4308 del 30 de septiembre de 2021 de la Notaría 21 de Bogotá D.C., inscrita el 7 de octubre de 2021, en virtud de la escisión de la sociedad COMPañÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A. (escidente), se constituyó una nueva sociedad denominada COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A., que se identifica con el Nit. No.901.528.731-1.

Por lo tanto, en virtud de la escisión parcial aludida, se dio lugar a la constitución de la nueva compañía COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A., quien en su calidad de beneficiaria de la escisión, gestionará únicamente el ramo de Seguros de Vida, por lo que la persona jurídica demandada NO se encuentra legitimada por pasiva, por cuanto incluso desde la fecha en que se agotó el requisito de procedibilidad y más aun para cuando se radicó la presente demanda, ya se había inscrito en el certificado de existencia y representación legal de mi representada la correspondiente escisión parcial y se encontraba operando la Compañía de Seguros de Vida identificada con el Nit. .901.528.731.

De hecho si se observa el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, que es según lo establece el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero a través del cual se identifican las personas jurídicas vigiladas por ellos, que se aportó con la demanda a folio 11 digital de los anexos se puede verificar lo aquí indicado:

**EL SECRETARIO GENERAL**

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

**CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL:** COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A., pero también podrá actuar bajo las siguientes denominaciones "COLMENA SEGUROS", "SEGUROS COLMENA", "COLMENA SEGUROS DE VIDA", "COLMENA VIDA", "SEGUROS DE VIDA COLMENA". La sociedad podrá utilizar la expresión "COLMENA" como parte de su denominación y/o de sus siglas mientras la compañía haga parte del grupo empresarial liderado por la Fundación Grupo Social.

**NIT: 901528731-1**

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

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Resolución S.F.C. No 0941 del 31 de agosto de 2021 La Superintendencia Financiera de Colombia, aprueba la escisión parcial de la Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A., de conformidad con la solicitud presentada, en los términos del numeral 4º del artículo 71 del EOSF, advirtiendo que la sociedad deberá presentar ante esta Superintendencia un programa de adecuación en el cual se detallen las actividades que se deben surtir para garantizar la continuidad de las operaciones y el cumplimiento de sus obligaciones dentro del mes siguiente a la ejecutoria de la presente resolución. Se precisa que el referido programa de adecuación no podrá exceder de dos (2) años, protocolizada mediante Escritura Pública No. 4308 del 30 de septiembre de 2021, Notaría 21 del Circulo de Bogotá D.C., y se autoriza la constitución de la sociedad aseguradora Colmena Seguros de Vida S.A.

Escritura Pública No 4308 del 30 de septiembre de 2021 de la Notaría 21 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). bajo la denominación COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A., pero también podrá actuar bajo las siguientes denominaciones "COLMENA SEGUROS", "SEGUROS COLMENA", "COLMENA SEGUROS DE VIDA", "COLMENA VIDA", "SEGUROS DE VIDA COLMENA". La sociedad podrá utilizar la expresión "COLMENA" como parte de su denominación y/o de sus siglas mientras la compañía haga parte del grupo empresarial liderado por la Fundación Grupo Social.

Es así como la Compañía COLMENA DE SEGUROS DE VIDA S.A. identificada con el Nit. 901.528.731-1, que es la compañía en cabeza de quien quedó radicada desde el 31 de agosto de 2021 la gestión y responsabilidad relacionada con el ramo de seguros de Vida quedando a cargo de SEGUROS DE RIESGOS LABORALES COLMENA S.A., identificada con el Nit. 800.226.175-3 (demandada) solo la gestión de los riesgos laborales.

También en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogota, de la Compañía SEGUROS DE RIESGOS LABORALES COLMENA S.A., identificada con el Nit. 800.226.175-3 se lee lo siguiente:

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

**NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Razón social: COLMENA SEGUROS RIESGOS LABORALES S.A., RIESGOS LABORALES COLMENA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA

Sigla: RIESGOS LABORALES COLMENA, ARL COLMENA, COLMENA RIESGOS LABORALES, COLMENA ARL

Nit: 800226175 3

Domicilio principal: Bogotá D.C.

Por Escritura Pública No. 4308 del 30 de septiembre de 2021 de la Notaría 21 de Bogotá D.C., inscrita en esta Cámara de Comercio el 7 de Octubre de 2021, con el No. 02751124 del Libro IX, la sociedad escidente: COLMENA SEGUROS RIESGOS LABORALES S.A., RIESGOS LABORALES COLMENA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA transfirió sin disolverse parte de su patrimonio a la sociedad escindida: COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A., que se constituye.

**OBJETO SOCIAL**

La sociedad tendrá por objeto exclusivo el desarrollo del ramo de riesgos laborales y la celebración de contratos de reaseguro en el mismo ramo. También podrá celebrar y ejecutar los demás actos, contratos y operaciones que le sea permitido realizar a las compañías de seguros de vida por las normas legales, es decir, solo para efectos de la realización de actividades relacionadas con el ramo de riesgos laborales. En desarrollo de su objeto social, es decir, solo para efectos de la realización de actividades relacionadas con el ramo de riesgos laborales, la sociedad está facultada para: a)

También en el certificado expedido por la Superintendencia Financiera se lee lo siguiente:

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 4002183322097133**

Generado el 08 de marzo de 2023 a las 19:26:47

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

**EL SECRETARIO GENERAL**

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

**CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL: COLMENA SEGUROS RIESGOS LABORALES S.A., pudiendo actuar bajo las denominaciones de "RIESGOS LABORALES COLMENA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA" y bajo las siguientes siglas "RIESGOS LABORALES COLMENA" o "ARL COLMENA" o "COLMENA RIESGOS LABORALES" o "COLMENA ARL"**

**NIT: 800226175-3**

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

Resolución S.F.C. No 0941 del 31 de agosto de 2021 .La Superintendencia Financiera de Colombia, aprueba la escisión parcial de la Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A., de conformidad con la solicitud presentada, en los términos del numeral 4º del artículo 71 del EOSF, advirtiendo que la sociedad deberá presentar ante esta Superintendencia un programa de adecuación en el cual se detallen las actividades que se deben surtir para garantizar la continuidad de las operaciones y el cumplimiento de sus obligaciones dentro del mes siguiente a la ejecutoria de la presente resolución. Se precisa que el referido programa de adecuación no podrá exceder de dos (2) años, protocolizada mediante Escritura Pública No. 4308 del 30 de septiembre de 2021, Notaría 21 del Circulo de Bogotá D.C.

Escritura Pública No 4308 del 30 de septiembre de 2021 de la Notaría 21 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA), cambia su razón social por COLMENA SEGUROS RIESGOS LABORALES S.A., pudiendo actuar bajo las denominaciones de "RIESGOS LABORALES COLMENA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA" y bajo las siguientes siglas "RIESGOS LABORALES COLMENA" o "ARL COLMENA" o "COLMENA RIESGOS LABORALES" o "COLMENA ARL"

Así las cosas señora Juez, es claro que para la fecha en la que se presentó la demanda, se había materializado una escisión parcial debidamente inscrita en todos los certificados de existencia y representación legal de mi representada, que implicó que la Compañía demandada no este legitimada en la causa, por cuanto precisamente el objeto de dicha escisión fue crear una nueva Compañía que recibió de forma exclusiva la operación de seguros de Vida, quedando solo a cargo de la demandada la gestión del ramo de riesgos laborales lo cual no es objeto de este proceso judicial.



GÓMEZ GONZÁLEZ

De forma SUBSIDIARIA, esto en caso que no se declarada la excepción de falta de legitimación, propongo las siguientes excepciones:

**1.1.1. AUSENCIA DE PRUEBA DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO AMPARADO – INEXISTENCIA DE PRUEBA DE SINIESTRO**

El señor BURGOS PARRA presentó ante el Banco Caja Social S.A. aviso de reclamación por el amparo Incapacidad Total y Permanente de las pólizas de Vida, con motivo de múltiples diagnósticos preexistentes denominados “apnea obstructiva moderada del sueño manejada con CPAP”, “cicatrices traumáticas”, “discopatía lumbar degenerativa y lumbago crónico, que ocasional leve limitación funcional”, “epistaxis de manejo medico” y “trauma hemicorporal izquierdo, sin limitaciones funcionales”, que fueron los motivos de la calificación del 55.99% otorgado por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional, aportando únicamente esta acta como prueba de la “incapacidad Total y Permanente”, que corresponde con el No. M20-1085 del 4 de diciembre de 2020, en la cual se establece que presenta una incapacidad permanente parcial, lo que conllevó a la COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A. a objetar formalmente la reclamación por falta de prueba de la materialización del riesgo asegurado<sup>2</sup> por las siguientes razones:

- a) El porcentaje calificado en el acta de la Junta Médico Laboral No. M20-1085 del 4 de diciembre de 2020, no corresponde con una calificación de una incapacidad Total y Permanente (como se encuentra amparado en la póliza), sino que expresamente en dicha acta se indica que se trata de una incapacidad permanente “parcial”, lo que no corresponde con riesgo amparado en la póliza.
- b) Adicionalmente, de acuerdo con lo establecido en el art. 1077 del Co. de Co. y en las Condiciones Generales de la Póliza, el asegurado debe probar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, siendo en este caso al prueba de la “Incapacidad Total y Permanente” un dictamen de pérdida de capacidad laboral en firme emitido por la Junta de Calificación de Invalidez, Regional o Nacional independientemente que se encuentren sometidos a un régimen de excepción, por lo que el acta de la Junta Médico Laboral No. M20-1085 del 4 de diciembre de 2020 que fue aportada por el hoy demandante durante el proceso de aviso de reclamación, no constituye prueba del siniestro.

Por lo tanto, es claro que el asegurado no cumplió con su carga de probar la ocurrencia del siniestro (materialización del riesgo asegurado)<sup>4</sup> el cual es requisito indispensable para que pueda proceder si quiera el estudio de una reclamación y por lo tanto las razones que llevaron a COLMENA SEGUROS a tomar su determinación se encuentra fundadas en razones fácticas y jurídicas debidamente informadas al señor BURGOS PARRA en su momento.

**1.1.2. EXCLUSIÓN DE COBERTURA DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES NO DECLARADAS:**



GÓMEZ GONZÁLEZ

ABOGADOS

Para el caso en concreto los padecimientos que le generaron de manera directa incapacidad total y permanente que se alega, son previos a la contratación de la póliza, y estos se encuentran excluidos de cobertura expresamente, tal como lo indica la Condición Cuarta de las Condiciones Generales de la Póliza VIDA GRUPO DEUDORES, que a la letra dice:

*“1.7 EXCLUSIONES DE LOS AMPAROS*

*1.7.1 Exclusiones para muerte o incapacidad total y permanente:*

*Ningún beneficio es pagadero bajo este amparo si:*

*La muerte o incapacidad del asegurado es causada u originada por cualquier causa o enfermedad física o mental preexistente que haya sido diagnosticada o conocida por el asegurado y no declarada con anterioridad a la contratación del seguro.”*

Por lo anterior, dado que la Incapacidad total y permanente es derivada de preexistencias no declaradas se encuentra excluida de cobertura, no existe obligación alguna en cabeza de mi representada derivada de la pólizas suscritas por el demandante.

Lo anterior además por cuanto de acuerdo con lo establecido en el art. 1056 del Co. de Co., a su arbitrio el asegurador puede delimitar el riesgo, estableciendo de forma expresa en el contrato de seguro en qué eventos COLMENA SEGUROS no procedería al pago de los valores asegurados, indicándose en el caso concreto que no habría lugar a cobertura cuando se presentaran enfermedades preexistentes no declaradas:

*ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador podrá, 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.*

Como se advirtió previamente, el demandante padecía las patologías denominadas “apnea obstructiva moderada del sueño manejada con CPAP”, “cicatrices traumáticas”, “discopatía lumbar degenerativa y lumbago crónico, que ocasional leve limitación funcional”, “epistaxis de manejo medico” y “trauma hemitorporal izquierdo, sin limitaciones funcionales”, desde antes de suscribir las declaraciones de asegurabilidad que dieron lugar a la expedición del contrato de seguro con la hoy COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A. y que se encuentran en su historia clínica que se adjunta, incluso desde el año 2011 le había sido calificada una perdida de capacidad laboral del 35.56%.

Así las cosas, resulta claro que el demandante presentaba patologías preexistentes no declaradas que fueron la causa de su incapacidad total y permanente, por lo que las pretensiones de la demanda no están llamadas a prosperar por tratarse de situaciones expresamente excluidas de cobertura.

**1.2.3. ANULABILIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO EN RAZON DE LA NULIDAD RELATIVAGENERADA POR LA RETICENCIA:**



GÓMEZ GONZÁLEZ

ABOGADOS

Los contratos de seguro suscritos por el demandante con la hoy COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., mencionados por la parte pretensora como sustento de sus peticiones, adolece de nulidad relativa al tenor de lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, que textualmente dice:

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

***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 de riesgo.***

***Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable al 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 prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160”***

El señor ALBEIRO BURGOS PARRA al diligenciar las declaraciones de asegurabilidad, las cuales quedó acreditado en el trámite de la prueba extraprocesal SI fueron firmadas por él, en las cuales dio respuesta negativa a cada una de las preguntas del cuestionario sobre el estado del riesgo asegurable, en las que se le preguntaba respecto a que si le han diagnosticado o ha recibido algún tratamiento o cirugía, le han practicado pruebas o exámenes de diagnóstico o tiene conocimiento de padecer o haber padecido enfermedades o condiciones de salud de tipo congénito, neurológico, cardiovascular o enfermedades como Hipertensión Arterial, infarto o enfermedad de las arterias coronarias, cáncer, leucemias, linfomas, Diabetes, Asma, trombosis, derrames o eventos cerebrovasculares, anemias, enfisema pulmonar EPOC, artritis reumatoidea, cirrosis, insuficiencia renal, epilepsia, tumores, trastornos inmunológicos o reumatológicos, lupus, enfermedades mentales, le han hecho tratamiento quirúrgico por obesidad?, o ha padecido o padece de cualquier otra enfermedad o lesión que no se haya mencionado?, incurrió en una reticencia u omisión de información consciente, lo que implica que el contrato de seguro se encuentre viciado de nulidad.

En la declaración de asegurabilidad diligenciada por el asegurado y que sirvió como base para que COLMENA SEGUROS expediera los contratos de seguro se lee por ejemplo en uno de ellos lo siguiente:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD										
LE HAN DIAGNOSTICADO O TRATADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:										
MARQUE CON UNA X		SI	NO	MARQUE CON UNA X		SI	NO	MARQUE CON UNA X		
CANCER			<input checked="" type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS			<input checked="" type="checkbox"/>	TIENE ALGUNA LIMITACION FISICA O MENTAL CONGENITA O ADQUIRIDA		<input checked="" type="checkbox"/>
SIDA			<input checked="" type="checkbox"/>	INFARTO			<input checked="" type="checkbox"/>	ES PRIMIGESTANTE?		<input checked="" type="checkbox"/>
ACCIDENTES CEREBROVASCULAR			<input checked="" type="checkbox"/>	ES MUJER PRIMIGESTANTE MAYOR A 40 AÑOS?			<input checked="" type="checkbox"/>	ESTA EMBARAZADA?		<input checked="" type="checkbox"/>
INSUFICIENCIA RENAL			<input checked="" type="checkbox"/>	LE HAN DIAGNOSTICADO O TRATADO ALGUNA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS CITADAS ARRIBA?			<input checked="" type="checkbox"/>	ENTRE 0 Y 3 MESES <input type="checkbox"/>	ENTRE 3 Y 6 MESES <input type="checkbox"/>	ENTRE 6 Y 9 MESES <input type="checkbox"/>

Al momento de suscribir el contrato, el asegurado estaba certificando que tenía un buen estado de salud, y que no padecía de ninguna de las enfermedades enlistadas, por demás que no se encontraba en tratamiento médico, ni consumía medicamentos de manera permanente, manifestación que fue contraria a la realidad.

Como ya se anotó, las enfermedades padecidas por el asegurado y ocultadas al momento de la celebración del contrato, más precisamente en la declaración de asegurabilidad, agravan el riesgo asumido por mi representada, de tal manera que, de haberse conocido que el señor ALBEIRO BURGOS PARRA padecía estas enfermedades, nunca hubiera contratado el seguro, mas cuando ya tenía calificada una perdida o disminución de capacidad laboral del 35.56%.

Los padecimientos omitidos son relevantes para el asegurador al momento de establecer el estado del riesgo que asumirá, pues afecta y deteriora la salud a tal punto que pueden ocasionar la muerte, o un estado de invalidez.

En la historia clínica que se aportará al proceso se evidencian los padecimientos diagnosticados en fecha anterior al diligenciamiento de las declaraciones de asegurabilidad. Nótese como la historia clínica señala años de citas y tratamientos anteriores a la suscripción de las declaraciones, por demás se encontraba en tratamiento para dichas afecciones.

El asegurador asume un riesgo de cuya realización se generan las obligaciones a su cargo, la celebración del contrato de seguro depende de lo manifestado en la declaración de asegurabilidad, pues con fundamento en ella emite su voluntad contractual, ahora bien, si lo declarado por el solicitante corresponde a la verdad, el consentimiento del asegurador es válido, pero, si como en este caso, se le oculta el verdadero estado de salud de quien solicita el seguro – o que se tienen o se contrataran otros seguros sobre el mismo riesgo-, el consentimiento de quien asume el riesgo se encuentra necesariamente viciado, por ello el consentimiento de la parte resistente a la solicitud del asegurado para la celebración del contrato de seguro de vida estuvo viciado por cuanto fue inducida en error por las declaraciones reticentes evidentes del asegurado en cuanto a su real estado de salud, fundamento insustituible para la calificación y apreciación del riesgo que asumía, afectándose un aspecto vital del consentimiento del asegurador.



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O G A D O S

El señor ALBEITO BURGOS PARRA firmó la solicitud de seguro y la declaración de asegurabilidad, en la cual estableció que se encontraba en buen estado de salud.

Para el caso específico del contrato de seguro en el cual la existencia de la buena fe es exigida en sumáxima expresión, el Código de Comercio sanciona con la nulidad relativa del contrato, la conducta reticente del solicitante en el artículo 1058 transcrito y en el 1059 con la pérdida a favor de la aseguradora de las primas pagadas.

El artículo 871 del Código de Comercio establece: *“Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no sólo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural.*

El principio de la UBÉRRIMA BONA FIDE, que es el fundamento de la teoría de los contratos, debe estar presente siempre en las actuaciones precontractuales y contractuales de las partes intervinientes en el contrato, y en el de seguro con mayor razón, ya que el asegurador asume un riesgo generado en la propia actividad del asegurado, en consecuencia es éste quien debe suministrar al asegurador todos los elementos que le permitan evaluar el riesgo que va a asumir. Si el asegurado que debe estar guiado por la buena fe no le ofrece al asegurador todos los elementos de juicio para conocer el verdadero estado de riesgo, está incumpliendo el principio de la buena fe y por ésta razón el legislador ha impuesto una grave sanción como es la nulidad relativa del contrato.

No hay lugar a dudas en cuanto a la reticencia se refiere, ya que además de la relevancia de los padecimientos omitidos, es claro que la información consignada en la declaración de asegurabilidad no concuerda con el verdadero estado de salud de la asegurada al momento de solicitar el seguro, lo que sin duda vició el consentimiento de mi representada.

Al efecto valga el siguiente pasaje jurisprudencial de orden local, esto es, Sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira, Sala Decisión Civil-Familia, 23 de mayo de 2006, radicación 66001-31-03-004-2004-00179-01, Actor Elicenia Morales de Duque Vs. Compañía de Seguros de Vida Colpatria S. A:

*“ ... No es, pues, gratuito sino de importancia suma, como lo hizo ver la Corte Suprema de Justicia en el fallo de 2 de agosto de 2001 en que se refirió a espacio sobre la buena fe que se debe observar en materia de seguros, que el artículo 1058 citado utilizara la palabra “sinceramente”, vocablo que desnuda la intención inequívoca del legislador de establecer para el tomador la carga precontractual de declarar con apego a la verdad los hechos y circunstancias significativas del estado del riesgo, la misma que se incumple cuando se emplea la inexactitud y la infidelidad, o se guarda silencio sobre lo que se debiera informar. De tal modo que cuando la reticencia recae sobre puntos de tal carácter que de haber sido conocidos por el asegurador lo habrían llevado a no contratar o le limitaron el conocimiento que debía de tener sobre la extensión de los riesgos que habría de asumir, se sanciona el contrato con la nulidad relativa. En el fondo lo que se castiga es la traición del tomador a la confianza que el asegurador depositó en él y con base en la cual se procedió a contratar.*

*Ahora, la norma comentada contempla dos situaciones según la falta de veracidad se haya consignado en el cuestionario propuesto por el asegurador (inciso 1º) o que éste no le haya formulado (inciso 2º). Trátase acá del primer caso, puesto que al tomador del seguro se le presentó un formato en el que se incluyó la cláusula ya transcrita, lo que permite aducir que cuando se presenta cuestionario al asegurado, mayor es la responsabilidad que se involucra puesto que se ha manifestado por el asegurador su voluntad de apreciar ciertas circunstancias que según su criterio surgían indispensables para convenir o rechazar el contrato, o acordado en otras condiciones. En tal ocurrencia es evidente que es más fácil demostrar la inexactitud del tomador ya que basta confrontar lo aseverado con lo real. De allí que de antiguo tenga dicho la jurisprudencia:*

*“Los cuestionarios o preguntas que hace el asegurador al asegurado para conocer la extensión del riesgo que va a sumir en virtud del contrato, tienen importancia jurídica porque determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los contratantes. Cuando el asegurador, en estos cuestionarios, hace una pregunta, ésta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse que no tienen importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro” (G.J. LXXVII, 17) ...”*

Respecto a lo anteriormente expuesto, me permito transcribir pronunciamiento de la Honorable Corte Suprema de Justicia mediante sentencia del 24 de octubre de 2005 y con ponencia del Magistrado Silvio Fernando Trejos Bueno, los cuales guardan consonancia con los argumentos de esta defensa:

*“... 1. De entrada observa la Corte que el quid del asunto pende enteramente de la respuesta que en el plano estrictamente jurídico debe darse a la acusación que propende por la nulidad absoluta del contrato de seguro, en lugar de la relativa reconocida en el fallo impugnado, bajo el alero de la causa ilícita derivada de la reticencia que se le imputa al tomador sobre su estado de salud precedente, pues solamente abriéndose paso tal' efecto, sería dable recaer sobre la cuestión táctica que informa este caso; análisis al cual se procede a continuación.*

*2. El artículo 1058 del C. de Comercio dispone que "El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro....”.*

(...)



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O G A D O S

3. *Dicho texto legal se halla inspirado en la estricta buena fe que, como principio insustituible, debe rodear tanto la celebración como la ejecución del contrato de seguro, y de él se puede deducir lo siguiente:*

1°) *Que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formule el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo asegurado, no tiene por fuente misma el contrato de seguro sino que opera en la fase previa a su celebración y tiene por objeto garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo o de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas,*

2°) *De ese modo la formación del consentimiento de la aseguradora libre de vicios, y en cuanto prevé los efectos específicos de la inexactitud y de la reticencia que provengan de error inculpable del tomador distintos de la nulidad relativa que consagra como principio general, significa que ésta como sanción fue concebida para los casos en que el tomador obre con dolo o culpablemente.*

3°) *No importan, entonces, los motivos que hayan movido al tomador para comportarse sin, fidelidad a la verdad, incurriendo- con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa, lo cierto es que la consecuencia de su proceder afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz.*(Cursivas ajenas al texto original)

Respecto a este punto, el doctrinante J. Efrén Ossa G, en su obra Teoría General del Seguro: El Contrato, p. 298, expone lo siguiente:

*"el consentimiento del asegurador es otorgado con base en la declaración de estado del riesgo. Y debe ser exento de todo vicio para que el contrato de seguro sea válido. Mal podrá ser fuente de obligaciones, si la declaración deforma el concepto del riesgo e induce al asegurador - prevalido de la estricta buena fe que es de la misma entraña del seguro – a formarse un juicio equivocado acerca de la extensión y alcance de los peligros que ha de asumir (...), [eso y para poner mejor cubierto las situaciones de fraude], es lo que explica, a través del artículo 1058 del Código de Comercio, el régimen especial de los vicios del consentimiento del asegurador en el contrato de seguro (...), al cual solo escapa la fuerza que, como tal, tan sólo podría invocarse a la luz del derecho común...".* (Subraya y negrilla fuera del texto original).

#### **1.2.4. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR:**

Conforme se desprende de los medios exceptivos propuestos, no surge para el asegurador la obligación de indemnizar, ya que los padecimientos que generaron la supuesta incapacidad total y permanente son previos a la contratación de la póliza, enfermedad inasegurable de pleno derecho, se estructura por demás la nulidad relativa del contrato por la reticencia de tomador y la exclusión de preexistencias no declaradas y conllevaron a la materialización del riesgo.

**1.2.5. DESNATURALIZACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO AL PRETENDER ASEGURAR UN RIESGO YA MATERIALIZADO – AUSENCIA DE UN REQUISITO ESENCIAL –INEXISTENCIA DEL CONTRATO.**

El contrato de seguro está regulado en el Título V, Capítulo I del Código de Comercio, y como elementos de su naturaleza resalta principalmente que este es un contrato aleatorio y está ligado a la condición que un riesgo asegurado por la aseguradora se pueda materializar (o no) luego de la suscripción del contrato, no antes.

Por su condición de aleatorio, los hechos ciertos son inasegurables, pues el riesgo debe quedar sometido al alea de su materialización y por lo tanto de la obligación condicional del asegurador.

Tal como se encuentra acreditado dentro del proceso, el asegurado padecía desde antes de suscribir el contrato de seguro de patología graves y de hecho le había sido ya calificada una pérdida de capacidad laboral del 35.56%, lo que implicaba que se tratara según las políticas de suscripción de mi representada con un riesgo inasegurable y menos para el amparo de incapacidad total y permanente, por tratarse de patologías preexistentes y ya materializados:

Código de Comercio:

**ARTÍCULO 1054. <DEFINICIÓN DE RIESGO>**. Denominase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento.

Por lo tanto, al ser el riesgo asegurable un elemento esencial del contrato de seguro y al no existir al momento de suscribir el contrato de seguro, el mismo no nació a la vida jurídica y es inexistente:

**ARTÍCULO 1045. <ELEMENTOS ESENCIALES>**. Son elementos esenciales del contrato de seguro:

- 1) El interés asegurable;

2) *El riesgo asegurable;*

3) *La prima o precio del seguro, y*

4) *La obligación condicional del asegurador.*

*En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno.*

### **1.1.8. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO**

Con todo respeto nos permitimos proponer la excepción de caducidad de la acción y de prescripción extintiva del derecho, dado que, por el paso del tiempo, se ha extinto cualquier tipo de derecho sustancial o derecho de acción que pudiera haber surgido con ocasión de los contratos de seguro de vida suscritos por el demandante, pues desde incluso antes de tomar los seguros conocía de las patologías que lo llevaron a solicitar en múltiples ocasiones la realización de juntas medico laborales, que le fueron calificando de forma progresiva su pérdida de capacidad laboral, habiendo el demandante realizado reclamaciones desde el año 2018.

En lo que tiene que ver con el contrato de seguro, la norma que regula la prescripción es el artículo 1081 del Código de Comercio, norma que sea dicho de paso es de carácter imperativo (es decir que no puede pactarse en contrario o ser modificada por la voluntad de las partes) y que a la letra dice:

*ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*

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

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

*Estos términos no pueden ser modificados por las partes.*

### **1.1.9. ECUMÉNICA**

Solicito respetuosamente al señor Juez declarar probada cualquier otra circunstancia exceptiva queresulte probada dentro del proceso, con capacidad de minar las pretensiones de la demanda.

## **2. OBJECIÓN FRENTE AL JURAMENTO ESTIMATORIO**



**GÓMEZ GONZÁLEZ**

ABOGADOS

Con base en los argumentos expuestos en esta contestación, mi representada se opone a todas y cadauna de aquellas encaminadas a obtener el pago del valor asegurado, en tanto que, como se probará en el proceso, mi representada no se encuentra legitimada en la causa por pasiva.

Me opongo, de igual manera, al exagerado monto de las pretensiones, puesto que no debe pretenderse un enriquecimiento injustificado; como es sabido, de las obligaciones de mi representada se encuentran debidamente delimitadas en el texto contractual, y el contrato de seguro que se encuentra en la actualidad a cargo de la COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A, identificada con el Nit. 901.528.731-1 opera en el hipotético caso en el que se cumplan los requisitos para el pago del amparo pero por el saldo insoluto a la fecha del siniestro, sin que haya lugar a devolución o reposición de los valores pagados por el demandante, pues en este tipo de seguros el máximo de responsabilidad de la Compañía aseguradora es el saldo insoluto de la deuda al momento de realizarse el pago.

Así las cosas, se tiene que los valores de los créditos que le fueron desembolsados por el Banco Caja Social al demandante, corresponden con los siguientes valores, que en todo caso constituyen la máxima responsabilidad de la COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A, identificada con el Nit. 901.528.731-1 frente a los seguros expedidos para amparar dichas obligaciones:

- Crédito de vivienda No. 0132209074818 por valor de \$ 47,000,000.00 desembolso del 24/07/2017.
- Crédito de consumo 0030018536912 por valor de \$16.000.000 desembolso del 21/11/2017.

### **3. PRUEBAS:**

#### **1. DOCUMENTAL APORTADA:**

Me permito anexar:

- Certificado de Existencia y Representación de legal de COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A. emitido por la Cámara de Comercio de Bogotá.
- Certificado de Existencia y Representación de legal de COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A. emitido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
- Certificado de Existencia y Representación de legal de RIESGOS LABORALES COLMENA S.A. emitido por la Cámara de Comercio de Bogotá.
- Certificado de Existencia y Representación de legal de RIESGOS LABORALES COLMENA S.A. emitido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
- Copia de la carta de reclamación allegada el 21 de mayo de 2018 por el señor ALBEIRO BURGOS PARRA a COLMENA.
- Copia del formato único de reclamación de COLMENA SEGUROS diligenciado por el señor



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O G A D O S

ALBEIRO BURGOS PARRA el 26 de septiembre de 2018.

- Copia de la objeción emitida por COLMENA SEGUROS el 19 de octubre de 2018 al aviso de reclamación presentada por el demandante tendiente a afectar el amparo de Incapacidad Total y Permanente de la póliza.
- Copia de la ratificación a la objeción emitida por COLMENA SEGUROS el 29 de enero de 2021.
- Comunicación de COLMENA al señor ALBEIRO BURGOS PARRA del 08 de junio de 2020.
- Pólizas No. 370419662018 – 370419672018, 34PC15742018 – 3415752018 y 276370 – 357870 34-1-5000
- Condiciones Generales y Particulares aplicables a la póliza vida grupo deudores.
- Condiciones Generales de la póliza de seguro de vida individual para deudores de entidades financieras.
- Condiciones particulares y generales del seguro de vida grupo “Protección Creciente” de la Póliza No. 34-1-5001.
- Concepto de calificación médica emitido por el doctor JUAN PABLO MERIZALDE P.
- Concepto de calificación médica emitido por el doctor HÉCTOR HERNÁN GUTIÉRREZ GUETE-
- Informe grafológico al formulario de la solicitud de la póliza.
- Historia clínica del demandante aportada durante el proceso de reclamación.

#### a) TESTIMONIAL.

Solicito respetuosamente al Despacho se sirva decretar la recepción del testimonio de los doctores **JUAN PABLO MERIZALDE PRICE** y **HÉCTOR HERNÁN GUTIÉRREZ GUETE**, quienes podrán ser citados en la Calle 72 No. 10-71 piso 5º de la ciudad de Bogotá D.C., con el propósito de que, en su calidad de médicos del área de indemnizaciones de COLMENA SEGUROS S.A. encargados de estudiar la procedencia médica de las reclamaciones efectuadas por el demandante, para ser interrogados sobre los hechos que dieron pie a las objeciones realizada por COLMENA SEGUROS S.A., principalmente lo relativo a los antecedentes médicos evidenciados en la historia clínica de este y su relevancia frente a los seguros de vida expedidos por la compañía aseguradora.

En consideración a que los médicos se encuentran domiciliados en la ciudad de Bogotá y que adicionalmente, por sus ocupaciones profesionales le es muy difícil desplazarse a la ciudad de Manizales, de manera respetuosa le solicito que la práctica de su testimonio se realice a través de videoconferencia.

#### ANEXOS

- Documentos referidos como prueba aportada.
- Poder para actuar y el respectivo mensaje de datos.
- Certificado de existencia y representación legal de COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O G A D O S

y de COLMENA RIESGOS LABORALES S.A.

### **NOTIFICACIONES**

Estaré presta a recibir comunicaciones en la calle 15 No. 13-110 Centro Comercial Pereira Plaza local 232A, Pereira (Risaralda). Tel. 310-4975229. Correo electrónico: [carolina.gomez@gomezgonzalezabogados.com.co](mailto:carolina.gomez@gomezgonzalezabogados.com.co).

Atentamente,

**CAROLINA GÓMEZ GONZÁLEZ**

C.C. 1.088.243.926 de Pereira, Risaralda.

T.P. 189.527 Consejo Superior de la Judicatura.



**GÓMEZ GONZÁLEZ**  
A B O G A D O S

Señora Juez  
**Dra. ANA MARIA OSORIO TORO**  
Juzgado Once Civil Municipal  
Manizales - Caldas  
E.S.D.

<b>PROCESO:</b>	VERBAL DE MENOR CUANTÍA
<b>DEMANDANTE:</b>	ALBEIRO BURGOS PARRA
<b>DEMANDADOS:</b>	SEGUROS DE RIESGOS LABORALES COLMENA S.A.
<b>VINCULADA:</b>	COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A
<b>RAD.</b>	2022-00722
<b>ASUNTO:</b>	<b>CONTESTACIÓN DEMANDA</b>

**CAROLINA GÓMEZ GONZÁLEZ**, abogada en ejercicio, con domicilio en Pereira, Risaralda, identificada con cédula de ciudadanía 1.088.243.926 expedida en Pereira, Risaralda, con Tarjeta Profesional 189.527 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada de COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A, identificada con el Nit. 901.528.731-1, en virtud del poder especial otorgado por la representante legal de la sociedad demandada, dentro de la oportunidad procesal, me permito proceder a dar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** y la subsanación dentro proceso de la referencia, en virtud de la notificación por conducta concluyente efectuada a mi representada mediante auto del 21 de septiembre de 2023.

### **A LOS HECHOS**

- 1. FRENTE AL HECHO “1”:** NO ES UN HECHO sino una APRECIACIÓN SUBJETIVA del apoderado del demandante.
- 2. FRENTE AL HECHO “2” y los subsiguientes “2.1” y “2.2”:** NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, ya que no tiene dentro de sus objetos sociales la actividad bancaria y se hace referencia a una persona jurídica diferente.
- 3. FRENTE AL HECHO “3”:** Como este hecho contiene carias afirmaciones damos respuesta a cada una de ellas de forma independiente así:
  - En cuanto a los créditos que dice fueron otorgados por el Banco Caja Social, debemos decir que **NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA**, ya que no tiene dentro de sus objetos sociales la actividad bancaria y se hace referencia a una persona jurídica diferente.
  - En cuanto a que los créditos otorgados por el banco social constituyen un daño emergente a favor del demandante, debemos decir primero que **NO ES UN HECHO** sino una



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O G A D O S

APRECIACIÓN SUBJETIVA del apoderado del demandante, que por demás resulta contradictoria, pues el desembolso de un préstamo no puede ser considerado como un daño emergente, todo lo contrario.

- 4. FRENTE AL HECHO “4”:** NO ES UN HECHO sino una APRECIACIÓN SUBJETIVA del apoderado del demandante, que parece mas una pretensión.
- 5. FRENTE A LOS HECHOS “4.1” y “4.2”:** NO ES CIERTO COMO ESTA REDACTADO, pues los valores asegurados en las pólizas Vida Grupo deudores es por regla general el saldo insoluto de la deuda, y será ese en todo caso el monto máximo de la responsabilidad de mi representada, por lo que en lo que respecta a las pólizas que tienen por objeto garantizar el pago de obligaciones bancarias a favor del Banco CAJA SOCIAL, nos atenderemos a lo que se acredite dentro del proceso.

No obstante, si ES CIERTO que en las pólizas donde dicha entidad bancaria tenga la calidad de beneficiaria, será a ella a quien deba realizarse el pago, siendo además el banco CAJA SOCIAL el legitimado para pretenderlo.

- 6. FRENTE AL HECHO “5”:** Como este hecho contiene varias afirmaciones procedemos a pronunciarnos frente a cada una de ellas de forma independiente así:
- Respecto de los supuestos valores asegurados en las pólizas de las que se pretende su pago mediante este proceso judicial, y a los que hace referencia el apoderado en este hecho, debemos decir que NO ES CIERTO COMO ESTA REDACTADO, pues los valores asegurados en las pólizas Vida Grupo deudores es por regla general el saldo insoluto de la deuda, y será ese en todo caso el monto máximo de la responsabilidad de mi representada, por lo que en lo que respecta a las pólizas que tienen por objeto garantizar el pago de obligaciones bancarias a favor del Banco CAJA SOCIAL, nos atenderemos a lo que se acredite dentro del proceso.
  - No obstante, si ES CIERTO que en las pólizas donde dicha entidad bancaria tenga la calidad de beneficiaria, será a ella a quien deba realizarse el pago, siendo además el banco CAJA SOCIAL el legitimado para pretenderlo.
  - En cuanto a la obligación que indica el apoderado se encuentra en cabeza de mi representada, debemos indicar que es una APRECIACIÓN SUBJETIVA de su parte, por cuanto el demandante no ha demostrado padecer una incapacidad “total” y permanente, y además cuando mi representada después de haber revisado no solo las declaraciones de asegurabilidad del señor BURGOS PARRA sino su historia clínica, pudo concluir que había sido reticente, pero que además se trata de padecimientos preexistentes no declarados y que por lo tanto están por fuera de la cobertura de la póliza al estar expresamente excluidos de la misma.



GÓMEZ GONZÁLEZ

**7.** <sup>A B O G A D O S</sup> **FRENTE AL HECHO “6”**: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, ya que no tiene dentro de sus objetos sociales la actividad bancaria.

**8.** **FRENTE AL HECHO “7”**: Como este hecho contiene varias afirmaciones, damos respuesta a cada una de ellas de forma independiente así:

- En lo que respecta a que el demandante “*se vio obligado a constituir tanto las pólizas de seguro de Vida Individual No. 592727 y de Vida – Grupo – Deudores No. 276370-357870-34-1-5000*”, debemos”, debemos decir que NO ES UN HECHO sino una APRECIACIÓN SUBJETIVA del apoderado del demandante, la cual además no se compadece de la realidad jurídica que regula la colocación de pólizas, específicamente lo contenido en el art. 100 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiera que establece lo siguiente:

*“ARTICULO 100. REGIMEN DE PROTECCION A TOMADORES DE SEGUROS Y ASEGURADOS.*

(...)

*2. Protección de la libertad de contratación. Cuando las instituciones financieras actúen como tomadoras de seguros, cualquiera que sea su clase, por cuenta de sus deudores, deberán adoptar procedimientos de contratación que garantice la libre concurrencia de oferentes. La Superintendencia Bancaria protegerá la libertad de tomadores y asegurados para decidir la contratación de los seguros y escoger sin limitaciones la aseguradora y, en su caso, el intermediario y aplicará las sanciones correspondientes cuando verifique conductas o prácticas que contraríen lo dispuesto en este Estatuto”.*

- En cuanto a los amparos de cada una de las pólizas, debemos decir que la Vida Individual Deudores No. 357870, cuenta con amparo Básico de Vida, Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves y Beneficio por Hospitalización; y las pólizas de Seguro de Vida Grupo Protección Creciente Certificados Individuales N°1277589 y N°1277590, cuentan con amparo: Básico de Vida, Incapacidad Total y Permanente y Enfermedades Graves.

**9.** **FRENTE AL HECHO “8”**: Como este hecho contiene varias afirmaciones, damos respuesta a cada una de ellas de forma independiente así:

- En cuanto a la existencia de las pólizas Vida Individual Deudores No. 357870, debemos decir que ES CIERTO, como también lo es, que en cada una de ellas el asegurado es el señor ALBEIRO BURGOS PARRA.
- En lo que respecta a los amparos de las mismas y demás afirmaciones contenidas en este hechos, debemos decir QUE NO ES CIERTO COMO ESTA REDACTADO, por lo que nos atenemos no solo al contenido de cada póliza, de su objeto asegurado y los valores asegurados que resulten probados dentro del proceso, pues como se dijo, la póliza Vida Individual

Deudores No. 357870 cuenta con amparo Básico de Vida, Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves y Beneficio por Hospitalización, y las pólizas de Seguro de Vida Grupo Protección Creciente Certificados Individuales N°1277589 y N°1277590 cuentan con amparos: Básico de Vida, Incapacidad Total y Permanente y Enfermedades Graves.

- 10. FRENTE AL HECHO “9”:** ES CIERTO, como también lo es que en las pólizas de vida para deudores, además del tomador, el Banco es el beneficiario.
- 11. FRENTE AL HECHO “10”:** NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, pues se hace referencia a una persona jurídica diferente de mi representada como lo es el BANCO CAJA SOCIAL.

No obstante, le solicitamos respetuosamente a la señora Juez darle carácter de confesión a lo contenido en este hecho, en cuanto el demandante acepta que la firma que reposa en las solicitudes de seguros que diligenció en el BANCO CAJA SOCIAL si es la suya y fue puesta por él.

- 12. FRENTE A LOS HECHOS “11”, “12”, “13”, “13.1.”:** Como estos hechos se refieren todos a la practica de una prueba pericial anticipada, sea lo primero decir, que nos atenemos al estricto contenido del documento suscrito por el señor PEDRO NEL CORREA, el cual como lo indica el apoderado, no esta relacionado con ninguno de los seguros de los que pretende su pago en este proceso judicial, indicando que lo único que le consta a mi representada, es la practica de la prueba extraprocésal, para lo cual remitió los documentos solicitados, por lo que NO ES CIERTO, que mi representada no haya suministrado todos los documentos requeridos para la practica de la prueba, incluso los remitió también directamente al Despacho que los requirió:



Rspuesta requerimiento PRUEBA EXTRAPROCESAL ALBEIRO BURGOS PARRA// Rad: 2022-00186-00

UNotificaciones Colmena ARL <notificaciones@colmenaseguros.com>  
Para: cmpal10ma@cendoj.ramajudicial.gov.co  
CC: Lina María Lopez Rincon: ibsabogado1141@hotmail.com

Rta requerimiento\_1657309383-f-f.pdf 319 KB  
Respuesta a requerimiento VF.zip 6 MB

Señores:  
**JUZGADO DÉCIMO CIVIL MUNICIPAL DE MANIZALES**  
Email: [cmpal10ma@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:cmpal10ma@cendoj.ramajudicial.gov.co)

**Ref:** PRUEBA EXTRAPROCESAL – INSPECCIÓN JUDICIAL  
**Solicitante:** ALBEIRO BURGOS PARRA  
**Solicitado:** Colmena Seguros de Vida S.A.  
**Radicado:** 2022-00186-00

Respetados señores:

Nos permitimos dar respuesta al requerimiento realizado el pasado 22 de junio de la presente anualidad en el que solicitan que se indique si la Compañía adelantó las gestiones que ordenadas en el Oficio No. 269 del 5 de mayo de 2022.

En cumplimiento a la ley 2213 de 2022 el presente correo es remitido a las demás partes.

Atentamente,

En cuanto a las demás afirmaciones que realiza el apoderado, debemos decir que NO SON HECHOS sino APRECIACIONES SUBJETIVAS, quedando en todo caso atendidos a lo que se pruebe dentro del proceso.



GÓMEZ GONZÁLEZ

- 13. FRENTE AL HECHO “14”:** NO ES UN HECHO sino UNA APRECIACIÓN SUBJETIVA del demandante, que por demás se contradice con su propio dicho, pues como lo confiesa en el HECHO “10” de la demanda, la firma que reposa en las solicitudes de seguros si es la suya y fue puesta por él, de hecho a esa misma conclusión llegó el perito en la prueba extraprocésal llevada a cabo.
- 14. FRENTE AL HECHO “15”:** NO SON HECHOS sino apreciaciones subjetivas del demandante y de su apoderado, frente a lo cual manifestamos que en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.
- 15. FRENTE AL HECHO “16”:** NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, ya que no tiene dentro de sus objetos sociales la actividad bancaria y se hace referencia a una persona jurídica diferente.
- 16. FRENTE AL HECHO “17”, “17.1”, “17.2”:** NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, ya que no tiene dentro de sus objetos sociales la actividad bancaria y se hace referencia a una persona jurídica diferente.
- 17. FRENTE AL HECHO “18”:** Como este hecho contiene varias afirmaciones, damos respuesta a cada de ellas de forma independiente así:
- En cuanto a que derivado de los antecedentes médicos del señor BURGOS PARRA, que datan según se dice en el HECHO “14” de la demanda, del año 2009, padece hoy de una disminución de su capacidad laboral del 56.99%, debemos decir que ES CIERTO, y por lo tanto con todo respeto señora Juez le solicitamos darle valor de confesión a esta afirmación que realiza el demandante, lo que permite acreditar no solo la reticencia, sino también la preexistencia.
  - En lo que respecta a que el señor BURGOS PARRA presenta en la actualidad un estado de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, debemos decir que NO ES CIERTO, por cuanto lo que fue determinado según el régimen especial al que pertenecía fue una “INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL”, no “TOTAL”, que es el riesgo asegurado por mi representada.

Lo anterior, según lo establecido en el art. 28 del Decreto 1796 del 2000, “*por el cual se regula la evaluación de la capacidad sicofísica y de la disminución de la capacidad laboral, y aspectos sobre incapacidades, indemnizaciones, pensión por invalidez e informes administrativos por lesiones, de los miembros de la Fuerza Pública, Alumnos de las Escuelas de Formación y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil al servicio del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993*”, que dice:

DECRETO 1796 DE 2000

**ARTICULO 28. CLASIFICACIÓN DE LAS INCAPACIDADES.** *Las incapacidades se clasifican en: a. Incapacidad temporal: Es aquella que le impide a la persona desempeñar su profesión u oficio habitual por un tiempo determinado. b. Incapacidad permanente parcial: Es aquella que se presenta cuando la persona sufre una disminución parcial pero definitiva, de alguna o algunas de sus facultades para realizar su trabajo habitual.*

**PARAGRAFO.** *Se considerará inválida la persona cuando la incapacidad permanente parcial sea igual o superior al 75% de disminución de la capacidad laboral. (Negrilla y subraya fuera de texto original)*

**18. FRENTE AL HECHO “19”:** NO ES CIERTO COMO ESTA REDACTADO, y se explica:

El señor BURGOS PARRA, inició sus reclamaciones ante mi representada desde el año 2018 a los pocos meses de haberse expedido las pólizas, y nos desde el 2021 como se indica en este hecho, las cuales han sido objetadas en lo que respecta a los amparos de “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE” de cada una de las pólizas, por cuanto no ha acreditado la materialización del riesgo asegurado que es dicha incapacidad “TOTAL” y no “PARCIAL” como la que finalmente le fue determinada por el Área de Sanidad de la Policía Nacional, pero además, porque como el mismo lo acepta en los hechos de esta demanda, sus disminución de capacidad laboral de deriva precisamente de esos padecimientos que lo aquejan desde el año 2009 y antes, y por lo tanto se trata de una situación preexistente no asegurable y excluida expresamente, pero además, por cuanto fue reticente al momento de declarar el estado del riesgo, lo cual consta en las declaraciones de asegurabilidad que llevan su firma, la cual acepta como suya.

En cuanto al contenido de las comunicaciones emitidas por mi representada, nos remitimos al estricto texto de las mismas, las cuales también se adjuntan a esta contestación.

**19. FRENTE A LOS HECHOS “20” y “21”:** NO SON HECHOS sino apreciaciones subjetivas del demandante y de su apoderado, frente a lo cual manifestamos que en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.

Debe tenerse en cuenta que de las pólizas de las que se pretende su pago mediante este proceso judicial, no fueron suscritas las respectivas declaraciones de asegurabilidad el mismo día, incluso en el caso de las pólizas 1277589 y 1277590, las mismas están totalmente diligenciadas a computador, pero si claro, debidamente firmadas por el demandante, lo cual está probado por confesión, que la firma estampada en cada una de ellas es la suya, habiendo respondido de forma negativa a todas las preguntas sobre su estado de salud y habiendo declarado con dicha firma que gozaba de buena salud, lo cual sabemos no era cierto, pues cuando menos, desde el año 2009, como él lo acepta, venía padeciendo graves problemas de salud, que finalmente lo llevaron a tener una disminución de su capacidad laboral.



GÓMEZ GONZÁLEZ

- 20. <sup>A. B. O. G. A. D. O. S</sup> FRENTE A LOS HECHOS “22” y “23”:** NO ES UN HECHO sino una pretensión, y en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso, para lo cual debe tenerse en cuenta que el valor asegurado en las pólizas de vida deudores corresponde con el saldo insoluto de la deuda.
- 21. FRENTE AL HECHO “24”:** NO ES UN HECHO sino una pretensión, y en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso, por cuanto además es claro, que mi representada ha objetado formalmente las múltiples reclamaciones y solicitudes presentadas por el hoy demandante, con base en argumentos técnico y jurídicos, por lo que no existe incumplimiento contractual de su parte, sino por el contrario que faltó a su deber de declarar sinceramente el estado del riesgo fue el señor BURGOS PARRA.
- 22. FRENTE AL HECHO “25”:** No es un hecho, sino al parecer una solicitud dirigida al BANCO CAJA SOCIAL, que es una persona jurídica diferente de mi representada y que además no es parte en el presente proceso.
- 23. FRENTE AL HECHO “26”:** NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, toda vez que no fue citada a dicha audiencia de conciliación prejudicial.
- 24. FRENTE A LOS HECHOS “27” y “27.1”:** NO SON HECHOS sino apreciaciones subjetivas del demandante y de su apoderado, frente a lo cual manifestamos que en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.

En cuanto a que los créditos otorgados por el banco social constituyen un daño emergente a favor del demandante, debemos decir primero que NO ES UN HECHO sino una APRECIACIÓN SUBJETIVA del apoderado del demandante, que por demás resulta contradictoria, pues el desembolso de un préstamo no puede ser considerado como un daño emergente, todo lo contrario, como tampoco en dicho concepto se puede incluir lo que el demandante haya dejado de pagar de sus obligaciones financieras y la supuesta incapacidad para trabajar.

- 25. FRENTE A LOS HECHOS “28” y “29”:** NO SON HECHOS sino apreciaciones subjetivas del demandante y de su apoderado, frente a lo cual manifestamos que en todo caso nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.

### **A LAS PRETENSIONES Y CONDENAS**

Teniendo en cuenta las excepciones propuestas, los fundamentos fácticos y jurídicos invocados en el presente escrito de contestación de la demanda, me opongo a todas las pretensiones de la demanda, y solicito sean negadas en su totalidad.

Lo anterior por cuanto la objeción emitida por mi representada con ocasión del aviso de reclamación de afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente resolvió de fondo la solicitud efectuada



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O G A D O S

por el hoy demandante con base en la calificación brindada por la Junta Médica de la Policía Nacional, y la negativa de COLMENA SEGUROS se basó en situaciones fácticas debidamente comprobadas y verificadas como lo es la falta de prueba de la materialización del riesgo asegurado (incapacidad total y permanente), el diagnóstico de múltiples patologías antes de la suscripción de la declaración de asegurabilidad y que no fueron informadas como correspondía por el señor BURGOS PARRA, así como la reticencia en la que incurrió.

Por lo tanto se realiza pronunciamiento específico frente a cada pretensión así:

**FRENTE A LAS PRETENSIONES “1”, “2”, “2.1”, “2.2”, “3”, “3.1”, “3.2”. “4” y “5”:** Nos oponemos por carecer de fundamento fáctico y jurídico.

- No desconoce mi representada la existencia de la póliza de Vida Individual Deudores No. 357870 (Solicitud No. 1070846), y de los Seguro de Vida Grupo Protección Creciente Certificados Individuales N°1277589 y N° 1277590, como tampoco que en cada uno de ellos el asegurado es el demandante.
- No obstante, se opone a las pretensiones de la demanda, por cuanto el hoy demandante no ha acreditado, ni siquiera aun en este proceso judicial, que el riesgo asegurado por mi representada en dichas pólizas se ha materializado, pues no ha probado tener una “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE”, ya que el la Junta Medica del Área de Sanidad de la Policía le determinó fue un “INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL”.
- Pero además, el mismo demandante acepta que las firmas de las solicitudes de asegurabilidad son las suyas, donde declaró gozar de buena de salud, habiendo sido reticente, pues hoy, como también esta probado porque así él lo confiesa, sabemos que incluso desde el año 2009 y antes padecía de varias afectaciones graves de salud que lo llevaron a tener la disminución de capacidad laboral que le fue calificada en el año 2020, tratándose además de preexistencias que al no se declaradas y tener nexo causal con el riesgo que alega como materializado, conllevan a que se trate de un riesgo excluido de cobertura.

### 1.1.EXCEPCIONES DE FONDO:

#### 1.1.1. AUSENCIA DE PRUEBA DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO AMPARADO – INEXISTENCIA DE PRUEBA DE SINIESTRO

El señor BURGOS PARRA presentó desde el mes de mayo de 2018 ante el Banco Caja Social S.A. aviso de reclamación por el amparo Incapacidad Totaly Permanente de las pólizas de Vida, con motivo de múltiples diagnósticos preexistentes denominados “apnea obstructiva moderada del sueño manejada con CPAP”, “cicatrices traumáticas”, “discopatía lumbar degenerativa y lumbago crónico, que ocasional leve limitación funcional”, “epistaxis de manejo medico” y “trauma



GÓMEZ GONZÁLEZ

ABOGADOS

hemicorporal izquierdo, sin limitaciones funcionales”, que fueron los motivos de la calificación del 55.99% de disminución de capacidad laboral otorgado por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional, aportando únicamente esta acta como prueba de la “incapacidad Total y Permanente”, que corresponde con el No. M20-1085 del 4 de diciembre de 2020, en la cual se establece que presenta una incapacidad permanente parcial, lo que conllevó a la COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A. a objetar formalmente la reclamación por falta de prueba de la materialización del riesgo asegurado<sup>2</sup> por las siguientes razones:

- a) El porcentaje calificado en el acta de la Junta Médico Laboral No. M20-1085 del 4 de diciembre de 2020, no corresponde con una calificación de una incapacidad Total y Permanente (como se encuentra amparado en la póliza), sino que expresamente en dicha acta se indica que se trata de una incapacidad permanente “parcial”, lo que no corresponde con riesgo amparado en la póliza.
- b) Adicionalmente, de acuerdo con lo establecido en el art. 1077 del Co. de Co. y en las Condiciones Generales de la Póliza, el asegurado debe probar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, siendo en este caso al prueba de la “Incapacidad Total y Permanente” un dictamen de pérdida de capacidad laboral en firme emitido por la Junta de Calificación de Invalidez, Regional o Nacional independientemente que se encuentren sometidos a un régimen de excepción, por lo que el acta de la Junta Médico Laboral No. M20-1085 del 4 de diciembre de 2020 que fue aportada por el hoy demandante durante el proceso de aviso de reclamación, no constituye prueba del siniestro.

Lo anterior, por cuanto de acuerdo con la legislación especial que regula la calificación de pérdida de capacidad laboral para el personal de la policía, se establece que el estado de invalidez que es lo que se equipara a la cobertura del amparo de “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE”, se alcanza cuando la pérdida o disminución de capacidad laboral es igual o superior al 75%, pues para establecer dichos porcentajes se utilizan tablas distintas al Decreto 1507 de 2014, lo que permite establecer, que la incapacidad “PARCIAL” que le fue determinada al demandante no corresponde con el riesgo asegurado por Colmena:

**DECRETO 1796 DE 2000**

**ARTICULO 28. CLASIFICACIÓN DE LAS INCAPACIDADES.** *Las incapacidades se clasifican en: a. Incapacidad temporal: Es aquella que le impide a la persona desempeñar su profesión u oficio habitual por un tiempo determinado. b. Incapacidad permanente parcial: Es aquella que se presenta cuando la persona sufre una disminución parcial pero definitiva, de alguna o algunas de sus facultades para realizar su trabajo habitual.*

**PARAGRAFO. Se considerará inválida la persona cuando la incapacidad permanente parcial sea igual o superior al 75% de disminución de la capacidad laboral.** (Negrilla y subraya fuera de texto original)

Asimismo, en las Condiciones Generales de la Póliza se establece lo siguiente:

**“CONDICION SEGUNDA AMPAROS ADICIONALES**

*INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Para efectos de este seguro se entiende por Incapacidad Total y Permanente del Asegurado menor de 70 años, la incapacidad estructurada durante la vigencia del presente seguro y calificada médicamente con un grado de invalidez igual o superior al 50% por la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez o por las entidades competentes del sistema de seguridad social (EPS, ARL, AFP), con base en el Manual de Calificación de Invalidez del Sistema de Seguridad Social vigente al momento de la reclamación.*

**Para efectos de este seguro, las personas que hacen parte de regímenes especiales, como lo son el Magisterio, las Fuerzas Militares y de Policía, entre otros, deberán aportar como prueba de su incapacidad total y permanente dictamen emitido por la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez.**

*Para efectos de determinar la cobertura de Incapacidad Total y Permanente se entenderá que la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente constituye la realización del riesgo, es decir la fecha del siniestro.*

Por lo tanto, es claro que el asegurado no cumplió con su carga de probar la ocurrencia del siniestro (materialización del resigo asegurado)<sup>4</sup> el cual es requisito indispensable para que pueda proceder si quiera el estudio de una reclamación y por lo tanto las razones que llevaron a COLMENA SEGUROS a tomar su determinación se encuentra fundadas en razones fácticas y jurídicas debidamente informadas al señor BURGOS PARRA en su momento.

**1.1.2. EXCLUSIÓN DE COBERTURA DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES NO DECLARADAS:**

Para el caso en concreto los padecimientos que le generaron de manera directa incapacidad total y permanente que se alega, son previos a la contratación de la póliza, y estos se encuentran excluidos de cobertura expresamente, tal como lo indica la Condición Cuarta de las Condiciones Generales de la Póliza VIDA INDIVIDUAL DEUDORES, que a la letra dice:

**“CONDICIÓN CUARTA. EXCLUSIONES PARA TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA: CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBREN PÉRDIDA ALGUNA QUE SEA CONSECUENCIA DE:**

**a. LA MUERTE, INCAPACIDAD, ENFERMEDAD U HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO ORIGINADA O DERIVADA POR CUALQUIER CAUSA, PATOLOGÍA O ENFERMEDAD, FÍSICA O MENTAL, CONGÉNITA O ADQUIRIDA, PREEXISTENTE, QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA, O CONOCIDA POR EL ASEGURADO, O POR LA CUAL SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO, O QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIESE PASAR DESAPERCIBIDA, Y NO HAYA SIDO DECLARADA POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.**

Por lo anterior, dado que la Incapacidad total y permanente es derivada de preexistencias no declaradas se encuentra excluida de cobertura, no existe obligación alguna en cabeza de mi representada derivada de la pólizas suscritas por el demandante.

Lo anterior además por cuanto de acuerdo con lo establecido en el art. 1056 del Co. de Co., a su arbitrio el asegurador puede delimitar el riesgo, estableciendo de forma expresa en el contrato de seguro en qué eventos COLMENA SEGUROS no procedería al pago de los valores asegurados, indicándose en el caso concreto que no habría lugar a cobertura cuando se presentaran enfermedades preexistentes no declaradas:

*ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador podrá, 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.*

Como se advirtió previamente, el demandante padecía las patologías denominadas “apnea obstructiva moderada del sueño manejada con CPAP”, “cicatrices traumáticas”, “discopatía lumbar degenerativa y lumbago crónico, que ocasional leve limitación funcional”, “epistaxis de manejo medico” y “trauma hemicorporal izquierdo, sin limitaciones funcionales”, desde antes de suscribir las declaraciones de asegurabilidad que dieron lugar a la expedición del contrato de seguro con la hoy COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A. y que se encuentran en su historia clínica que se adjunta, incluso desde el año 2011 le había sido calificada una pérdida de capacidad laboral del 35.56%.

Así las cosas, resulta claro que el demandante presentaba patologías preexistentes no declaradas que fueron la causa de su incapacidad total y permanente, por lo que las pretensiones de la demanda no están llamadas a prosperar por tratarse de situaciones expresamente excluidas de cobertura.

### **1.2.3. ANULABILIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO EN RAZON DE LA NULIDAD RELATIVA GENERADA POR LA RETICENCIA:**

Los contratos de seguro suscritos por el demandante con la hoy COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., mencionados por la parte pretensora como sustento de sus peticiones, adolece de nulidad relativa al tenor de lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, que textualmente dice:

***“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que***

**determinan el estado del riesgo según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.**

**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 de riesgo.**

**Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable al 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 prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160”**

El señor ALBEIRO BURGOS PARRA al diligenciar las declaraciones de asegurabilidad, las cuales quedó acreditado en el trámite de la prueba extraprocesal SI fueron firmadas por él, en las cuales dio respuesta negativa a cada una de las preguntas del cuestionario sobre el estado del riesgo asegurable, en las que se le preguntaba respecto a que si le han diagnosticado o ha recibido algún tratamiento o cirugía, le han practicado pruebas o exámenes de diagnóstico o tiene conocimiento de padecer o haber padecido enfermedades o condiciones de salud de tipo congénito, neurológico, cardiovascular o enfermedades como Hipertensión Arterial, infarto o enfermedad de las arterias coronarias, cáncer, leucemias, linfomas, Diabetes, Asma, trombosis, derrames o eventos cerebrovasculares, anemias, enfisema pulmonar EPOC, artritis reumatoidea, cirrosis, insuficiencia renal, epilepsia, tumores, trastornos inmunológicos o reumatológicos, lupus, enfermedades mentales, le han hecho tratamiento quirúrgico por obesidad?, o ha padecido o padece de cualquier otra enfermedad o lesión que no se haya mencionado?, incurrió en una reticencia u omisión de información consciente, lo que implica que el contrato de seguro se encuentre viciado de nulidad.

En la declaración de asegurabilidad diligenciada por el asegurado y que sirvió como base para que COLMENA SEGUROS expidiera los contratos de seguro se lee por ejemplo en uno de ellos lo siguiente:

- Póliza de Vida Individual Deudores No. 357870 (Solicitud No. 1070846)

DATOS DEL ASEGURADO ( Para ser diligenciado únicamente por el asegurado)			
NOMBRES Y APELLIDOS: <b>Alberro Burgos Penma</b>		C.C o C.E: <b>75096635</b>	FECHA NACIMIENTO: <b>20 11 1980</b>
DIRECCION DOMICILIO: <b>Cra 7 No 64-64 Casa las Palmas</b>		TÉLEFONO: <b>8880495</b>	CELULAR: <b>3002757862</b>
OCUPACION / ACTIVIDAD ESPECIFICA: <b>Revisor de Capital</b>		PESO: <b>82 Kilos</b>	ESTATURA: <b>1,69</b>
VALOR DEL CRÉDITO SOLICITADO: <b>16.000.000</b>		VALOR ASEGURADO: El valor asegurado corresponderá al saldo insoluto del crédito o al valor del desembolso según la línea de crédito.	
BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO (Únicamente para Créditos diferentes a Vivienda)			
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN	
1			
2			
3			
4			
		100%	
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD			
MARQUE CON UNA X "SI O NO", SEGÚN CORRESPONDA			SI NO
¿ES PENSIONADO POR INVALIDEZ?			<input checked="" type="checkbox"/>
¿Le han diagnosticado o ha recibido algún tratamiento o cirugía, le han practicado pruebas o exámenes de diagnóstico o tiene conocimiento de padecer o haber padecido cualquiera de las siguientes enfermedades o condiciones de salud? :			
1. ¿Le han detectado la presencia de anticuerpos contra el virus VIH productor del SIDA, ha sido VIH positivo o le han diagnosticado con SIDA?			
2. ¿Ha sufrido de algún accidente o evento violento, o tiene algún tipo de incapacidad o limitación física o mental?			
3. ¿Está tomando medicamentos o está bajo algún tipo estudio o tratamiento por síntomas, manifestaciones o molestias, o cirugías pendientes?			
4. ¿Consume bebidas alcohólicas más de tres veces por semana o en exceso o consume sustancias psicoactivas?			
5. ¿Padece o ha padecido enfermedades de tipo congénito, neurológico, cardiovascular o enfermedades como Hipertensión Arterial, infarto o enfermedad de las arterias coronarias, cáncer, leucemias, linfomas, Diabetes, Asma, trombosis, derrames o eventos cerebrovasculares, anemias, enfisema pulmonar EPOC, artritis reumatoidea, cirrosis, insuficiencia renal, epilepsia, tumores, trastornos inmunológicos o reumatológicos, lupus, enfermedades mentales, le han hecho tratamiento quirúrgico por obesidad?			
6. Ha padecido o padece de cualquier otra enfermedad o lesión que no se haya mencionado?			
7. Sinase proporcionar la siguiente información de las respuestas afirmativas:			
a. Nombre de la enfermedad o padecimiento:		b. Fecha del diagnóstico:	
c. Tratamientos médicos o cirugías realizadas:		d. Secuelas o complicaciones:	
e. Estado actual de la enfermedad o padecimiento:		f. Tratamiento actual de la enfermedad o padecimiento:	
g. Observaciones o comentarios adicionales:			
8. (SOLO PARA MUJERES)			
Se encuentra en estado de embarazo? <input type="checkbox"/>			
De ser así por favor informe: Cuantos meses:		Cuantos embarazos anteriores:	
Ha tenido enfermedades o tumores de: Útero: Senos: Ovarios:		Cesáreas: Abortos:	

- Póliza de Seguro de Vida Grupo Protección Creciente Certificados Individuales N°1277589 y N° 1277590:

V. AUTORIZACIONES Y OTRAS DECLARACIONES DEL ASEGURADO

A Declaración de Asegurabilidad: Declaro que no me han diagnosticado o he recibido algún tratamiento o cirugía, ni me han practicado pruebas o exámenes de diagnóstico, ni tengo conocimiento de padecer o haber padecido cualquiera de las siguientes enfermedades o condiciones de salud: 1) la presencia de anticuerpos contra el virus VIH productor del SIDA, no he sido VIH positivo ni me han diagnosticado con SIDA. 2) No he sufrido de ningún accidente o evento violento, y no tengo algún tipo de incapacidad o limitación física o mental. 3) No estoy tomando medicamentos o me encuentro bajo algún tipo estudio o tratamiento por síntomas, manifestaciones o molestias, o cirugías pendientes. 4) No consumo bebidas alcohólicas más de tres veces por semana o en exceso, ni consumo sustancias psicoactivas. 5) No padezco o he padecido enfermedades de tipo congénito, neurológico, cardiovascular o enfermedades como Hipertensión Arterial, infarto o enfermedad de las arterias coronarias, cáncer, leucemias, linfomas, Diabetes, Asma, trombosis, derrames o eventos cerebrovasculares, anemias, enfisema pulmonar EPOC, artritis reumatoidea, cirrosis, insuficiencia renal, epilepsia, tumores, trastornos inmunológicos o reumatológicos, lupus, enfermedades mentales, tampoco me han hecho tratamiento quirúrgico por obesidad. 6) Si soy mujer, declaro que no me encuentro en estado de embarazo, y que no he tenido enfermedades o tumores

VICIAD

Fecha de Expedición de este Certificado: 20171122

  
Firma Asegurado



Huella Asegurado

  
Firma Titular Cuenta ó Tarjeta

Firma Autorizada  
Colmena Seguros

Tomador: BANCO CAJA SOCIAL  
NIT: 860.007.335.4  
CRA 7 No. 77 - 65 (Bogotá)  
Tel: 3138000

Efectuado Por:  
J0P9V0A2 - JUAN DAVID PATIÑO VALENCIA

Un Producto de: Colmena Seguros - Nit: 800226175-3

Al momento de suscribir el contrato, el asegurado estaba certificando que tenía un buen estado de salud, y que no padecía de ninguna de las enfermedades enlistadas, por demás que no se encontraba en tratamiento médico, ni consumía medicamentos de manera permanente, manifestación que fue contraria a la realidad.

Como ya se anotó, las enfermedades padecidas por el asegurado y ocultadas al momento de la celebración del contrato, más precisamente en la declaración de asegurabilidad, agravan el riesgo asumido por mi representada, de tal manera que, de haberse conocido que el señor ALBEIRO BURGOS PARRA padecía estas enfermedades, nunca hubiera contratado el seguro, mas cuando ya tenía calificada una pérdida o disminución de capacidad laboral del 35.56%.

Los padecimientos omitidos son relevantes para el asegurador al momento de establecer el estado del riesgo que asumirá, pues afecta y deteriora la salud a tal punto que pueden ocasionar la muerte, o un estado de invalidez.

En la historia clínica que se aportará al proceso se evidencian los padecimientos diagnosticados en fecha anterior al diligenciamiento de las declaraciones de asegurabilidad. Nótese como la historia clínica señala años de citas y tratamientos anteriores a la suscripción de las declaraciones, por demás se encontraba en tratamiento para dichas afecciones.

El asegurador asume un riesgo de cuya realización se generan las obligaciones a su cargo, la celebración del contrato de seguro depende de lo manifestado en la declaración de asegurabilidad, pues con fundamento en ella emite su voluntad contractual, ahora bien, si lo declarado por el solicitante corresponde a la verdad, el consentimiento del asegurador es válido, pero, si como en este caso, se le oculta el verdadero estado de salud de quien solicita el seguro – o que se tienen o se contrataran otros seguros sobre el mismo riesgo-, el consentimiento de quien asume el riesgo se encuentra necesariamente viciado, por ello el consentimiento de la parte resistente a la solicitud del asegurado para la celebración del contrato de seguro de vida estuvo viciado por cuanto fue inducida en error por las declaraciones reticentes evidentes del asegurado en cuanto a su real estado de salud, fundamento insustituible para la calificación y apreciación del riesgo que asumía, afectándose un aspecto vital del consentimiento del asegurador.

El señor ALBEIRO BURGOS PARRA firmó la solicitud de seguro y la declaración de asegurabilidad, en la cual estableció que se encontraba en buen estado de salud.

Para el caso específico del contrato de seguro en el cual la existencia de la buena fe es exigida en su máxima expresión, el Código de Comercio sanciona con la nulidad relativa del contrato, la conducta reticente del solicitante en el artículo 1058 transcrito y en el 1059 con la pérdida a favor de la aseguradora de las primas pagadas.

El artículo 871 del Código de Comercio establece: “Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no sólo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural. El principio de la UBÉRRIMA BONA FIDE, que es el fundamento de la teoría de los contratos, debe estar presente siempre en las actuaciones precontractuales y contractuales de las partes intervinientes en el contrato, y en el de seguro con mayor razón, ya que el asegurador asume un



GÓMEZ GONZÁLEZ

ABOGADOS

riesgo generado en la propia actividad del asegurado, en consecuencia es éste quien debe suministrar al asegurador todos los elementos que le permitan evaluar el riesgo que va a asumir. Si el asegurado que debe estar guiado por la buena fe no le ofrece al asegurador todos los elementos de juicio para conocer el verdadero estado de riesgo, está incumpliendo el principio de la buena fe y por ésta razón el legislador ha impuesto una grave sanción como es la nulidad relativa del contrato.

No hay lugar a dudas en cuanto a la reticencia se refiere, ya que además de la relevancia de los padecimientos omitidos, es claro que la información consignada en la declaración de asegurabilidad no concuerda con el verdadero estado de salud de la asegurada al momento de solicitar el seguro, lo que sin duda vició el consentimiento de mi representada.

Al efecto valga el siguiente pasaje jurisprudencial de orden local, esto es, Sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira, Sala Decisión Civil-Familia, 23 de mayo de 2006, radicación 66001-31-03-004-2004-00179-01, Actor Elicenia Morales de Duque Vs. Compañía de Seguros de Vida Colpatria S. A:

*“ ... No es, pues, gratuito sino de importancia suma, como lo hizo ver la Corte Suprema de Justicia en el fallo de 2 de agosto de 2001 en que se refirió a espacio sobre la buena fe que se debe observar en materia de seguros, que el artículo 1058 citado utilizara la palabra “sinceramente”, vocablo que desnuda la intención inequívoca del legislador de establecer para el tomador la carga precontractual de declarar con apego a la verdad los hechos y circunstancias significativas del estado del riesgo, la misma que se incumple cuando se emplea la inexactitud y la infidelidad, o se guarda silencio sobre lo que se debiera informar. De tal modo que cuando la reticencia recae sobre puntos de tal carácter que de haber sido conocidos por el asegurador lo habrían llevado a no contratar o le limitaron el conocimiento que debía de tener sobre la extensión de los riesgos que habría de asumir, se sanciona el contrato con la nulidad relativa. En el fondo lo que se castiga es la traición del tomador a la confianza que el asegurador depositó en él y con base en la cual se procedió a contratar.*

*Ahora, la norma comentada contempla dos situaciones según la falta de veracidad se haya consignado en el cuestionario propuesto por el asegurador (inciso 1º) o que éste no le haya formulado (inciso 2º). Trátase acá del primer caso, puesto que al tomador del seguro se le presentó un formato en el que se incluyó la cláusula ya transcrita, lo que permite aducir que cuando se presenta cuestionario al asegurado, mayor es la responsabilidad que se involucra puesto que se ha manifestado por el asegurador su voluntad de apreciar ciertas circunstancias que según su criterio surgían indispensables para convenir o rechazar el contrato, o acordado en otras condiciones. En tal ocurrencia es evidente que es más fácil demostrar la inexactitud del tomador ya que basta confrontar lo aseverado con lo real. De allí que de antiguo tenga dicho la jurisprudencia:*

*“Los cuestionarios o preguntas que hace el asegurador al asegurado para conocer la extensión del riesgo que va a asumir en virtud del contrato, tienen importancia jurídica porque*



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O G A D O S

*determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los contratantes. Cuando el asegurador, en estos cuestionarios, hace una pregunta, ésta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse que no tienen importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro” (G.J. LXXVII, 17) ...”*

Respecto a lo anteriormente expuesto, me permito transcribir pronunciamiento de la Honorable Corte Suprema de Justicia mediante sentencia del 24 de octubre de 2005 y con ponencia del Magistrado Silvio Fernando Trejos Bueno, los cuales guardan consonancia con los argumentos de esta defensa:

*“... 1. De entrada observa la Corte que el quid del asunto pende enteramente de la respuesta que en el plano estrictamente jurídico debe darse a la acusación que propende por la nulidad absoluta del contrato de seguro, en lugar de la relativa reconocida en el fallo impugnado, bajo el alero de la causa ilícita derivada de la reticencia que se le imputa al tomador sobre su estado de salud precedente, pues solamente abriéndose paso tal' efecto, sería dable recaer sobre la cuestión táctica que informa este caso; análisis al cual se procede a continuación.*

*2. El artículo 1058 del C. de Comercio dispone que "El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro....”.*

(....)

*3. Dicho texto legal se halla inspirado en la estricta buena fe que, como principio insustituible, debe rodear tanto la celebración como la ejecución del contrato de seguro, y de él se puede deducir lo siguiente:*

*1°) Que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formule el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo asegurado, no tiene por fuente misma el contrato de seguro sino que opera en la fase previa a su celebración y tiene por objeto garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo o de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas,*

*2°) De ese modo la formación del consentimiento de la aseguradora libre de vicios, y en cuanto prevé los efectos específicos de la inexactitud y de la reticencia que provengan de error inculpable del tomador distintos de la nulidad relativa que consagra como principio*



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O G A D O S

*general, significa que ésta como sanción fue concebida para los casos en que el tomador obre con dolo o culpablemente.*

*3º) No importan, entonces, los motivos que hayan movido al tomador para comportarse sin, fidelidad a la verdad, incurriendo- con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa, lo cierto es que la consecuencia de su proceder afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz. (Cursivas ajenas al texto original)*

Respecto a este punto, el doctrinante J. Efrén Ossa G, en su obra Teoría General del Seguro: El Contrato, p. 298, expone lo siguiente:

*"el consentimiento del asegurador es otorgado con base en la declaración de estado del riesgo. Y debe ser exento de todo vicio para que el contrato de seguro sea válido. Mal podrá ser fuente de obligaciones, si la declaración deforma el concepto del riesgo e induce al asegurador - prevalido de la estricta buena fe que es de la misma entraña del seguro – a formarse un juicio equivocado acerca de la extensión y alcance de los peligros que ha de asumir (...), [eso y para poner mejor cubierto las situaciones de fraude], es lo que explica, a través del artículo 1058 del Código de Comercio, el régimen especial de los vicios del consentimiento del asegurador en el contrato de seguro (...), al cual solo escapa la fuerza que, como tal, tan sólo podría invocarse a la luz del derecho común...". (Subraya y negrilla fuera del texto original).*

### **1.1.3. AUSENCIA DE VÍNCULO CONTRACTUAL POR LA NULIDAD, INEXISTENCIA E INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

El caso sub iudice es un clásico evento de inoperancia del contrato de seguro, y en consecuencia es necesario precisar que estamos en presencia de la inexistencia e ineficacia del contrato aducido por los pretenses.

En las líneas siguientes se demostrara que para efectos del contrato de seguros, inexistencia e ineficacia son conceptos que tienen total identidad jurídica y que su consecuencia es la no producción de efectos jurídicos de pleno derecho, es decir, sin necesidad de declaración judicial.

Respecto la ineficacia establece el artículo 897 del Código de Comercio:

***“Cuando en este Código se exprese que un acto no produce efectos, se entenderá que es ineficaz de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial”.***

A su turno, en cuanto la inexistencia el artículo 898 establece:

***“... Sera inexistente el negocio jurídico cuando se haya celebrado sin las solemnidades sustanciales que la ley exija para su formación, en razón del acto o contrato y cuando falte alguno de sus elementos esenciales”.***

Al regular el contrato de seguro, el estatuto mercantil respecto a los elementos esenciales del contrato, consagra en su artículo 1045:

*“.. Son elementos esenciales del contrato de seguro:*

1. *El interés asegurable.*
2. *El riesgo asegurable.*
3. *La prima o precio del seguro, y*
4. *La obligación condicional del asegurador.*

***En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno...”***

El Código señala expresamente que no produce efectos, luego puede afirmarse sin lugar a equívocos que en derecho de seguros, ambos conceptos tienen equivalencia jurídica.

Uno de los elementos esenciales del contrato de seguro es el riesgo asegurable, definido en el artículo 1054 del Código de Comercio, así:

***“... Denomínase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurado. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro...”.***

A su turno, el artículo 1055 del Código de comercio, no indica cuales son los riesgos inasegurables:

***“El dolo, la culpa grave y los actos meramente potestativos del tomador, asegurado o beneficiario son inasegurables. Cualquier estipulación en contrario no producirá efecto alguno...”*** Resaltado fuera de texto.

Descendiendo al caso concreto, el supuesto estado de invalidez del señor ALBEIRO BURGOS PARRA no constituye un riesgo asegurable dado que es consecuencia previos a la contratación de la póliza, tanto así que ya tenía una disminución o pérdida de capacidad previamente calificada



GÓMEZ GONZÁLEZ

ABOGADOS

del 35.56%, siendo un evento inasegurable y por tanto el contrato de seguro no tiene uno de sus elementos esenciales como lo es el riesgo asegurable, por tanto el contrato de seguro es inexistente e ineficaz conforme a los artículos 897, 898, y 1045 del estatuto mercantil.

En consecuencia, al faltar uno de los elementos esenciales del contrato de seguro éste no nació a la vida jurídica, no se perfeccionó, es inexistente.

#### **1.2.4. INEXISTENCIA DE SINIESTRO:**

De conformidad con el artículo 1072 del Código de Comercio, el siniestro es:

**“ ... Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado...”**

Como ya se mencionó, el dolo y la culpa grave constituyen riesgo inasegurables, y el siniestro es la realización del riesgo asegurable. Si no se tiene un riesgo asegurable, no existe siniestro.

#### **1.2.5. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR:**

Conforme se desprende de los medios exceptivos propuestos, no surge para el asegurador la obligación de indemnizar, ya que los padecimientos que generaron el fallecimiento son previos a la contratación de la póliza, enfermedad inasegurable de pleno derecho, se estructura por demás la nulidad relativa del contrato por la reticencia de tomador.

#### **1.2.6. DESNATURALIZACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO AL PRETENDER ASEGURAR UN RIESGO YA MATERIALIZADO – AUSENCIA DE UN REQUISITO ESENCIAL –INEXISTENCIA DEL CONTRATO.**

El contrato de seguro está regulado en el Título V, Capítulo I del Código de Comercio, y como elementos de su naturaleza resalta principalmente que este es un contrato aleatorio y está ligado a la condición que un riesgo asegurado por la aseguradora se pueda materializar (o no) luego de la suscripción del contrato, no antes.

contrato de su naturaleza aleatoria y no se está asegurando un hecho incierto como requisito para la configuración de un eventual siniestro.

Tal como se encuentra acreditado dentro del proceso, el asegurado padecía desde antes de suscribir el contrato de seguro de la patología denominada diabetes mellitus, lo que implicaba que se tratara según las políticas de suscripción de mi representada con un riesgo por tratarse de patologías preexistentes y ya materializados:

Código de Comercio:

**ARTÍCULO 1054. <DEFINICIÓN DE RIESGO>**. Denominase riesgo el suceso incierto que nopende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento.

Por lo tanto, al ser el riesgo asegurable un elemento esencial del contrato de seguro y al no existir al momento de suscribir el contrato de seguro, el mismo no nació a la vida jurídica y es inexistente:

**ARTÍCULO 1045. <ELEMENTOS ESENCIALES>**. Son elementos esenciales del contrato de seguro:

- 1) El interés asegurable;
- 2) El riesgo asegurable;
- 3) La prima o precio del seguro, y
- 4) La obligación condicional del asegurador.

*En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno.*

#### **1.1.8. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO**

Con todo respeto nos permitimos proponer la excepción de caducidad de la acción y de prescripción extintiva del derecho, dado que, por el paso del tiempo, se ha extinto cualquier tipo de derecho sustancial o derecho de acción que pudiera haber surgido con ocasión de los contratos de seguro de vida suscritos por el demandante, pues desde incluso antes de tomar los seguros conocía de las patologías que lo llevaron a solicitar en múltiples ocasiones la realización de juntas medico laborales, que le fueron calificando de forma progresiva su pérdida de capacidad laboral, habiendo el demandante realizado reclamaciones desde el año 2018.

En lo que tiene que ver con el contrato de seguro, la norma que regula la prescripción es el artículo 1081 del Código de Comercio, norma que sea dicho de paso es de carácter imperativo (es decir que no puede pactarse en contrario o ser modificada por la voluntad de las partes) y que a la letra dice:

**ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>**. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

*Estos términos no pueden ser modificados por las partes.*

### **1.1.9. ECUMÉNICA**

Solicito respetuosamente al señor Juez declarar probada cualquier otra circunstancia exceptiva que resulte probada dentro del proceso, con capacidad de minar las pretensiones de la demanda.

### **2. OBJECIÓN FRENTE AL JURAMENTO ESTIMATORIO**

Con base en los argumentos expuestos en esta contestación, mi representada se opone a todas y cada una de aquellas encaminadas a obtener el pago del valor asegurado, en tanto que, como se probará en el proceso, mi representada no se encuentra legitimada en la causa por pasiva.

Me opongo, de igual manera, al exagerado monto de las pretensiones, puesto que no debe pretenderse un enriquecimiento injustificado; como es sabido, de las obligaciones de mi representada se encuentran debidamente delimitadas en el texto contractual, y el contrato de seguro opera en el hipotético caso en el que se cumplan los requisitos para el pago del amparo pero por el saldo insoluto a la fecha del siniestro, sin que haya lugar a devolución o reposición de los valores pagados por el demandante, pues en este tipo de seguros el máximo de responsabilidad de la Compañía aseguradora es el saldo insoluto de la deuda al momento de realizarse el pago.

Así las cosas, se tiene que los valores de los créditos que le fueron desembolsados por el Banco Caja Social al demandante, corresponden con los siguientes valores, que en todo caso constituyen la máxima responsabilidad de mi representada frente a los seguros expedidos para amparar dichas obligaciones:

- Crédito de vivienda No. 0132209074818 por valor de \$ 47,000,000.00 desembolso del 24/07/2017.
- Crédito de consumo 0030018536912 por valor de \$16.000.000 desembolso del 21/11/2017.

### **3. PRUEBAS:**

## 1. DOCUMENTAL APORTADA:

Me permito anexar:

- Solicitud y declaración de asegurabilidad de la Póliza de Vida Individual Deudores No. 357870 (Solicitud No. 1070846).
- Caratula de las pólizas de Seguro de Vida Grupo Protección Creciente Certificados Individuales N°1277589 y N° 1277590.
- Copia de las cartas y objeciones emitidas por COLMENA SEGUROS de fechas 8 de octubre de 2018, 19 de octubre de 2018, del 29 de enero de 2021.
- Carta de reclamación presentada por el señor BURGOS PARRA a Colmena de fecha 21 de mayo de 2018.
- Carta de reclamación presentada por el señor BURGOS PARRA a Colmena de fecha de septiembre de 2018.
- Formato de reclamación FURS suscrito por el señor BURGOS PARRA el 26 de septiembre de 2018.
- Historia clínica del demandante aportada durante el proceso de reclamación.
- Condiciones Generales aplicables a la Póliza de Vida Individual Deudores No. 357870 (Solicitud No. 1070846) y a las pólizas de Vida Grupo Protección Creciente Certificados Individuales N°1277589 y N° 1277590.
- Certificado de saldos emitido por el BANCO CAJA SOCIAL de los créditos tomados por el señor BURGOS PARRA.
- Respuesta dada por mi representada relacionada con el tramite de la prueba extraprocesal.
- Se aportan solicitudes de otros seguro suscritas por el hoy demandante.
- Conceptos médicos emitidos por los doctores JUAN PABLO MERIZALDE PRICE y HÉCTOR HERNÁN GUTIÉRREZ GUETE.

### a) TESTIMONIAL.

Solicito respetuosamente al Despacho se sirva decretar la recepción del testimonio de los doctores **JUAN PABLO MERIZALDE PRICE y HÉCTOR HERNÁN GUTIÉRREZ GUETE**, quienes podrán ser citado en la Calle 72 No. 10-71 piso 5° de la ciudad de Bogotá D.C., con el propósito de que, en su calidad de médico del área de indemnizaciones de COLMENA SEGUROS S.A. encargado de estudiar la procedencia médica de la reclamación efectuada por la demandante, para ser interrogado sobre los hechos que dieron pie a la objeción realizada por COLMENA SEGUROS S.A., principalmente lo relativo a los antecedentes médicos evidenciados en la historia clínica de este y su relevancia frente a los seguros de vida expedidos por la compañía aseguradora.

En consideración a que los médicos se encuentran domiciliados en la ciudad de Bogotá y que adicionalmente, por sus ocupaciones profesionales le es muy difícil desplazarse a la ciudad de



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O G A D O S

Manizales, de manera respetuosa le solicito que la práctica de su testimonio se realice a través de videoconferencia.

**a) INTERROGATORIO DE PARTE**

Ruego se cite al demandante para que comparezca al Despacho a absolver el interrogatorio que le formularé en la audiencia de trámite y juzgamiento, con el objeto de establecer los hechos de la demanda y de las contestaciones.

**ANEXOS**

- Documentos referidos como prueba aportada.
- Poder para actuar y el respectivo mensaje de datos.
- Certificado de existencia y representación legal de COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.

**NOTIFICACIONES**

Estaré presta a recibir comunicaciones en la calle 15 No. 13-110 Centro Comercial Pereira Plaza local 232A, Pereira (Risaralda). Tel. 310-4975229. Correo electrónico: [carolina.gomez@gomezgonzalezabogados.com.co](mailto:carolina.gomez@gomezgonzalezabogados.com.co).

Atentamente,

**CAROLINA GÓMEZ GONZÁLEZ**

C.C. 1.088.243.926 de Pereira, Risaralda.

T.P. 189.527 Consejo Superior de la Judicatura.