



Santa Marta, 30 de junio de 2023

<b>REFERENCIA:</b>	VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
<b>DEMANDANTE(S):</b>	MAGALLY ESTHER MONTENEGRO FONTALVO
<b>DEMANDADO(S):</b>	COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
<b>RADICACIÓN:</b>	47-001-40-53-004-2020-00344-00

Procede el Juzgado a proferir la determinación que en derecho corresponda, lo cual se hará por escrito en atención a lo normado por el inciso 3° del numeral 5° del art. 373 del CGP, previo haberse anunciado el sentido del fallo en la audiencia de instrucción y juzgamiento.

#### **ANTECEDENTES:**

Al trámite que nos ocupa acudió la referida demandante, reclamando:

- Que se declare que entre las partes existió una relación contractual en la modalidad de seguro de vida grupo, el cual se configuró con la suscripción de la póliza de seguro Nro. 5579, de la que es tomadora y beneficiaria la demandante, suscrita el 01 de mayo de 2008.
- Que se declare que la parte demandada incumplió dicho contrato, así como también la existencia del siniestro asegurado, incapacidad total y permanente por parte de la tomadora, por ostentar una pérdida de capacidad laboral del 100%, según dictamen médico proferido por la Clínica General del Norte el 13 de febrero de 2019.
- Que se condene al extremo pasivo a reconocer y pagar a la demandante la suma equivalente a \$50.000.000, a título de indemnización, de acuerdo con la referida póliza, así como también al pago de intereses moratorios desde que se efectuó la solicitud de amparo del seguro, hasta que se haga efectivo el pago total o en su defecto la indexación de la condena, así como también por las costas y agencias en derecho.

El sustento factual de tales ruegos, en apretada síntesis, pueden compendiarse así:

- Principia su relato indicando que el 01 de mayo de 2008 tomó póliza de seguro Nro.5579, con la **COMPAÑÍA SEGUROS BOLIVAR S.A.** para el amparo de los riesgos de *vida, indemnización por muerte accidental y beneficios por desmembración, incapacidad total o permanente y enfermedades graves*”, fecha a partir de la cual canceló en debida forma, la prima correspondiente a dicho seguro hasta la actualidad.
- Manifiesta que se desempeñaba como docente adscrita a la planta docente del Distrito de Santa Marta y que de acuerdo a los cuadros patológicos de *Difonia y Gonatrosis Primaria Bilateral*, se vio inmersa en un tratamiento médico que le significó la incapacidad en un



periodo superior a los 180 días, para un total de 570 días, hasta el 08 de febrero de 2020.

- Asevera que, al no recibir un concepto favorable de rehabilitación, fue valorada y calificada a través de la Clínica General del Norte, quien emitió el dictamen Nro. 024/LM/2019 con fecha de estructuración el 13 de febrero de 2019, declarando la pérdida de capacidad laboral en un 100%.
- Sostiene que como quiera que uno de los riesgos asegurados se configuró, esto es, la incapacidad permanente, presentó reclamación a la entidad demandada el 02 de abril de 2019, solicitando el reconocimiento del valor asegurado, la cual fue atendida negativamente por la aseguradora, bajo el argumento de que no tenía los 150 días de incapacidad establecidos en el contrato de seguros, para que hubiese lugar a esta indemnización.
- Con posterioridad a ello, manifiesta que radicó petición solicitando la reconsideración de la negativa, la cual fue resuelta el día 25 de Julio de 2019, manteniendo la decisión de no otorgar la indemnización por la incapacidad de la asegurada.
- Así mismo, continúa, se presentó reconsideración de la decisión, la cual tuvo respuesta el 19 de diciembre de 2019, bajo el número de reclamo interno Nro. 25410000329, manteniendo la decisión negativa.
- Asevera que procuró llegar a un acuerdo conciliatorio en equidad en la Casa de Justicia de Santa Marta, con citación para el 04 de marzo de 2020, en la que no hubo comparecencia de la aseguradora.
- Finalmente, aduce que, a la fecha de presentación de la demanda, pese a que cumple con todos los presupuestos de ley y los requisitos exigidos en el respectivo contrato, la aseguradora de manera injustificada se ha sustraído del cumplimiento de su obligación.

2

### **ACTUACIÓN PROCESAL**

Verificado el reparto de rigor, fue escogida esta agencia judicial para el adelantamiento de la causa. La demanda se inadmitió por auto del 27 de octubre de 2020 y subsanados los defectos se admitió el 14 de julio de 2021.

La encartada, verificada su notificación, concurrió aceptando la existencia de la relación contractual, pero oponiéndose a las demás pretensiones, bajo el entendido de que no estaban dadas las condiciones contenidas en el clausulado de la póliza para acceder al pago pretendido, invocando en su favor las excepciones que denominó:

- Improcedencia de afectación del amparo de incapacidad total y permanente por incumplimiento de los requisitos.



- Inexistencia de la obligación de pago por parte de la Compañía de Seguros Bolívar.
- Nulidad relativa del contrato de seguros y/o inexactitud en la declaración del estado de riesgo.
- Cobro de lo no debido.
- Improcedencia del pago de intereses moratorios e indexación.
- Improcedencia de la indexación.
- Valor asegurado como límite máximo de responsabilidad de la aseguradora.
- Prescripción de la acción derivada del contrato de seguros.

La audiencia inicial se llevó a cabo el 19 de julio de 2022 y la de instrucción y juzgamiento el 15 de junio de 2023, en donde se anunció el sentido del fallo.

En virtud de lo anterior, y dado que se dan todos los presupuestos procesales sin que se evidencie causal que invalide lo actuado se pasa entonces a dictar la sentencia que en derecho corresponda en atención a las siguientes,

### **CONSIDERACIONES**

El asunto que ocupa la atención del despacho versa frente a la desatención de la demandada de cancelar el valor asegurado en un contrato de seguro de vida grupo, dada la incapacidad permanente declarada en la actora, a lo cual el extremo pasivo se opone argumentando que no están dadas las condiciones para que se autorice el pago reclamado y que, en razón de ello, no existe obligación de pago. Aunado a ello, alegó la nulidad relativa del contrato por inexactitud en la declaratoria del estado de riesgo, cobro de lo debido, la improcedencia del pago de intereses moratorios y de la indexación, valor asegurado como límite máximo de responsabilidad de la aseguradora y la prescripción de la acción derivada del contrato de seguros, por lo que se procederá al estudio de las excepciones planteadas, a efectos de determinar si están llamadas a prosperar o si, por el contrario, hay lugar a acceder a las pretensiones de la parte actora.

En cuanto a la primera de ellas, denominada como “IMPROCEDENCIA DE AFECTACIÓN DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS”, encuentra el despacho que solo está en discusión el primero de los aludidos presupuestos, es decir, el que se refiere a la presencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo, dado que el otro, referidos a que dicha incapacidad haya existido por un periodo no menor de 150 días, no está en discusión.

En el sentir de la aseguradora, no existe evidencia médica de que la enfermedad sufrida por la demandante le impida desarrollar otra actividad remunerativa, invocando en su favor el dictamen de pérdida de PCL, del cual destacó que entre sus conclusiones se encontraba que la enfermedad sufrida por la asegurada solo le impedía desarrollar labores docentes, planteamiento que no comparte el despacho, dado que tal condicionamiento reduce ampliamente las opciones que tendría el



beneficiario para hacer efectiva su póliza, pues en el escenario que plantea, tendría que vislumbrarse la condición de una persona que haya quedado, por ejemplo, en estado vegetativo, cuadripléjico o en cualquier otra condición de salud que le impida llevar una vida meridianamente normal, luego se trataría de una cobertura que con una expectativa de viabilidad muy limitada.

Y es que, si dicha cláusula se analiza a la luz de la situación actual de la demandante, es evidente que constituye un despropósito su redacción y, más aún, la exigencia que se le hace para poder hacer efectivo el amparo. De cara ello, téngase presente que doña MAGALLY ESTHER es una mujer que actualmente cuenta con 67 años, es decir, ya superó el límite de edad que la ley colombiana señala como de productividad, en el caso de las mujeres, quedando en el espectro de colombianos que, luego de una vida de trabajo, pasan a disfrutar de los beneficios de lo que ahorraron para tener condiciones de vida digna durante su retiro.

Desde esa perspectiva, aquel argumento según el cual el dictamen de pérdida de capacidad laboral solo la incapacita para ejercer labores docentes, tampoco se muestra de recibo para el Juzgado, mucho menos aquel plasmado en los alegatos según el cual el procedimiento utilizado para calificar la PCL de los docentes es más beneficiosa para ellos que para el resto de los colombianos, pues una persona que se preparó para ejercer una labor en particular, en este caso educativa, que dispuso sus esfuerzos para ello y que ahora está llamada a descansar, no tendría por qué verse sometida a tener que aprender otro arte u oficio; en cuanto a lo segundo, se pregunta el despacho si la aseguradora no tenía conocimiento de cuáles eran los procedimientos establecidos para calificar la incapacidad de los docentes, o, lo que es más, si era consciente de que se trataba de un procedimiento menos riguroso, por qué ofertó un seguro de vida grupo docentes.

4

---

En ese orden de ideas, para el juzgado es claro que la limitación contenida en la cláusula que restringe el acceso a la indemnización por incapacidad total o permanente, puede tildarse como abusiva y alejada de las particularidades del caso, por lo que, como ya se anunció, la excepción analizada habrá de despacharse favorablemente, mismos argumentos que se invocan para declarar no probadas la segunda y tercera excepciones, denominadas INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR y COBRO DE LO DEBIDO, pues teniéndose por demostrado el primero de los requisitos, y no estando en discusión el segundo, es claro que se abre paso el pago de la indemnización reclamada, como así se declarará.

En cuanto a la nulidad relativa del contrato de seguros y/o inexactitud en la declaración del estado de riesgo, memórese que el artículo 1036 del C.Co. determina que el seguro es un contrato cuyas características es ser consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva, siendo las partes el asegurador quien asume determinado riesgo y tomador que por cuenta propia o ajena lo traslada a aquella (art. 1037).



Como todo acto comercial, dicha relación debe ceñirse por el principio de buena fe estatuida en el artículo 83 Superior y que en materia mercantil se consagra en el artículo 871 del C.Co.

En materia de seguro, este postulado adquiere gran relevancia al punto que le impone al tomador la obligación, al tenor del art. 1058 ibídem:

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

*Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.*

*Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.*

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

5

Quiere decir, que, al momento de suscribir el convenio, el tomador de indicar el estado actual de su salud, lo cual debe realizar de forma espontánea y sin ocultamientos de circunstancias que impliquen agravación objetiva del riesgo, sin perjuicio que la entidad la provoque con la formulación de cuestionario frente a sus padecimientos cuya inobservancia producen nulidad relativa del seguro.

Dicha invalidación está a cargo de la aseguradora la que lo puede requerir por vía de acción o de excepción, empero al originarse del seguro, a ella también le es aplicable la prescripción de que trata el artículo 1081 del C.Co.

En lo que atañe a la preexistencia como evento de exclusión, frente a ella, la jurisprudencia constitucional la ha definido como a las “*circunstancias que se presentaban con anterioridad a la etapa contractual y constituyeron un factor determinante en el acaecimiento del riesgo cubierto. En seguros de vida, permite a la entidad aseguradora abstenerse de ejecutar el pago de la póliza una vez haya verificado que el tomador sufría de padecimientos previos al momento en que el contrato comenzó a surtir efectos, y que además tuvieron relación directa con su afectación.*” (sent. 240 de 2016. Corte constitucional.)



Para la determinación de la preexistencia, la jurisprudencia de la Alta Corporación Constitucional ha establecido unas reglas, las cuales reiteró en sentencia T-670 de 2016, dentro de las que aludió que *“desde el momento mismo de la celebración del contrato, quienes lo suscriben deben dejar expresa constancia, en su mismo texto o en anexos incorporados a él, sobre las enfermedades, padecimientos, dolencias o quebrantos de salud que ya sufren los beneficiarios del servicio y que, por ser preexistentes, no se encuentran amparados.”*

Precisó además que *“una vez el beneficiario ha declarado sinceramente los síntomas y padecimientos que lo aquejan, la entidad aseguradora debe dentro del límite de sus posibilidades realizar las averiguaciones tendientes a determinar el estado actual del riesgo o, en su defecto, rehusar celebrar el contrato”*

En esa providencia la Corte resaltó que *“si se demuestra que el tomador de la póliza conocía de antemano la existencia y gravedad de una enfermedad al momento de celebrar el contrato, sin ninguna duda este podrá ser declarado nulo debido a la reticencia. Cosa distinta es el caso de que el beneficiario manifieste los síntomas de su enfermedad o que estos se encuentren en la historia clínica y la aseguradora dentro de los límites razonables, no indague sobre su gravedad.”*, además que *“la negligencia de la entidad aseguradora en establecer la real situación médica del beneficiario, no puede ser posteriormente fundamento para declarar la terminación unilateral del contrato. Esto en virtud del principio general del derecho según el cual, a nadie le es permitido alegar en favor su propia culpa.”* Y que si *“el tomador de la póliza conocía de antemano la existencia y gravedad de una enfermedad al momento de celebrar el contrato, sin ninguna duda este podrá ser declarado nulo debido a la reticencia. Cosa distinta es el caso de que el beneficiario manifieste los síntomas de su enfermedad o que estos se encuentren en la historia clínica y la aseguradora dentro de los límites razonables, no indague sobre su gravedad.”*, para concluir aclarando las diferencias y relación entre la preexistencia y reticencia exponiendo:

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



*desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo. Mucho menos, para el caso del seguro de vida grupo de deudores, suministrar con preciso detalle su grado de discapacidad.*

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

En virtud de lo anterior, es posible concluir que quienes deben probar la reticencia son las aseguradoras, es decir, comprobar que el tomador actuó de mala fe al momento de suscribir el contrato de seguro. En cuanto a las preexistencias, las Compañías de Seguros actúan negligentemente si no realizan los exámenes médicos o exigen la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado. En suma, a pesar de existir enfermedades previas a la celebración del contrato, ello no implica reticencia porque el deber de buena fe estaría en cabeza, más intensamente en la compañía de seguros.

7

Al examinar las pruebas obrantes en su conjunto bajo las reglas de la sana crítica se vislumbra la existencia de una relación contractual entre los extremos en contienda en virtud a un seguro de vida con una serie de coberturas, entre ellas incapacidad total o permanente.

Empero, dentro de los medios de prueba aportados por la aseguradora, no se avista ninguno que estuviera encaminado a demostrar que la demandante hubiere incurrido en reticencia, pues fuera de las afirmaciones que realizó en su defensa, consistentes en que para la época en que se suscribió el seguro ya doña MAGALLY venía presentando síntomas de disfonía, lo cierto es que revisada la historia clínica aportada, el primer diagnóstico certero sobre esa patología data el 25 de mayo de 2017, cuando queda en firme la apreciación médica y es remitida a valoración para calificación de PCL dado el oficio al que se dedicaba, luego se tiene que esa data es muy posterior a la firma de la póliza que lo fue en el mes de mayo de 2008, luego bajo esa perspectiva la excepción no está llamada a prosperar.

Ya en lo que se refiere a las excepciones denominadas IMPROCEDENCIA DEL PAGO DE INTERESES MORATORIOS E INDEXACIÓN e IMPROCEDENCIA DE LA INDEXACIÓN, dígame no más que como quiera que ellas se fundamentan en el hecho de que no están acreditados los requisitos para que se acceda al pago de la indemnización reclamada, lo



que a juicio de este despacho quedó descartado, como ya se analizó, estas últimas han de declararse no prósperas bajo la misma argumentación.

Y en lo que atañe a la denominada como PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGUROS, de cara a la cual se alega que a este caso aplica la prescripción ordinaria de dos años a que se refiere el art. 1081 del C.Co., encuentra este despacho que no está llamada a prosperar, dado que el dictamen que estableció la PCL de la actora data del 13 de febrero de 2019, momento en que tuvo conocimiento del siniestro, acudiéndose a esta acción el 19 de septiembre de 2020, luego de finalizadas las reclamaciones directas a la aseguradora, luego solo había transcurrido para ese entonces un poco más de un año, es decir, aún no había operado el término prescriptivo, el cual se interrumpió si se tiene en cuenta que el auto admisorio de la demanda, que data el 14 de julio de 2021, fue notificado a la encartada dentro del año siguiente a la notificación de la misma providencia a la demandada, dado que la contestación de la demanda data del 18 de agosto de 2021, luego no se encuentran méritos para declararla probada.

Corolario a lo discurrido, para la judicatura se satisfacen los prepuestos para acceder a la reclamación pedida en la demanda, como quiera que se halla demostrada la relación que ata a los extremos procesales mediante la póliza de seguro de vida de educadores, así como las condiciones para su reconocimiento al tratarse de una incapacidad laboral permanente definida en un 100%, lo que se acreditó con el correspondiente dictamen.

Así las cosas, el despacho accederá a lo pedido ordenando a COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., que, en el término de 6 días contados a partir de la ejecutoria de esta decisión, reconozca y pague a la actora, la suma de \$50.000.000 como valor del importe de la cobertura de la póliza de seguro por incapacidad total y permanente.

8

En lo que toca a los intereses solicitados, el artículo 1080 del estatuto mercantil dispone:

*“El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.*

*El contrato de reaseguro no varía el contrato de seguro celebrado entre tomador y asegurador, y la oportunidad en el pago de éste, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.*

*El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador.*



Quiere decir que si vencido el mes siguiente de que el asegurado acredite su derecho, se reconocerán intereses moratorios en tasa igual al bancario corriente aumentado en la mitad.

Ahora, para determinar el momento desde el cual esto se debe, cuando la obligación en un primer momento sea negada por la entidad y posteriormente reconocido a través de la vía judicial como en el caso que nos convoca, la jurisprudencia ha clarificado que si el motivo de la negativa de la aseguradora fue el mismo que se invocó como medio de defensa en el trámite judicial y sin que prospere esa excepción, tal evento conlleva a la improcedencia de la objeción o negativa de pago y correlativamente el deber de pagar los intereses desde el instante en que debió atenderse el reclamo. Precisamente la CSJ en sentencia del 29 de abril de 2005 con ponencia del Dr. Edgardo Villamil Portilla indicó:

*“Acontece entonces que el asegurador demandado no solo objetó la reclamación, sino que además opuso resistencia a las pretensiones bajo la contundente afirmación de que la muerte no fue accidental. No obstante, el tribunal desatendió el fundamento conceptual de la objeción, que es el mismo de la excepción, y concluyó que la muerte sí fue accidental. Esa calificación del tribunal, que se infiere de que haya juzgado infundada la excepción de la demanda, no fue combatida en casación, circunstancia que la hace intangible para la Corte. Síguese de lo anterior que si el debate sobre el carácter accidental de la muerte quedó clausurado en el tribunal, esa sola circunstancia apareja la improcedencia de la objeción hecha en su momento y como secuela que el asegurador deba pagar los intereses moratorios desde cuando debió atenderse el reclamo del beneficiario, y no desde la sentencia, pues no corresponde a la Corte revivir el debate sobre la naturaleza de la muerte, en tanto el tribunal determinó positivamente que esa muerte fue accidental y la aseguradora declinó la resistencia que hasta ahí había mantenido al respecto.”*

9

En dicha oportunidad la Corte casó la providencia recurrida y reconoció los intereses moratorios en los términos establecidos en el artículo 1080 anunciado.

En tal virtud, y atendiendo que el día 02 de abril de 2019 la promotora solicitó la reclamación donde aportó los documentos soporte de la misma, con lo que demostraba el siniestro como lo prevé el artículo 1077, por lo que los intereses se empezaron a generar el mes siguiente aquella data, razones por las cual se ordenará su pago en ese sentido.

En suma el despacho declarará no probadas las excepciones planteadas por la demandada y en su defecto accederá a las pretensiones de la demanda, condenándose en costas a la parte vencida y fijando agencias en derecho de conformidad con lo establecido en el ACUERDO No. PSAA16-10554, emanado del CSJ.

En mérito de lo expuesto el JUZGADO CUARTO CIVIL MUNICIPAL DE SANTA MARTA, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,



**RESUELVE.**

**PRIMERO:** Declarar no probadas las excepciones propuestas por COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., de acuerdo con lo expuesto en la parte motiva.

**SEGUNDO:** Como consecuencia de lo que precede, acceder a las pretensiones de la demanda, por lo que se ordena a COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., que en el término de 6 días contados a partir de la ejecutoria de esta decisión, reconozca y pague a la actora, la suma de \$50.000.000 como valor del importe de la cobertura de la póliza de seguro, por incapacidad total y permanente, junto con los intereses de mora a una tasa igual al bancario corriente aumentado a la mitad, en los términos del artículo 1080 del C.Co., causados a partir desde el día 02 de abril de 2019.

**TERCERO:** Condenar en costas a la parte demandada. Fijese como agencias en derecho la suma de \$2.000.000.

**TERCERO.-** Ejecutoriada esta decisión procédase a su archivo.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**LEONARDO DE JESÚS TORRES ACOSTA**  
Juez