



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD**

Santiago de Cali, treinta y uno de agosto de dos mil veintiuno

**PROCESO:** VERBAL (R.C.C.)  
**DEMANDANTE:** HUBER ALDEMAR DIAZ OBANDO  
**DEMANDADA:** SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.  
**RADICADO:** 76001-31-03-009-2018-00155-00  
**ASUNTO:** SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

**ANTECEDENTES**

Se procede a dictar sentencia dentro del presente proceso verbal adelantado por Húber Aldemar Díaz Obando contra Seguros de Vida Suramericana S.A.

**SÍNTESIS DE LA DEMANDA**

Sintetizando los hechos de la demanda tenemos que el señor HUBER ALDEMAR DIAZ OBANDO contrató con la demandada un seguro denominado PLAN VIDA PERSONAL, para lo cual se expidió en diciembre 04 de 2015 la póliza 3762193-3.

Al estimar tener derecho al pago del seguro, el 18 de mayo de 2017 el demandante radica ante Seguros de Vida Suramericana S.A. la solicitud de dicho pago.

En mayo 19 de 2017 llega una notificación de reclamación, donde la aseguradora informa el número del expediente con el que fue recibida la reclamación a efectos de solicitar información del estado de ésta por la página web.

En respuesta a la solicitud, en junio 12 de 2017 Seguros de Vida Suramericana S.A. resuelve rechazar la solicitud bajo el siguiente argumento:

*“2 EXCLUSIONES*

*8. Enfermedades congénitas o adquiridas, lesiones o defectos físicos originados u ocurridos antes de la vigencia, con o sin conocimiento del asegurado”.*

La exclusión #8 no fue informada al demandante por cuanto nunca le entregaron las condiciones generales del contrato, razón por la cual desconocía esta exclusión, siendo de su conocimiento sólo la exclusión relacionada con secuelas por cirugía de columna L4L5.

Lo único recibido por el demandante fue un documento que se denomina Seguro de vida individual – carátula plan de vida personal, que contiene información sobre los datos del asegurado, el número de la póliza, la vigencia de la misma, su fecha de expedición, la forma de pago, los amparos básicos y los beneficiarios, entre otros datos.

Si la póliza contenía más exclusiones, la aseguradora debió informárselo por escrito al demandante y no asegurarlo sabiendo de antemano que no le iba a cubrir ninguna de sus enfermedades, pues él fue honesto con los diagnósticos y preexistencias que al momento de tomar la póliza le aquejaban, cuando diligenció el formato de información del asegurado, que contiene un recuadro denominado declaración de asegurabilidad.

En dicho formato se relacionan varios diagnósticos con la opción de responde sí o no, en caso de que el asegurado las haya padecido, o no. Igualmente contiene la siguiente pregunta *¿Alguno de los solicitantes ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas al numeral 1, fracturas o conmociones cerebrales por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento o tienen programada una intervención quirúrgica en los próximos 6 meses y/o se encuentran en la actualidad bajo el estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad?* Interrogante que el accionante respondió afirmativamente.

Dado lo anterior y como quiera que en derecho la única exclusión de la que da cuenta el demandante, por haber sido informada por Suramericana es lo relativo a la cirugía de columna L4L5, se procedió a solicitar valoración de pérdida de capacidad laboral del profesional CARLOS ALBERTO CARDONA SUAREZ, médico laboral, quien, mediante dictamen 16.832124 de junio 8 de 2017, excluyó de la calificación de pérdida de capacidad laboral los diagnósticos dados por columna, e incluyó el trastorno mixto de ansiedad y depresión, dictamen que arrojó una PCL de 58.50%.

Mediante oficio de mayo 09 de 2018, Seguros de Vida SURA S.A. notificó al demandante la decisión adoptada por ellos respecto a las coberturas, informando lo siguiente:

*“Le informamos que Seguros de Vida S.A., con base en lo establecido en el artículo 1071 del Código de Comercio, procede a revocar unilateralmente los amparos de cáncer, enfermedades graves, muerte accidental, invalidez por accidente, invalidez por enfermedad, renta diaria por accidente y auxilio de exequias anexos a su póliza de vida No.376293 a partir del 24 de mayo de 2018”.*

Se evidencia el hecho intencional de Seguros de Vida SURA S.A. en evadir el reconocimiento de la indemnización a que tiene derecho el señor Húber Aldemar Díaz Obando.

### **PRETENSIONES**

1) DECLARAR que entre el demandante y la demandada existió un contrato de póliza válido identificado con el #3762193-3, denominado póliza plan vida personas, donde quedó el señor Húber Aldemar Díaz Obando como asegurado principal, vigente desde diciembre 04 de 2015.

2) DECLARAR civil y patrimonialmente responsable a Suramericana de Seguros de Vida S.A. por los daños y perjuicios ocasionados al demandante, por el no pago del seguro de vida y consecuentemente, que se le condene al pago del daño emergente tasado en cien millones de pesos, por concepto del valor asegurado y lucro cesante, consistente en los intereses moratorios a la máxima tasa legal permitida desde el día de verificación y sufragio del daño material, es decir, el 18 de mayo de 2017, fecha en la cual la aseguradora negó el pago del seguro de vida.

3) Se condene en costas a la demandada.

### **TRÁMITE PROCESAL**

**1.-** La demanda fue admitida según auto fechado marzo 06 de 2019 y del mismo se notificó la parte demandada, la cual, oportunamente, presentó escrito negando los hechos que la responsabilizaban, se opuso a las pretensiones, objetó el juramento estimatorio.

**A.-** La aseguradora demandada propuso las siguientes “*premisas de defensa*” principales:

**a.1.-** “*El señor Huber Aldemar Diaz no declaró sinceramente el estado del riesgo al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad*”.

**a.2.-** “*El ocultamiento de información por parte del señor Huber Aldemar Diaz, indujo en error a Seguros de Vida Suramericana S.A y, por tanto, su consentimiento fue viciado*”.

**a.3.-** “*El contrato de seguro de vida No. 3762193-3 adolece de nulidad*”.

**a.4.-** “*Inexistencia de obligación legal del asegurador de practicar exámenes médicos del asegurado*”.

**a.5.-** “*No debe existir relación de causalidad entre la causa del siniestro y la patología no informada para que se configure la reticencia*”.

**a.6.-** “*Inexistencia de responsabilidad civil contractual*”.

**a.7.-** “*Confusión entre los conceptos de reticencia y preexistencia*”.

**B.-** Como “*premisas de defensa*” subsidiarias formuló las siguientes:

**b.1.-** “*Composición documental del contrato de seguro – Ley para las partes*”.

**b.2.-** “*En las condiciones generales de la póliza de seguro de vida individual No. 37612193-3 se estableció de manera textual las exclusiones que contempla dicho negocio jurídico*”.

**b.3.-** “*No materialización del riesgo asegurado*”.

**C.-** Finalmente, a título de “*premisas de defensa*” generales, presentó las siguientes:

**c.1.-** “*Inexistencia de condiciones para configurar la obligación de pago de intereses moratorios*”.

**c.2.-** “*Inexistencia de configuración de los daños y perjuicios que reclama la parte actora*”.

**D.-** La aseguradora, igualmente propuso las siguientes excepciones de fondo principales:

**d.1.-** “*NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGUROS CONTENIDO EN LA PÓLIZA DE VIDA No. 3762193-3 POR LA RETICENCIA EN QUE INCURRIO HUBER ALDEMAR DÍAZ OBANDO*”.

En síntesis, la aseguradora afirma que el demandante Huber Aldemar Diaz no declaró los diagnósticos de múltiples fractura en pierna izquierda y episodios depresivos en el momento en que diligenció la declaración de asegurabilidad del contrato de seguro de vida. De conformidad con su historia clínica, venía presentado tales diagnósticos desde el año 2001 con calificación de pérdida de capacidad laboral por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca y con episodios depresivos desde el año 1999. Por lo tanto, no dio a conocer el verdadero estado del riesgo.

**d.2.-** “*NO DEBE EXISTIR UNA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LA INEXACTITUD O RETICENCIA Y EL SINIESTRO OCASIONADO*”.

No se requiere una relación causal entre los factores que constituyen la inexactitud, reticencia o informaciones no sinceras del asegurado, con la causa del siniestro, para que se configure la sanción de nulidad relativa del contrato.

**d.3.-** “*INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE REALIZAR EXÁMENES MÉDICOS*”.

El hecho de que la aseguradora no haya practicado exámenes medios al señor Huber Aldemar Días Obando, no eximió a este de su obligación de declarar sinceramente cuál era el estado del riesgo al momento de diligenciar las declaraciones de asegurabilidad.

**d.4.-** “*INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL*”.

La responsabilidad civil contractual exige la prueba de un contrato válido, el incumplimiento de una obligación preexistente, el daño o perjuicio sufrido por el acreedor, la culpa y la relación de causalidad entre el incumplimiento y el daño. La parte demandante, dice la aseguradora, no logra cumplir su carga probatoria, por el contrario, fue ella quien no cumplió con sus deberes y dio lugar a un contrato viciado de nulidad.

**d.5.-** “*INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR EN CABEZA DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.*”.

Reitera que el contrato de seguros adolece nulidad relativa por reticencia del asegurado.

**E.-** Como excepciones meritorias subsidiarias, presentó las que siguen:

**e.1.-** “*EL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL, SUS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES SON LEY PARA LAS PARTES – EXCLUSIONES Y NO CONFIGURACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO*”.

El seguro de vida está compuesto por la carátula de la póliza, las condiciones particulares y las condiciones generales del mismo.

En las condiciones generales y particulares se estableció la siguiente exclusión

*“2. EXCLUSIONES  
8. ENFERMEDADES CONGENITAS O ADQUIRIDAS, LESIONES O DEFECTOS FISICOS ORIGINADOS U OCURRIDOS ANTES DE LA VIGENCIA, CON O SIN CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO”*

Los eventos, enfermedades, lesiones o cualquier diagnóstico, ocurrido antes de la vigencia de la póliza no se encuentra cubiertos porque se encuentran excluido textualmente. El demandante pretende indemnización con patologías padecidas con anterioridad, fracturas en sus miembros inferiores por accidente de tránsito en el año 2001 y trastorno mixto de ansiedad y depresión en el año 1999, sin contar que fue excluido expresamente la hernia de columna L4-L5. Por lo tanto, no se materializó el riesgo asegurado.

En el dictamen expedido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, se tuvo en cuenta los diagnósticos de fractura en piernas y trastorno mixto de ansiedad y depresión, que no hacen parte del riesgo asegurado.

El dictamen traído por la parte demandante, emitido por un profesional adscrito a la AFP Colpensiones, no es apto para generar responsabilidad indemnizatoria.

**e.2.-** “*AUSENCIA DE COBERTURA POR PERJUICIOS O DAÑOS QUE NO SE ENCUENTREN AMPARADOS POR EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL No. 3762193*”.

No se encuentra cubierto el daño emergente y lucro cesante, pues los mismos serían propios de un seguro patrimonial y no el de personas.

**e.3.-** “*SUJECCIÓN ESTRICTA AL CONTRATO DE SEGUROS, CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES, LÍMITE VALOR ASEGURADO, EXCLUSIONES DE AMPARO*”.

La relación sustancial entre aseguradora y asegurado debe regirse y sujetarse a las condiciones del contrato de seguro.

**2.-** Posteriormente, se realizó la audiencia inicial donde se llevó a cabo el interrogatorio oficioso a las partes, lo mismo que el control de legalidad, la fijación del litigio y se decretaron las pruebas

respectivas.

En abril 27 de 2021 se llevó a cabo audiencia donde fue sustentado el dictamen pericial aportado por la parte actora, se practicó el interrogatorio de parte al demandante y se tomó la declaración de parte rendida por la representante legal de la demandada. Igualmente, se dispuso librar unos oficios que ya habían sido ordenados. También se adicionó el objeto del litigio y se decretaron otras pruebas que se consideraron necesarias. En continuación de la instrucción fue recibida la declaración del Dr. David Álvarez Rincón, quien hizo parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca. En seguida, se cerró la etapa probatoria y se dio paso para que las partes presenten sus alegatos de concusión, como en efecto lo hicieron. El Juzgado dictó sentido del fallo negando las pretensiones de la demanda y ahora pasa a proferir sentencia escrita bajo las siguientes

## CONSIDERACIONES

**1.-** Los presupuestos procesales se encuentran presentes. La capacidad para ser parte y comparecer al proceso, demanda en forma y competencia del juez se encuentran reunidos. El juzgado no advierte nulidad que deba declararse de oficio. Sobre la legitimación en la causa hay que decir que como partes se enfrentan quien se proclaman beneficiario y la aseguradora del contrato de seguro de vida, por tanto, el primero ostenta vocación legal para exigir la indemnización que corresponda y la demandada es quien puede resistir la pretensión.

**2.-** Problema jurídico y estructura de la decisión. Bien se sabe que el juzgador está obligado, en primer término, a determinar si se lograron demostrar o no los presupuestos de la acción. Y solamente de concluir afirmativamente, sigue decidir sobre las excepciones de fondo enfrentadas a la acción, de conformidad con el artículo 281 del Código General del Proceso. Tal labor exige determinar, desde un inicio, si las excepciones meritorias planteadas por la parte pasiva son realmente excepciones o si con ellas lo que se hace es negar la configuración de uno de los presupuestos de la acción.

En este caso, la acción se trata de una acción de responsabilidad contractual, debido al presunto incumplimiento de la aseguradora demandada, del deber de pagar al tomador el valor del seguro, por haberse concretado el riesgo amparo. De modo que, “[...] en líneas generales, son presupuestos sustanciales de la pretensión, la existencia del respectivo contrato; que la accionante hubiese atendido, o se hubiere allanado a hacerlo, los deberes allí contemplados para ella; y el incumplimiento de la convención, por parte de la aquí convocada”<sup>1</sup>.

**3.-** Bajo tal estructura, el juzgado iniciará el estudio del caso comprobando la existencia y validez del contrato de seguro pactado entre las partes, teniendo en cuenta para ello las “premisas de defensa” y excepciones perentorias que ha planteado la aseguradora demandada y que se dirigen a negar la validez del contrato de seguro de vida, alegando su nulidad relativa por reticencia del asegurado demandante.

**4.-** El artículo 1º de la Ley 389 de 1997 que modificó el artículo 1036 del Código de Comercio establece que el seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva. Son partes del contrato de seguro el tomador, quien obra por cuenta propia o por un tercero, que traslada los riesgos a una aseguradora (asegurador), persona jurídica que asume los riesgos por un precio o prima y que se compromete a responder de acuerdo con lo convenido. De acuerdo con el artículo 1045 del código de comercio los elementos esenciales del contrato de seguro son el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima y la obligación condicional del asegurador.

Según el artículo 1082 mercantil, los seguros pueden ser de daños (reales o patrimoniales) o de personas. El seguro de daños se puede definir como aquel que brinda protección a los bienes patrimoniales de una persona contra los riesgos de destrucción o deterioro como consecuencia directa o indirecta de una diversidad de hechos.

---

<sup>1</sup> CSJ, Cas. Civ, sentencia SC2482 del 9 de julio de 2019, M.P. Dr. Álvaro Fernando García Restrepo.

En cambio, los seguros de personas garantizan el pago de un capital o una renta cuando se produce un hecho que afecta la existencia o la salud del asegurado y generalmente consisten en el pago de dinero a los beneficiarios. De conformidad con el artículo 1137 del código de comercio, toda persona tiene interés asegurable en su propia vida, en la de personas a quienes legalmente pueda reclamar alimentos, en la de aquellas cuya muerte o incapacidad puedan aparejarle un perjuicio económico aunque este no sea susceptible de una evaluación cierta. El seguro de personas se puede dividir en seguro de vida, seguro de accidentes personales, de enfermedad o seguros personales de patrimonio.

5.- En el trámite fueron practicadas las siguientes pruebas:

- Copia de la carátula del seguro de vida individual, “*CARATULA PLAN VIDA PERSONAL*”, póliza No. 3762193-3, con fecha de expedición 4 de diciembre de 2015, en el que aparece como tomador y asegurado HUBER ALDEMAR DÍAZ OBANDO. En el aparte denominado AMPAROS ADICIONALES se incluye, entre otros, “*INVALIDEZ, PÉRDIDA FUNCIONAL Y DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE*”, con un valor asegurado de \$200.000.000, e “*INVALIDEZ, PÉRDIDA FUNCIONAL Y DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD*”, con un valor asegurado de \$100.000.000. La prima mensual en pesos corresponde a \$125.414. En el documento se aprehende: “*EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES CONTENIDA(S) EN LA(S) FORMA(S) F-02-81-546, F-02-81-555, F-02-81-569, F-02-86-028*” (Fl. 3, 4, 157 a 159 exp. Físico)

- Copia de la cotización del seguro, en el que dentro de las “Exclusiones para accidentes personales” se incluyó: “Enfermedades congénitas o adquiridas, lesiones o defectos físicos originados y ocurridos antes de la vigencia, con o sin conocimiento del asegurado”. (Fls. 8 a 13 exp. Físico)

- Copia de la declaración de asegurabilidad, en la que el demandante contestó NO a la pregunta si había tenido o diagnosticado de una lista de enfermedades. En el documento se lee que el asegurado contestó SI a la pregunta acerca de si está recibiendo tratamiento médico respecto de la enfermedad “Cirugía Hernia columna L4-L5” (Fls. 14 a 16, 160 a 162 exp. Físico)

- Copia de la comunicación emitida por el COMITÉ EVALUADOR SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., en el que se lee que está pendiente “FIRMA CLIENTE” y como observaciones adicionales “*SE EXCLUYE LA COBERTURA EN INVALIDEZ ACCIDENTAL INVALIDEZ POR ENFERMEDAD ENF GRAVES Y RENTA DIARIA CUANDO EL SINIENSTRO SEA CAUSADO Y/O ESTE RELACIONADO CON SECUELAS POR CIRUGIA DE COLUMNA L4L5 O CUANDO ESTE DIAGNOSTICO HAGA PARTE DE LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ. CONFIRMAR EXPEDICIÓN*”(Fls. 18, 19, 163 exp. Físico)

- Copia del documento suscrito por el demandante, cuya firma fue reconocida en la audiencia de instrucción y fallo, en el que se lee “*Declaro haber recibido las condiciones generales de los productos, así mismo entender las coberturas, las exclusiones y las garantías*” (Fl. 165 exp. Físico).

- Copia de la reclamación del asegurado de fecha 18 de mayo de 2017, dirigida a la aseguradora

- Copia de la respuesta de SURA de fecha 12 de junio de 2017, en el que comunican que no atenderá favorablemente la solicitud de indemnización “*Teniendo en cuenta la información consignada en la historia clínica y la calificación de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez se pudo comprobar que los diagnósticos materia de calificación de la invalidez, son padecimientos ocurridos antes de la contratación de la póliza Plan Vida Personal el cual inició su vigencia en 2015/12/04; lo cual hace parte de las exclusiones, según se encuentra estipulado en las condiciones generales del contrato:*

“2. EXCLUSIONES

8... ENFERMEDADES CONGENITAS O ADQUIRIDAS, LESIONE O DEFECTOS FISICOS ORIGINADOS U

OCURRIDOS ANTES DE LA VIGENCIA, CON O SIN CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO”.

*Asegurado comprobare mediante certificación conforme a lo establecido en la cláusula 4.3., literal 4.3.1 de las condiciones generales del contrato haber quedado total y permanentemente incapacitado para desempeñar su propia ocupación u otra cualquiera compatible con su educación, formación o experiencia, por tener una pérdida de la capacidad laboral mayor o igual al 50% (...)*” (Fls. 169 y 170 exp. Físico)

- Copia de la comunicación suscrita por la médico laboral de COLPENSIONES, por la cual comunica al señor Díaz Obando el resultado de la calificación de pérdida de capacidad laboral, en el que se tuvieron en cuenta los diagnósticos de “*FRACTURA DEL FEMUR, PARTE NO ESPECIFICADA*” “*FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA*”, “*TRAUMATISMO DEL NERVIO PERONEO A NIVEL DE LA PIERNA*”, que “*En atención a su solicitud de Calificación de Pérdida de la Capacidad Laboral (PCL) a COLPENSIONES dando cumplimiento al Artículo 142 de Decreto ley 019 de 2012 le informamos que el Grupo Médico Laboral de COLPENSIONES le determino en primera oportunidad una Pérdida de Capacidad Laboral de 42.18% de origen ACIDENTE y riesgo COMUN y Fecha de Estructuración miércoles, 06 de abril de 2016 según los criterios establecidos en el Manual Único para la Calificación de Invalidez adoptado por decreto 1507 de 2014*” (Fls. 19 a 24 exp. Físico)
- Copia del dictamen de calificación de pérdida de la capacidad laboral de Huber Aldemar Díaz Obando, emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca (Fls. 24 a 28 exp. Físico)
- Copia del dictamen de calificación de pérdida de la capacidad laboral de Huber Aldemar Díaz Obando, emitido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez (Fls. 29 a 35, 171 a 177 exp. Físico).
- Copia de la reclamación del seguro ante SURA (Fls. 36 y 37, 166 a 168 exp. Físico).
- Copia de la respuesta a la reclamación del 17 de junio de 2017, por la cual aseguradora objeta el pago por existir patologías que se excluían del amparo (Fls. 38 y 39 exp. Físico).
- Copia de la comunicación por la cual la aseguradora revoca unos amparos de forma unilateral por configurarse reticencia (Fls. 42, 169, 170 exp. Físico).
- Dictamen pericial emitido por el Dr. Carlos Alberto Cardona, en el cual no valora la patología de columna L4L5 y concluye una pérdida de capacidad laboral del 58.5%, que fue sustentado en audiencia de instrucción y fallo (Fls. 40 y 41 exp. Físico).
- Copia de la solicitud de complemento de la solicitud de seguro emitido por la aseguradora el 28 de noviembre de 2015 (Fls. 163 y 164 exp. Físico)
- Copia de la historia clínica del demandante Huber Aldemar Díaz Obando (Fls. 178 a 203 exp. Físico).
- Copia de las condiciones generales del seguro (Doc. 20 exp. Digital)
- Interrogatorio de parte del demandante Huber Aldemar Díaz Obando.
- Interrogatorio de parte de la representante legal de la aseguradora.
- Copia del proceso declarativo instaurado por Suramericana Seguros de Vida S.A. en contra de Huber Aldemar Díaz Obando, identificado con la radicación No. 76001-40-03-014-2018-00869-00 (01), promovido en primera instancia en el Juzgado Catorce Civil Municipal de Cali y en segunda instancia en el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Cali (Carpeta obrante en el expediente digital).

- Declaración del Dr. David Álvarez Rincón, médico que hizo parte de la sala de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, que emitió el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral de Húber Aldemar Díaz Obando.

**6.-** El juzgado debe verificar inicialmente si en el asunto fue probada la existencia del contrato de seguro, por quien tiene la carga de hacerlo, de conformidad con el artículo 167 del código general del proceso.

A ese propósito, observa que con la demanda fue aportada la carátula del seguro de vida individual, “*CARATULA PLAN VIDA PERSONAL*”, póliza No. 3762193-3, con fecha de expedición 4 de diciembre de 2015, en el que aparece como tomador y asegurado HUBER ALDEMAR DÍAZ OBANDO y como beneficiarios MARÍA ISABEL OBANDO, madre, en un 50%, y su hijo ANDRÉS FELIPE DÍAZ OBANDO, hijo, en el otro 50%. En el aparte denominado AMPAROS ADICIONALES se incluye, entre otros, “*INVALIDEZ, PÉRDIDA FUNCIONAL Y DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE*”, con un valor asegurado de \$200.000.000, e “*INVALIDEZ, PÉRDIDA FUNCIONAL Y DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD*”, con un valor asegurado de \$100.000.000. La prima mensual en pesos corresponde a \$125.414. En el documento se aprehende: “*EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES CONTENIDA(S) EN LA(S) FORMA(S) F-02-81-546, F-02-81-555, F-02-81-569, F-02-86-028*”

De igual forma, obra la cotización del seguro, en el que dentro de las “*Exclusiones para accidentes personales*” se incluyó: “*Enfermedades congénitas o adquiridas, lesiones o defectos físicos originados y ocurridos antes de la vigencia, con o sin conocimiento del asegurado*”.

Obra igualmente en el expediente, la declaración de asegurabilidad, en la que el demandante contestó NO a la pregunta si había tenido o diagnosticado de una lista de enfermedades. En el documento se lee que el asegurado contestó SI a la pregunta acerca de si está recibiendo tratamiento médico respecto de la enfermedad “*Cirugía Hernia columna L4-L5*”.

Se trajo la comunicación emitida por el COMITÉ EVALUADOR SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A, en el que se lee que está pendiente “*FIRMA CLIENTE*” y como observaciones adicionales “*SE EXCLUYE LA COBERTURA EN INVALIDEZ ACCIDENTAL INVALIDEZ POR ENFERMEDAD ENF GRAVES Y RENTA DIARIA CUANDO EL SINIESTRO SEA CAUSADO Y/O ESTE RELACIONADO CON SECUELAS POR CIRUGIA DE COLUMNA L4L5 O CUANDO ESTE DIAGNOSTICO HAGA PARTE DE LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ. CONFIRMAR EXPEDICIÓN*” (Fls. 18,19, 163 exp. Físico)

Se observa igualmente el documento suscrito por el demandante, cuya firma fue reconocida en la audiencia de instrucción y fallo, en el que se lee “*Declaro haber recibido las condiciones generales de los productos, así mismo entender las coberturas, las exclusiones y las garantías*” (Fl. 165 exp. Físico).

De igual forma, obran en el asunto las condiciones generales del contrato de “*SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL*”, tomado por el demandante Huber Aldemar Díaz Obando. En la carátula se lee como “*TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS*”, lo siguiente: “*SE LIMITA RENTA DIARIA A \$50000 DE ACUERDO CON INGRESOS DECLARADOS. SE EXCLUYE LA COBERTURA EN INVALIDEZ ACCIDENTAL (sic) INVALIDEZ POR ENFERMEDAD ENF GRAVES Y RENTA DIARIA CUANDO EL SINIESTRO SEA CAUSADO Y/O ESTE RELACIONADO CON SECUELAS POR CIRUGIA DE COLUMNA L4L5 CUANDO ESTE DIAGNOSTICO HAGA PARTE DE LA CALIFICACION DE INVALIDEZ*” (Fl. 4, documento 20 exp. Digital).

En la “*SECCION II – COBERTURAS ADICIONALES*”, en el punto “*1. EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE*”, se redactó lo siguiente: “*PARA LOS EFECTOS DE ESTE BENEFICIO, SE ENTIENE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EN UN PORCENTAJE IGUAL O SUPERIOR AL 50%, SUFRIDA POR EL ASEGURADO COMO RESULTADO DE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD CON PERSISTENCIA NO INFERIRO A CIENTO VEINTE (120) DÍAS CONTINUOS [...] LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EN CUALQUIERA DE SUS MANIFESTACIONES DEBERÁ SER CERTIFICADA POR LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES (A.R.P.), POR LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (E.P.S) O POR LA ADMINISTRADORA DEL FONDO DE PENSIONES (A.F.P) A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURDO O POR LA JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ O POR LA ENTIDAD QUE HAGA SUS*

VECES EN COLOMBIA [...]”. (Fl. 5, doc. 20 exp. Digital)

En la parte “*SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES – SECCION II – EXCLUSIONES*”, se aprehende: “*ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA POLIZA O AL INICIO DE ESTE SEGURO*” (Fl.11, documento 20 exp. Digital).

En el “*Anexo al Seguro de Vida Individual*” del “*SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES*”, de la “*SECCIÓN III CONDICIONES GENERALES*”, en el punto 3, se estableció lo siguiente:

**“3. DEFINICIÓN DEL AMPARO DE INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE**

*Este amparo cubre las pérdidas o inutilizaciones descritas a continuación cuando estas sean consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia del seguro siempre y cuando la pérdida o inutilización se presente dentro de los ciento ochenta (180) días comunes siguientes a la ocurrencia del accidente. Suramericana le pagará, de la suma asegurada alcanzada por este amparo a la fecha del accidente, los porcentajes indicados a continuación siempre y cuando sobreviva a la fecha del accidente al menos durante treinta (30) días comunes:*

*a. Por toda lesión diferente a las enumeradas en los literales b. a j. de la presente cláusula, que le disminuya al asegurado su capacidad laboral en un porcentaje igual o superior al 50%.....100%*

*La disminución de la capacidad laboral en cualquiera de sus manifestaciones deberá ser certificada por la entidad de Riesgos Laborales (A.R.L), por la Entidad Promotora de Salud (E.P.S) o por la Administradora del Fondo de Pensiones (A.F.P) a la cual se encuentre afiliado el asegurado. En caso de no estar afiliado a ninguna de las anteriores entidades la certificación deberá ser expedida por médico habilitado legalmente para ello (especialista en medicina laboral o salud ocupacional), con base en el Manual Único para Invalidez vigente, donde el porcentaje de disminución de la capacidad laboral del asegurado deberá ser mayor o igual al 50%. En caso de discrepancia entre el dictamen del médico o entidad que certifican la invalidez y Suramericana o si el asegurado se encuentra amparado por regímenes especiales como el del Magisterio, las Fuerzas Armadas o Ecopetrol, se tendrá como prueba definitiva el dictamen de la Junta Regional de Invalidez. Se entenderá ocurrida la disminución de la capacidad laboral al momento de su estructuración. Cuando el accidente que origina la disminución de la capacidad laboral igual o superior al 50% sea causado directa, indirecta, total o parcialmente por arma de fuego, cortante, punzante o contundente Suramericana sólo pagará el 50% de la suma asegurada alcanzada por este amparo a la fecha del accidente. No habrá cobertura de estos eventos si solo dan lugar a las pérdidas descritas en los literales b) a j) siguientes.*

*b. Por la pérdida total e irremediable de la visión por ambos ojos.....100%*

*c. Por la pérdida o inutilización total y permanente de ambas manos o de ambos pies o de una mano y un pie.....100%*

*d. Por la pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo, conjuntamente con la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie.....100%*

*e. Por la pérdida total e irrecuperable del habla o de la audición por ambos oídos .....100%*

*f. Por la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie.....60%*

*g. Por la pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo.....60%*

*h. Por la pérdida o inutilización total y permanente del dedo pulgar de una de las manos.....20%*

*i. Por la pérdida o inutilización total y permanente de cada uno de los restantes dedos de las manos .....10%*

*j. Por la pérdida o inutilización total y permanente de cada uno de los dedos de los pies.....10%” (Fl. 17, documento 20, exp. Digital)*

A su vez, en el punto 5 del mismo anexo, se definió:

**“5. DEFINICIÓN DEL AMPARO DE INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ENFERMEDAD**

*Este amparo cubre las pérdidas o inutilizaciones descritas en la condición 3 de la Sección III cuando estas sean consecuencia de una enfermedad, no preexistente en la fecha de contratación de este amparo, siempre y cuando la pérdida de capacidad laboral superior al 50% persista por un término no inferior a ciento veinte (120) días comunes continuos o que el asegurado sobreviva al menos treinta (30) días comunes a la pérdida o inutilización anatómica. Suramericana pagará en las mismas condiciones y los mismos valores indicados en la condición 3 de la Sección III” (Fls. 17 y 18, documento 20 exp. Digital)*

En el caso, no ofrece dificultad encontrar acreditada la existencia de los elementos esenciales del contrato de seguro, el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima y la obligación condicional del asegurador se encuentran acreditados. No obstante, la aseguradora demandada alega la configuración de la nulidad relativa del mismo, para lo cual interpuso las excepciones meritorias de “*NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGUROS CONTENIDO EN LA PÓLIZA DE VIDA No. 3762193-3 POR LA RETICENCIA EN QUE INCURRIO HUBER ALDEMAR DÍAZ OBANDO*” (d.1), “*NO DEBE EXISTIR UNA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LA INEXACTITUD O RETICENCIA Y EL SINIESTRO OCASIONADO*” (d.2), “*INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE REALIZAR EXÁMENES MÉDICOS*” (d.3) e “*INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR EN CABEZA DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.*” (d.5). Como fundamento de las mismas, alega que el demandante Hugo Aldemar Díaz Obando incurrió en reticencia al no declarar sinceramente el estado del riesgo.

Sobre este particular, tal como se anunció al momento de dictar el sentido del fallo, el juzgado observa que existe cosa juzgada, en tanto existe de identidad de partes hechos y pretensiones, frente al proceso adelantado ante el Juzgado Catorce Civil Municipal de Cali, en el que fueron negadas las pretensiones de la aseguradora, tendientes a que se declare la nulidad del seguro pactado entre las partes. Providencia que fue confirmada por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Cali, en sentencia del 6 de mayo de este año.

El juzgado *ad quem* consideró que el formulario se diligenció bien y que el tomador no tuvo la más mínima voluntad de negar patologías, manifestó que la cirugía de L4 y L5 y sobre la pregunta de otras enfermedades el tomador respondió afirmativamente. Tuvo en cuenta en que el señor Díaz Obando dijo que tuvo un accidente de tránsito en la declaración de asegurabilidad. Esto debió prever a la aseguradora pero solo se tuvo en cuenta los factores de L4 y L5, se sometió a la junta con una extra prima lo cual deja claro que por parte de la compañía aseguradora no se indago ni investigo profundamente sobre estas patologías siendo su tarea. En el trastorno mixto de depresión y ansiedad, se dio solo hasta 2016 y no se podía exigir algo que no conocía al asegurado. El contrato de seguros es de adhesión, la aseguradora tiene la carga de consignar en la póliza de forma clara y expresa las exclusiones y preexistencias para no dar amparo, sin que pueda alegar posteriormente los vacíos del texto. Los casos de preexistencia no son sinónimo de reticencia pues la aseguradora debe probar el estado de salud real y determinar si asume el riesgo con un contrato más oneroso o no lo hace. Quienes deben probar la preexistencia son las aseguradoras, de lo contrario sería negligencia suya.

Debe decirse que esta instancia no desconoce que la Corte Constitucional, con fundamento en la buena fe, ha construido una línea jurisprudencial en torno a la prueba de la reticencia del asegurado, cuya carga corresponde a la aseguradora<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> No obstante, es importante citar el salvamento de voto por el Magistrado Dr. Octavio Augusto Tejeiro Duque a la sentencia STC5953 del 26 de mayo de este año de la Sala de Casación de Civil de la Corte Suprema de Justicia, en el que expresó al respecto: “*En ese escenario no es claro cómo pueda admitirse que tan insigne característica del contrato de seguro, como lo es el principio de la ubérrima buena fe, se desfigure al amparo de disímiles argumentos como los que se encuentra en la inestable línea jurisprudencial trazada por las salas de revisión del órgano de cierre de la justicia constitucional, que propugna por menguar las sanciones previstas en el artículo 1058 del Código de Comercio, unas veces producto de la situación de «debilidad manifiesta» de los quejosos, otras en atención a la «profesionalidad» de la actividad aseguradora y la aparente «posición contractual dominante» de las compañías que la ejercen, algunas por el incumplimiento de exigencias propias de los «seguros de salud» o de «medicina prepagada» como los exámenes de salud previos y, recientemente, por la ausencia de prueba de la «relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido» (cfr. T-832 de 2010, T-151 de 2012, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-437 de 2014, T-830 de 2014, T-316 de 2015, T-393 de 2015, T-452 de 2015, T-577 de 2015, T-684 de 2015, T-770 de 2015, T-024 de 2016, T-058 de 2016, T-240 de 2016, T-282 de 2016, T-609 de 2016, T-670 de 2016, T-251 de 2017, T-442 de 2018, T-027 de 2019, T-061-2020, entre otras). Tan variados planteamientos contradicen, sin la debida motivación, las precisiones que en su momento hiciera la Sala Plena de esa misma Corporación en la sentencia C-232 de 1997, al declarar «exequible, en su integridad, el artículo 1058 del decreto ley 410 de 1971», en cuyos*

*“En ese sentido, -dice la Corte- si bien quien suscribe el contrato de seguro tiene la obligación de declarar con honestidad la totalidad de los factores que puedan afectar las condiciones en que se suscribe el contrato de seguro, lo cierto es que, como se indicó con anterioridad, la mera discrepancia entre la información contenida en las declaraciones de asegurabilidad y aquella existente en la historia clínica del asegurado no implica la configuración de la “reticencia” y, en ese sentido, corresponde a la aseguradora: (i) demostrar el elemento subjetivo de la reticencia, esto es, la voluntad dolosa del asegurado tendiente a engañar y sacar provecho de la omisión evidenciada; (ii) haber desplegado todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado, pues las aseguradoras se encuentran vedadas de alegar reticencia si conocían o podían conocer los hechos que la constituyeron; esto es, si se abstuvieron de verificar la información, habiendo podido hacerlo, mal haría el juez en validar su negligencia; y (iii) demostrar un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado”<sup>3</sup>*

Sin embargo, a juicio de este recinto, el hecho de haberse negado la nulidad relativa del seguro no implica necesariamente que se encuentra demostrado el incumplimiento de las obligaciones por parte de la aseguradora. En efecto, la conclusión acerca de que el aquí demandante, en su condición de tomador del seguro, no incurrió en reticencia o inexactitudes al momento de declarar el estado del riesgo, no permite establecer que la aseguradora se obligó a cubrir la pérdida de capacidad laboral del demandante por cualquier enfermedad o por cualquier lesión, ni que queda zanjada la discusión en torno a que son distintos y no pueden tomarse como el mismo amparo el derivado de la incapacidad por enfermedad y el de la incapacidad por accidente, máxime cuando lo anterior no fue objeto de estudio por parte de los juzgados que conocieron de la demanda de nulidad del contrato.

En este asunto, obsérvese, además de la nulidad relativa del seguro, la aseguradora ha planteado como excepciones meritorias *“EL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL, SUS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES SON LEY PARA LAS PARTES – EXCLUSIONES Y NO CONFIGURACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO”* (e.1.), *“AUSENCIA DE COBERTURA POR PERJUICIOS O DAÑOS QUE NO SE ENCUENTREN AMPARADOS POR EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL No. 3762193”* (e.2) y *“SUJECCIÓN Estricta AL CONTRATO DE SEGUROS, CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES, LÍMITE VALOR ASEGURADO, EXCLUSIONES DE AMPARO”* (e.3). Por otra parte, alegó como “premisas de defensa”: *“Composición documental del contrato de seguro – Ley para las partes”* (b.1), *“En las condiciones generales de la póliza de seguro de vida individual No. 37612193-3 se estableció de manera textual las exclusiones que contempla dicho negocio jurídico”* (b.2) y *“No materialización del riesgo asegurado”* (b.3).

Tales excepciones y “premisas de defensa” expuestas por la aseguradora no guardan la estructura de excepciones, sino que atacan los presupuestos de la acción sustancial promovida. En específico, la aseguradora niega que se encuentre demostrado que incumplió el contrato de seguro, negando, a su vez, que la parte demandante haya logrado demostrar la configuración del riesgo asegurado. Ese es, pues, el objeto del presente asunto. Determinar si fue demostrada la ocurrencia del riesgo pactado, lo cual conlleva la prueba de que la aseguradora incumplió sus obligaciones frente al pago del valor del seguro.

Con ese propósito, en primer término, debe analizarse si fue o no demostrada la ocurrencia del siniestro, es decir si ocurrió o no el al riesgo asegurado. Lo anterior para decidir, seguidamente, acerca de si la aseguradora se negó injustificadamente a pagar la prestación a favor del tomador y asegurado Húber Aldemar Díaz Obando.

---

*aportes más representativos recordó que «el régimen rescisorio especial para las reticencias e inexactitudes relevantes, surge de bases objetivas, determinadas por la naturaleza de las cosas: la ineludible necesidad de contratar en masa, que constriñe a la empresa aseguradora, y la correlativa imposibilidad física de inspeccionar todos y cada uno de los riesgos contratados, que explica por qué el asegurador queda supeditado a la honradez del tomador, y por qué éste debe asumir, en todo momento, una conducta de máxima buena fe», destacando, líneas más adelante, que «en esta materia específica, a diferencia de lo que acontece en otras áreas de la regulación del contrato de seguro, en las que prima la defensa de tomadores y asegurados, se busca proteger el interés de la parte aseguradora, teniendo en cuenta que, en lo que se refiere al conocimiento precontractual del riesgo, el asegurador, por su natural ignorancia del mismo, es el contratante que está en la posición débil» . En estas condiciones, considero que si algún precedente de nuestra Homologa estaba llamado a servir de horizonte al momento de zanjar la suerte del litigio en cuestión era este, dado el carácter vinculante de la interpretación normativa plasmada en esa sentencia de control de constitucionalidad, condición que sin lugar a dudas no puede predicarse respecto de ninguna de las decisiones de tutela, con efectos inter partes, anteriormente enunciadas (cfr. arts. 243 C.N. y 48 Ley 270 de 1996)”*

<sup>3</sup> Corte Constitucional, sentencia T-061 de 2020.

Pues bien, el artículo 1054 del código de comercio dispone: “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 su parte, el artículo 1056 de la misma obra establece: “Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, 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”. El artículo 1077 *ejusdem*, a su turno, prescribe: “Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso. El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad”.

La Corte Suprema de Justicia ha orientado su jurisprudencia hacia que el contrato de seguro es de interpretación restrictiva, en relación con la delimitación del riesgo. Para claridad sobre este punto, se trae *in extenso* un pronunciamiento reciente de la citada corporación<sup>4</sup>.

### *“3. Interpretación del contrato de seguros*

*Subyacen aspectos técnicos que, analizados y aplicados al ramo y a los riesgos potencialmente amparables por el asegurador. Le guían en la determinación de la tarifa, previamente estudiados con técnica en que sobresale su agrupación en riesgos homogéneos o con características comunes de tipo cualitativo y cuantitativo, escogidos bajo supuestos de aleatoriedad e independencia y delimitados con base en numerosos recursos legales y convencionales (garantías exigidas al asegurado, exclusiones, descripción detallada de los riesgos asumidos, obligación a cargo del asegurado de declarar sinceramente el estado del riesgo y mantenerlo, notificar su modificación y en caso de siniestro, tratar de atajar su extensión o propagación, etc.).*

*Reglas que van dirigidas a morigerar los efectos del carácter aleatorio presente en este contrato, de modo que la transferencia de los riesgos que entonces quedan a cargo de la compañía aseguradora tengan -ex ante- una aproximada mensura de su impacto en cuanto la frecuencia y severidad cuando surgen.*

*De suerte que la empresa no sólo pueda proponer una prima comercialmente accesible, sino que además tenga bases de sostenibilidad económica que permitan, a más de su rentabilidad, el eventual pago de siniestros futuros a la mutualidad que los trasladó. Reglas que reconocen la indiscutible utilidad que representa que las pérdidas no sean fatalmente soportadas por el individuo que las padece, sino que a través del anotado mecanismo de la mutualidad sus efectos se distribuyan entre un grupo grande de potenciales víctimas de esos riesgos, atomizándose así sus efectos. Todo lo cual se logra con apoyo en la teoría de los grandes números y el cálculo de probabilidades que intentan evitar desviaciones sobre la base de muestras representativas de riesgos homogéneos.*

*De allí que, so pretexto de rectificar una desigualdad que a simple vista pareciera estar presente en una cláusula contenida en una póliza de seguros, y que por ello se tilde de abusiva, debe antes el intérprete reparar en estas particularidades. En efecto, no en vano los artículos 1056 y 1120 del Código de Comercio, permiten al asegurador, con las restricciones legales, escoger los riesgos que a su arbitrio tenga a bien en amparar y estipular las exclusiones expresas de riesgos inherentes a dicha actividad.*

*Por lo demás, debe la empresa de seguros tener presentes que, en la delimitación del riesgo, no debe vaciar de contenido ese que asume pues tal postura conllevaría a un remedo de amparo sin traslación efectiva de riesgos, sucesos que originan pérdidas y, en suma, desembolsos económicos.*

*En numerosas sentencias, ha resaltado la Corte que el contrato de seguros,*

*debe ser interpretado en forma similar a las normas legales y sin perder de vista la finalidad que está llamado a servir, esto es comprobando la voluntad objetiva que traducen la respectiva póliza y los documentos que de ella hacen parte con arreglo a la ley (Arts. 1048 a 1050 del C de Com), los intereses de la comunidad de asegurados y las exigencias técnicas de la industria. Dicho en otras palabras, el contrato de seguro es de interpretación restrictiva y por eso en su ámbito operativo, para determinar con exactitud los derechos y las obligaciones de los contratantes, predomina el texto de la que suele denominarse “escritura contentiva del contrato” en la medida en que, por definición, debe conceptuársela como expresión de un conjunto sistemático de condiciones generales y particulares que los jueces deben examinar con cuidado, especialmente en lo que tiene que ver con las cláusulas atinentes a la extensión de los riesgos cubiertos en cada caso y su delimitación (SC-002-1998, de 29 de enero de 1998, rad. n°. 4894).*

<sup>4</sup> CSJ, Cas. Civ, Sentencia SC4527 del 23 de noviembre de 2020, Rad. 11001-31-03-019-2011-00361-01, M.P. Francisco Ternera Barrios.

En similar sentido, aquilatando el carácter técnico del instituto del seguro, también allí reiteró esta Corporación la necesidad de individualizar y determinar los riesgos que el asegurador toma sobre sí

y que por lo tanto, en este campo rige el principio según el cual la responsabilidad asumida en términos generales como finalidad del contrato no puede verse restringida sino por obra de cláusulas claras y expresas, “...El Art. 1056 del C de Com, en principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, otorga al asegurador facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado..”, agregando que es en virtud de este amplísimo principio “que el asegurador puede delimitar a su talante el riesgo que asume, sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo, tiempo y lugar, que de no cumplirse impiden que se configure el siniestro; ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, quedan sin embargo excluidos de la protección que se promete por el contrato. Son estas las llamadas exclusiones, algunas previstas expresamente en la ley...” (Cas. Civ. de 7 de octubre de 1985, sin publicar), exclusiones que por su propia índole, limitativa de los riesgos asumidos por el asegurador, requieren ser interpretadas con severidad en una concienzuda tarea que se oriente, de una parte, a establecer su justificación técnica, y de la otra a precisar el alcance de dichos riesgos conforme a reglas de carácter legal o convencional, luego no le es permitido al intérprete “...so pena de sustituir indebidamente a los contratantes, interpretar aparentemente el contrato de seguro para inferir riesgos que no se han convenido, ni para excluir los realmente convenidos; ni tampoco hacer interpretaciones de tales cláusulas que conlleven a resultados extensivos de amparo de riesgos a otros casos que no sólo se encuentren expresamente excluidos sino que por su carácter limitativo y excluyente, son de interpretación restringida .....” (Cas Civ. de 23 de mayo de 1988, sin publicar)” (Este pasaje fue reiterado, entre otras, en CSJ SC4574-2015 rad. n°. 11001-31-03-023-2007-00600-02).

La misma corporación, en sentencia del 19 de octubre de 2020, en torno a la interpretación restrictiva del contrato de seguro, ilustró:

«(...) si, por definición, el riesgo es la posibilidad de realización de un evento susceptible de producir un daño (siniestro) previsto en el contrato, va de suyo que, en el marco de la autonomía de la voluntad y de las normas legales imperativas y relativamente imperativas, las partes deberán acordar la determinación del riesgo cubierto. En efecto, el interés asegurado no es factible hallarlo asegurado bajo cualquier circunstancia o causa, sin límites temporales, o en cualquier lugar que se halle o ubique. Por el contrario, se hace necesario delimitar el riesgo causal, temporal y espacialmente.

Tampoco es factible el amparo de todos los eventos susceptibles de provocar daño, ni que un mismo contrato garantice indeterminadamente la totalidad de los riesgos a que se halla expuesto un interés económico lícito. Lo expresado pone de manifiesto la necesidad de que se individualice el riesgo asegurado (...). **El asegurador solo se halla obligado a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto, en el marco de un riesgo debidamente determinado.**

**Por ello, la enumeración de los riesgos y la extensión de la cobertura debe apreciarse literal, restrictiva o limitativamente, por lo que no es admisible la interpretación analógica ni extensiva de la póliza para determinar el riesgo asegurado, dado que ampliar o restringir la garantía asegurativa produciría un grave desequilibrio en el conjunto de sus obligaciones, específicamente en la necesaria relación de equivalencia entre riesgo y prima»<sup>1</sup>.**

La doctrina citada resulta relevante, pues teniendo por cierta la dificultad técnica que comportaría asumir, genéricamente, la totalidad de los riesgos que amenazan un bien, un patrimonio o una persona, emerge evidente la importancia de que el asegurador determine con minuciosidad los que tomará a su cargo, propósito que puede materializarse a través de descripciones afirmativas, o mediante pactos de exclusión, por ejemplo; todo esto en concordancia con la previsión del artículo 1056 del Código de Comercio, que estatuye que «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**».

Al amparo de esa prerrogativa, únicamente podría calificarse como siniestro aquel evento incierto, que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, y que encaja fielmente con la descripción abstracta de las coberturas que se incluyó en la póliza de seguro; por contraposición, no tendrían tal connotación –la de siniestro– las demás variables factuales, aunque su realización conlleve una lesión a la cosa, el patrimonio o la persona asegurados. Así lo ha reconocido la Sala, al decir:

«[E]n orden a impedir las nocivas tendencias, tanto de quienes reclaman con el propósito de procurar conseguir beneficios extraños al seguro contratado, lo que sin duda redundaría en menoscabo para la mutualidad de riesgos homogéneos creada, como de los aseguradores de exonerarse de responder desconociendo razonables expectativas que del contrato emergen para aquellos, este último debe ser

interpretado en forma similar a las normas legales y sin perder de vista la finalidad que está llamado a servir, esto es, **comprobando la voluntad objetiva que traducen la respectiva póliza y los documentos que de ella hacen parte con arreglo a la ley (Arts. 1048 a 1050 del C. de Co.), los intereses de la comunidad de asegurados y las exigencias técnicas de la industria.**

Dicho en otras palabras, **el contrato de seguro es de interpretación restrictiva** y por eso en su ámbito operativo, para determinar con exactitud los derechos y las obligaciones de los contratantes, predomina el texto de la que suele denominarse “escritura contentiva del contrato” en la medida en que, por definición, debe conceptuársela como expresión de un conjunto sistemático de condiciones generales y particulares que los jueces deben examinar con cuidado, especialmente en lo que tiene que ver con las cláusulas atinentes a la extensión de los riesgos cubiertos en cada caso y su delimitación, evitando favorecer soluciones en mérito de las cuales la compañía aseguradora termine eludiendo su responsabilidad al amparo de cláusulas confusas que de estar al criterio de buena fe podrían recibir una inteligencia que en equidad consulte mejor los intereses del asegurado, o lo que es todavía más grave, dejando sin función el contrato a pesar de las características propias del tipo de seguro que constituye su objeto, fines éstos para cuyo logro desde luego habrán de prestar su concurso las normas legales, pero siempre partiendo del supuesto, valga insistir, de aquí que no son de recibo interpretaciones que impliquen el rígido apego literal a estipulaciones consideradas aisladamente y, por ende, sin detenerse en armonizarlas con el espíritu general que le infunde su razón de ser a todo el contexto contractual del que tales estipulaciones son parte integrante.

Siguiendo estas orientaciones, ha sostenido esta corporación que siendo requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (G. J., t. CLVIII, pág. 176) y que por lo tanto, en este campo **rige el principio según el cual la responsabilidad asumida en términos generales como finalidad del contrato no puede verse restringida sino por obra de cláusulas claras y expresas**, “...El Art. 1056 del C. de Co., en principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, otorga al asegurador facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado...”, agregando que es en virtud de este amplísimo principio **“que el asegurador puede delimitar a su talante el riesgo que asume, sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo, tiempo y lugar, que de no cumplirse impiden que se configure el siniestro; ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, quedan sin embargo excluidos de la protección que se promete por el contrato.** Son estas las llamadas exclusiones, algunas previstas expresamente en la ley...” (Cas. Civ. de 7 de octubre de 1985, sin publicar), exclusiones que por su propia índole, limitativa de los riesgos asumidos por el asegurador, requieren ser interpretadas con severidad en una concienzuda tarea que se oriente, de una parte, a establecer su justificación técnica, y de la otra a precisar el alcance de dichos riesgos conforme a reglas de carácter legal o convencional, luego no le es permitido al intérprete “...so pena de sustituir indebidamente a los contratantes, **interpretar aparentemente el contrato de seguro para inferir riesgos que no se han convenido, ni para excluir los realmente convenidos; ni tampoco hacer interpretaciones de tales cláusulas que conlleven a resultados extensivos de amparo de riesgos a otros casos que no sólo se encuentren expresamente excluidos sino que por su carácter limitativo y excluyente, son de interpretación restringida...**” (Cas Civ. de 23 de mayo de 1988, sin publicar)» (CSJ SC, 29 ene. 1998, rad. 4894)”<sup>5</sup>.

Pues bien, descendiendo al caso concreto, de acuerdo con las pruebas practicadas, se conoce que en la carátula de la póliza aparecen como “AMPAROS ADICIONALES”, de forma diferenciada, la “INVALIDEZ, PÉRDIDA FUNCIONAL Y DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE” e “INVALIDEZ, PÉRDIDA FUNCIONAL Y DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD”, fijándose un valor asegurado de \$200.000.000 para el primero y de \$100.000.000 para el segundo.

De igual forma, se observa que en los puntos 3 y 5 de la “SECCIÓN III CONDICIONES GENERALES” del “Anexo al Seguro de Vida Individual” del “SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES”, fueron definidos de distinta forma los amparos referidos.

Efectivamente, en el punto 3 referido se consignó: “Este amparo cubre las pérdidas o inutilizaciones descritas a continuación cuando estas sean **consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia del seguro** siempre y cuando la pérdida o inutilización se presente dentro de los ciento ochenta (180) días comunes siguientes a la ocurrencia del accidente” (Énfasis del Juzgado). Y en el punto 5: “Este amparo cubre las pérdidas o inutilizaciones descritas en la condición 3 de la Sección III cuando estas sean **consecuencia de una enfermedad**, no preexistente en la fecha de contratación de este amparo, siempre y cuando la pérdida de capacidad laboral superior al 50% persista por un término no inferior a ciento veinte (120) días comunes continuos o que el asegurado sobreviva al menos treinta (30) días comunes a la pérdida o inutilización anatómica” (Énfasis del

<sup>5</sup> CSJ, Cas. Civ, sentencia SC3893 del 19 de octubre de 2020, Rad No. 11001-31-03-032-2015-00826-01, M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

Juzgado).

El demandante trajo con la demanda el “*DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL*” emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, en el que en el punto 6, Título 1 Calificación/Valoración de las deficiencias, se advierte: “S828 *Fractura de otras partes de la pierna [...] Accidente común*”, “Z988 *Otros estados posquirúrgicos especificados [...] Enfermedad común*”, “*Trastorno mixto de ansiedad y depresión [...] Enfermedad común*”, “*Traumatismo del nervio peroneo a nivel de la pierna [...] Accidente común*”. Igualmente, se consignó las siguientes deficiencias: “*Deficiencias del sistema nervioso central y periférico [...] Deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento [...] Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores [...] Deficiencias por alteraciones de la columna vertebral y la pelvis*”, para finalmente asignar un cálculo final de la deficiencia ponderada de 28.31%. El dictamen, al final, sumando la deficiencia en el rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales del 15.10%, arroja una pérdida de capacidad laboral y ocupacional del 43.41%. (Fls. 25 a 28 Exp. Físico)

Asimismo, se trajo el “*DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL*” emitido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, en el que l punto 6, Título 1 Calificación/Valoración de las deficiencias, se advierte: “S828 *Fractura de otras partes de la pierna [...] Accidente común*”, “Z988 *Otros estados posquirúrgicos especificados [...] Enfermedad común*”, “*Trastorno mixto de ansiedad y depresión [...] Enfermedad común*”, “*Traumatismo del nervio peroneo a nivel de la pierna [...] Accidente común*”, Igualmente, se consignó las siguientes deficiencias: “*Deficiencias del sistema nervioso central y periférico [...] Deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento [...] Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores [...] Deficiencias por alteraciones de la columna vertebral y la pelvis*” (Énfasis del Juzgado), para asignar un cálculo final de la diferencia ponderada de 33.63%. El dictamen, sumando el valor final por deficiencias en el rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales, arroja para el demandante Húber Aldemar Díaz Obando una pérdida de capacidad laboral del 60.23% (Fls. 30 a 35 Exp. Físico).

De acuerdo con lo expuesto, es claro que la pérdida de capacidad laboral sufrida por el demandante tiene como sustento los diagnósticos producto de un accidente de tránsito, en el cual lamentablemente resultó con la fractura de su pierna y el traumatismo del nervio peroneo a nivel de la pierna. Es claro, también, que la pérdida de capacidad laboral tiene como origen, por un lado, un accidente común, y por otro, una enfermedad común, de acuerdo con la información contenida en los dictámenes de las juntas regional y nacional de calificación de invalidez, los cuales a su vez tienen sustento en la historia clínica del señor Díaz Obando.

En la demanda, no fue tomada en cuenta esta diferenciación, puesto que en ella se pretende el pago del seguro, excluyendo de la calificación de pérdida de capacidad laboral los diagnósticos “*daños por columna*”, de acuerdo con la exclusión pactada en el seguro, según la cual “*Se excluye la cobertura en invalidez accidental, invalidez por enfermedad, invalidez por enfermedad, y renta diaria, cuando el siniestro sea causado y/o relacionado con secuelas por cirugía de columna L4L5 o cuando este diagnóstico haga parte de la calificación de invalidez*”. Con ese objetivo, la parte actora aportó dictamen pericial emitido por el médico Carlos Alberto Cardona Suárez, quien calificó la pérdida de capacidad laboral excluyendo lo relación con la columna L4-L5 y sus secuelas.

En la audiencia de instrucción, el perito sustentó su dictamen, luego de describir su experiencia laboral y estudios y descartar algún signo de parcialidad a favor de la parte demandante, le fue preguntado en torno al dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral emitido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, “*¿En el capítulo 14 se habla de deficiencia de las extremidades superiores e inferiores y se asigna un valor de 24%, la pregunta es la siguiente, este porcentaje de 24% que se le da al demandante cómo se relaciona con el título primero de su dictamen que acabamos de recordar, esas alteraciones de extremidades superiores e inferiores corresponden a los ítems 2, 3 y 4?*”, a lo cual contestó: “*En efecto el dictamen de alteración de miembros inferiores determinan un porcentaje de 24% y corresponde a la limitación de los AMAS a nivel de tobillo izquierdo con la tabla 14.11, esto es de miembro inferior, pero el señor tiene una deficiencia que no contemplaron en la junta nacional de una limitación de la rodilla donde se describió que quedo con limitación severa del arco de movilidad, por tanto se asigna una deficiencia de la tabla 14.12 que es la tabla de rodilla, en fisioterapia el doctor el 16 de abril de 2019 dijo que se observa una artrosis de tobillo y rodilla, una electromiografía que contempla una lesión severa*”. Preguntado: “*¿Son términos técnicos, pero quiero hacer una pregunta más general, usted me dice que la junta nacional de calificación de invalides no tuvo en cuenta para emitir su dictamen la lesión de la cual usted habla en el ítem 2, que es la rodilla izquierda?*”, el experto respondió:

“Sí, correcto, no veo evaluado en el dictamen la deficiencia de rodilla, solo evaluaron tobillo”, preguntado: “¿Usted sabe las causas por las cuales la junta no evaluó eso?”, contestó: “No sé, el médico de la junta nacional es quien determina las deficiencias que corresponda y se determinan con la historia clínica, yo miro que si esta reportada en la historia, el fisiatra lo dice, el manual dice que si se puede evaluar, por eso hay que tenerla en cuenta.”. A la pregunta: “¿Usted nos puede decir desde su experiencia, si la junta medica tuvo en cuenta la totalidad de la H.C, la misma que usted tuvo?”, contestó: “Sí, como es última instancia, debe tener conocimiento de toda la historia clínica, la junta regional por ejemplo si tiene en cuenta las deficiencias de rodilla y tobillo, pero es competencia de la junta nacional el revisar el caso y determinar las deficiencias, no sé por qué no observaron o si no tenían los elementos para reportarlo” (Énfasis del juzgado).

Es claro, conforme a lo expresado por el perito, que este no se atuvo a la calificación emitida por la junta nacional, sino que entró a realizar una nueva calificación en la cual varió los fundamentos que tuvo en cuenta dicho cuerpo colegiado para calificar la pérdida de capacidad laboral. Aunque el experto explicó que ello obedecía a un error de la junta nacional, el juzgado no aprehende claro la razón de ello, puesto que el perito no explicó suficiencia las razones para divergir con el dictamen de la junta nacional. El Dr. Cardona Suárez aludió a la valoración de la lesión de la rodilla del demandante, pero en su informe escrito, no se allegó la historia clínica y los exámenes que tuvo en cuenta para tasar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, en marcada diferencia con la junta nacional. Como es obvio, entonces, el juzgado advierte que el dictamen emitido por el profesional no se limitó a sustraer del cálculo realizado por la junta nacional, el porcentaje derivado de la lesión en la columna L4-L5, sino que varió sustancialmente los criterios de calificación que tuvo en cuenta la junta nacional, de ahí que, tal experticia no ofrezca suficiente fuerza persuasiva, en tanto no contiene de forma clara las explicaciones para variar lo dictaminado por la máxima autoridad en la materia.

Por otra parte, el juzgado observa que Dr. Carlos Alberto Cardona Suárez, al sustentar su trabajo, realizó ejercicio en múltiples hipótesis. Específicamente, frente al origen de los diagnósticos del demandante, fue preguntado: “¿Dentro de su calificación y la emitida por la Junta nacional se calificaron diferentes diagnósticos paso a leerlos: hernia L4L5, trastorno mixto, trastorno de nervio peroneo lo anterior nos indica que son los mismos diagnósticos, se puede decir que se considera diagnósticos de enfermedades y accidentes?”, a lo que contestó: “El manual es funcional se califica la deficiencia de un órgano, deficiencia o segmento, independiente al diagnóstico, algunos son por enfermedad otros por accidentes y otro por secuelas. Toca decantar cada patología y sus repercusiones en la vida diaria del individuo, hay unas por enfermedad y otras por accidente”, preguntado: “¿Es decir se calificaron enfermedades y accidentes?”, respondió: “Sí, porque se tiene un informe de PCL integral, y hay que evaluar todo funcionalmente”, a la pregunta: “¿Puede ponderar las deficiencias que se consideran enfermedades, puede hacer el ejercicio, es decir, solo del trastorno mixto de ansiedad pues solo esta es enfermedad? [...] ¿Del capítulo 12, 13, 14 y 15 del título 1 el único que corresponde a enfermedad general es el capítulo 13? Si el trastorno mixto de depresión y ansiedad, quitando este porcentaje nos da un % superior a 50%?”, contestó: “Si en el trastorno de la junta nacional se retira todo, se cambian los porcentajes y va a repercutir, si solo se evalúa el trastorno mixto que da 40%, y se lo pondera no da por si solo una invalidez, son pérdidas menores de 50%”, preguntado: “¿Y si se dejan solo los diagnósticos de accidente se llegaría a más de 50%? [...] Puede hacerla quitando el capítulo 13 de trastorno mixto y el capítulo 11 de 14 y 15 de la junta nacional?”, respondió: “daría una pérdida de 30.50% por accidente”.

De manera que, no es posible tener por demostrado que el señor Díaz Obando haya tenido una pérdida de capacidad laboral igual o mayor al 50%, a “consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia del seguro” (punto 3 “SECCIÓN III CONDICIONES GENERALES” del “Anexo al Seguro de Vida Individual”).

En efecto, cabe decir al respecto, como bien lo señaló la aseguradora en sus alegatos, que el amparo por enfermedad y el amparo por accidente son diferentes. A juicio de esta instancia, se trata de coberturas independientes, por lo que, de acuerdo con lo pactado, cuya interpretación es restrictiva, no es posible agregar los porcentajes de pérdida de capacidad laboral derivados de enfermedad y los derivados de accidente.

En el caso, quedó demostrado que, si tomamos únicamente los diagnósticos cuyo origen es accidente, el resultado arrojado estaría, sin duda, por debajo del 50%, que es el previsto en el seguro para la configuración de siniestro.

Pero, además de ello, el accidente por el cual el demandante padece los diagnósticos **no** ocurrió

dentro de la vigencia del seguro pactado. Ciertamente, de la revisión de los dictámenes de las juntas varias veces mencionados, se puede aprehender que el 11 de julio de 2016, fue valorado por neurología, con la anotación: “*hace 15 a politraumatismo y fracturas múltiples en MII...*” (Fl. 31 exp. físico). De igual forma, obra la valoración por psiquiatría del 16 de enero de 2017, en la que se lee: “*En el 2001 present[ó] accidente de tránsito, donde presentó trauma en miembro inferior izquierdo, con limitación funcional*” (fl. 32 exp. físico). Asimismo, el demandante, al absolver interrogatorio, aceptó que el accidente ocurrió en el año 2001.

Tal como consta en el dictamen de la junta nacional de calificación de pérdida de capacidad laboral, no cabe duda de que los diagnósticos de “*Fractura de otras partes de la pierna*” y “*Traumatismo del nervio peroneo a nivel de la pierna*” (Fl. 30 exp. Físico) tienen su origen en el accidente que lamentablemente sufrió el señor Díaz Obando, en el año 2001, es decir, mucho antes del inicio de la vigencia de la póliza que pacto con la aseguradora demandada, de ahí que no puedan tenerse en cuenta los mismos para determinar la ocurrencia del siniestro.

Bajo tal orden de cosas, el juzgado advierte que los diagnósticos que tienen origen en enfermedad común corresponden a “*Otros estados postquirúrgicos especificados*” y “*Trastorno mixto de ansiedad y depresión*” (Fl. 34 vto. Exp. Físico). En cuanto al primero, es claro que este diagnóstico corresponde al “*POP hemilemanoctomía L4-L5 izquierda*”, lesión que fue expresamente excluida del seguro por las partes.

De modo que, frente a la incapacidad con origen en una enfermedad solamente restaría el segundo diagnóstico (“*Trastorno mixto de ansiedad y depresión*”), frente al cual se advierte que se trata de una enfermedad que el accionante padece, con antecedentes desde el año 1999, como se lee en la anotación de psiquiatría de la Organización Mente Sana, y que fue tomada en cuenta por la junta nacional para aumentar el porcentaje en el doble por este factor, del 20% (que había sido asignado por la junta regional) al 40% (sin ponderar), tal como lo ilustró el Dr. David Álvarez Rincón, en su declaración, explicando que si el trastorno tiene más de 5 años debe otorgarse el 40%. En la anotación de siquiatria se lee: “*Paciente con antecedente de síntomas depresivos desde 1999, con episodios depresivos esporádicos, sin manejo previo por parte de psiquiatría*” (Fl. 32 vto. y 203 exp. físico). De manera que, se trata claramente de una enfermedad preexistente a la fecha de contratación del seguro.

Mas, aun haciendo abstracción de lo anterior y tomando por hipótesis que la enfermedad no estaba diagnosticada para la fecha de contratación del seguro y que por tanto no se trata de una preexistencia, a igual conclusión llegaríamos, puesto que el porcentaje de pérdida de capacidad laboral que resultaría de la deficiencia derivada únicamente de ese diagnóstico no sería igual ni superior al 50%, tal como lo aceptó el perito traído a instancia de la parte demandante. Debe tenerse en cuenta que el otro diagnóstico “*POP hemilemanoctomía L4-L5 izquierda*” no podría tenerse en cuenta, por haberse excluido expresamente.

Así las cosas, el juzgado no encuentra probado el incumplimiento de las obligaciones por parte de la aseguradora demandada, respecto del pago del valor asegurado, toda vez que no fue probada por el demandante, quien tenía la carga de hacerlo, la ocurrencia del siniestro, de conformidad con artículo 1077 del código de comercio.

En suma, la anterior conclusión se soporta en tres razones:

(i) Fue acreditado que el amparo de la incapacidad por enfermedad y el amparo de la incapacidad por accidente constituyen riesgos diferentes y considerados individualmente no se logró acreditar su acaecimiento.

(ii) Los diagnósticos padecidos por el demandante por accidente común corresponden a un accidente ocurrido en el año 2001, es decir, tuvo lugar mucho antes de la vigencia del seguro, por lo que no tienen cobertura.

(iii) Aun en la hipótesis de que se acepte que los amparos por incapacidad por enfermedad y por accidente son acumulables, no se encuentra demostrado que el porcentaje de pérdida de la

capacidad laboral sea igual o superior al 50%, en tanto los diagnósticos derivados del accidente ocurrido en el año 2001 no están cubiertos y el diagnóstico por enfermedad común se trata de una preexistencia no cubierta por el seguro. Y aun de aceptarse que este último diagnóstico no fue excluido, el porcentaje de pérdida de capacidad laboral derivado del mismo es insuficiente.

Luego, no probados los presupuestos de la acción demandada, ha de negarse las pretensiones de la demanda, siendo inocuo el pronunciamiento acerca de cualquier otra excepción meritoria.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Noveno Civil de Circuito de Cali, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

### **RESUELVE**

**PRIMERO:** NEGAR las pretensiones de la demanda.

**SEGUNDO:** Condenar en costas a la parte demandante en favor de la parte demandada. Inclúyanse en la liquidación de costas la suma de \$4.630.000, por concepto de agencias en derecho a favor de la parte demandada.

**TERCERO:** Ejecutoriada esta providencia, archívese la actuación, previa cancelación de su radicación.



**CARLOS DAVID LUCERO MONTENEGRO**  
**JUEZ**

JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD  
Santiago de Cali, diecinueve de octubre de dos mil veintiuno

*1ª Instancia – Verbal (2019-00076)*

Como la parte demandada aportó en original el paz y salvo que este despacho judicial ha tenido oficiosamente como prueba y además la parte demandante ya tuvo acceso al mismo, habiendo guardado silencio respecto a dicho documento, es por lo mismo que se ordena continuar con el trámite que a este asunto corresponde, vale decir, llevar a cabo la audiencia de instrucción y juzgamiento, de conformidad con el artículo 373 del C.G.P, para lo cual se fija el día 25 de noviembre de 2021, a las 9:30 a.m.

NOTIFIQUESE

**Firmado Por:**

**Carlos David Lucero Montenegro**  
**Juez**  
**Juzgado De Circuito**  
**Civil 009**  
**Cali - Valle Del Cauca**

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

Código de verificación:

**53c8ae7973769abaeba234f1ca291e4a63081486f4dbc2135466567ed348aebb**

Documento generado en 19/10/2021 03:13:06 PM

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**

**JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD**

1ª. Instancia – Ejecutivo Hipotecario (76001310300920200010000)

**Santiago de Cali, diecinueve de octubre de dos mil veintiuno**

De conformidad con lo previsto en el artículo 317 del Código General del Proceso, se requiere a la parte interesada para que dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que de la presente providencia se le surta en legal forma proceda al cumplimiento de la carga procesal, registro del embargo del inmueble afecto al presente asunto, para la continuidad del trámite que a este asunto corresponde, so pena que se tenga por desistida tácitamente lo actuado en él.

**NOTIFÍQUESE**

**Firmado Por:**

**Carlos David Lucero Montenegro**

**Juez**

**Juzgado De Circuito**

**Civil 009**

**Cali - Valle Del Cauca**

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

Código de verificación: **b09175f0ee7c5418460992c7ab29c8c5f65a1571eddf0e56cf6f574a0836da44**

Documento generado en 19/10/2021 03:26:12 PM

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:  
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**

**JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO**  
**Radicado 76001310300920200022100**

**Santiago de Cali, diecinueve de octubre de dos mil veintiuno**

**AGREGAR** a los autos la contestación de la demanda y excepciones de mérito oportunamente presentadas por demandada SEGUROS DEL ESTADO S. A., para que consten y sean tenidas en cuenta en su debida oportunidad procesal.

De la anterior contestación y excepciones de mérito no se corre traslado a la parte demandante, en razón que el mismo les fue puesto en conocimiento conforme lo contiene el parágrafo del artículo 9 del Decreto 806 de 2020 expedido por el Ministerio de Justicia y del Derecho.

**REQUERIR** a la apoderada judicial de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S. A., para que dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación que del presente proveído se le surta en estado proceda a aportar el certificado de existencia y representación y poder general conferido mediante escritura pública que anuncia como pruebas, ya que lo único aportado fue el certificado de vigencia de ésta so pena de no tener en cuenta la contestación de la demanda y excepciones de mérito propuestas.

Se advierte a la parte demandante que si la apoderada judicial de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S. A. subsana la anomalía endilgada por el despacho, de contestación y excepciones de mérito allegadas por ésta no se le correrá traslado, en razón que el mismo les fue puesto en conocimiento conforme lo contiene el parágrafo del artículo 9 del Decreto 806 de 2020 expedido por el Ministerio de Justicia y del Derecho

**RECONOCER** personería amplia y suficiente al doctor José Delmar Giraldo Vivas, abogado titulado y en ejercicio de la profesión como apoderado judicial de la sociedad TAXURBANOS JAMUNDI LTDA., en la forma y términos a que se contrae el memoria poder aportado.

**AGREGAR** a los autos la contestación de la demanda y excepciones de mérito oportunamente presentadas por demandada TAXURBANOS JAMUNDI LTDA, para que consten y sean tenidas en cuenta en su debida oportunidad procesal.

**AGREGAR** a los autos la excepción previa de inexistencia de la demandada oportunamente presentadas por demandada TAXURBANOS JAMUNDI LTDA, para que conste y sea tenida en cuenta en su debida oportunidad procesal.

**NOTIFÍQUESE**

**Firmado Por:**

**Carlos David Lucero Montenegro**  
**Juez**  
**Juzgado De Circuito**  
**Civil 009**  
**Cali - Valle Del Cauca**

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

Código de verificación: **b94620ccf2f19ae4a4df079dcfd3304cc055acf37ee047edc68cc4db481370f4**  
Documento generado en 19/10/2021 03:12:40 PM

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**

JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO  
Radicación 760013103009202100060-00

Santiago de Cali, diecinueve de octubre de dos mil veintiuno

AGREGAR a los autos el escrito y anexos a través de los cuales la parte demandante acredita haber notificado del mandamiento de pago y sus aclaraciones a la demandada KAREN LIZETH CARPINTIER BARROS, haber intentado la notificación a los demandados NUKLEO APLICACIONES MODULARES S.A.S. y JAIME ALBERTO SIERRA HENAO.

ORDENAR el EMPLAZAMIENTO de la sociedad NUKLEO APLICACIONES MODULARES S.A.S. conforme lo establece el artículo 10 del Decreto 806 de 2020, para lo cual se ordena INCLUIR el nombre de la demandada, únicamente en el registro nacional de personas emplazadas, sin necesidad de publicación en un medio escrito.

ADVERTIR a la parte demandante que la notificación personal del demandado JAIME ALBERTO SIERRA HENAO se deberá realizar en la forma señalada en el artículo 8 del Decreto 806 de 2020, es decir, remitiéndole copia de la providencia a notificar como también copia de la demanda y sus anexos a la dirección física donde se le envió la citación de que trata el artículo 291 del Código General del Proceso, advirtiéndole que la notificación personal se entenderá realizada una vez transcurrido dos días hábiles siguientes al envío del mensaje y los términos empezaran a correrle a partir del día siguiente al de la notificación, pues con la entrada en vigencia del mencionado Decreto no se hace necesario el envío de previa citación o aviso físico o virtual.

**NOTIFÍQUESE**

**Firmado Por:**

**Carlos David Lucero Montenegro**  
**Juez**  
**Juzgado De Circuito**  
**Civil 009**  
**Cali - Valle Del Cauca**

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

Código de verificación: **a44048dc2aaceb109cf9edbb63e99782635e053891a1c6bd62904e33431fe813**  
Documento generado en 19/10/2021 03:28:42 PM

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**

**JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD**  
**Radicación: 76001310300920210009600**

**Santiago de Cali, diecinueve de octubre de dos mil veintiuno**

AGREGAR a los autos la contestación de la demanda, excepciones de mérito y objeción al juramento presentados oportunamente por el apoderado judicial de la parte demandada.

De las excepciones de mérito y objeción al juramento estimatorio se procederá a correrle traslado a la parte demandante por el término de cinco días, en la forma prevista en el artículo 110 del Código General del Proceso.

Requerir al apoderado judicial de BANCOLOMBIA, doctor David Sandoval Sandoval, para que proceda a remitirle copia del escrito contentivo de contestación, excepciones y objeción al juramento a su contraparte.

Advertir a los apoderados judiciales de las partes intervinientes la obligación de remitir a su contra parte un ejemplar de todos los memoriales o actuaciones que realicen, simultáneamente con la comunicación que remiten al juzgado (artículo 3 del Decreto 806 de 2020).

**NOTIFÍQUESE**

**Firmado Por:**

**Carlos David Lucero Montenegro**  
**Juez**  
**Juzgado De Circuito**  
**Civil 009**  
**Cali - Valle Del Cauca**

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

Código de verificación: **da1ac04e5a8c16bcda3d38504a96649f91f9a04d820632b4c6dc793ba22e1710**  
Documento generado en 19/10/2021 03:14:36 PM

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**

**POR LA SECRETARÍA DEL JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI, SE PROCEDE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN DE CRÉDITO A CARGO DEL DEMANDADO:**

**AGENCIAS EN DERECHO.....\$9.000.000,00**  
**TOTAL.....\$9.000.000,00**

**SON: NUEVE MILLONES DE PESOS.**

Santiago de Cali, 19 de octubre de 2021

El Secretario,

**CARLOS FERNANDO REBELLÓN DELGADO**

**JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD**

**1ª. Instancia – Ejecutivo (76001-31-03-009-2021-00130-00)**

**Santiago de Cali, diecinueve de octubre de dos mil veintiuno**

Como el juzgado encuentra debidamente efectuada la anterior liquidación, es por lo mismo que se le imparte su aprobación.

**NOTIFÍQUESE**

**Firmado Por:**

**Carlos David Lucero Montenegro**

**Juez**

**Juzgado De Circuito**

**Civil 009**

**Cali - Valle Del Cauca**

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

Código de verificación: **f5616d75170b827db983e292a0784937a19854944df92b47250a2345010df609**

Documento generado en 19/10/2021 03:14:24 PM

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**

**JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD**  
1ª. Instancia – Ejecutivo Hipotecario (76001310300920210030600)

**Santiago de Cali, diecinueve de octubre de dos mil veintiuno (2021)**

Acredita el apoderado judicial de la parte actora que, remitió a las demandadas **CAMILA MURIEL DE LA CRUZ** y **MARÍA FERNANDA MURIEL DE LA CRUZ**, la citación prevista en el artículo 291 y el aviso de notificación previsto en el artículo 292 del Código General del Proceso. Igualmente, la remisión de la citación a la demandada **MARÍA EUGENIA DE LA CRUZ**. Que conforme a lo anterior se les tenga por notificada conforme al artículo 292 del Código General del Proceso.

Señala el inciso 1º del artículo 8 del Decreto 806 de 2020, lo siguiente:

“Artículo 8. Notificaciones personales. Las notificaciones que deban hacerse personalmente también podrán efectuarse con el envío de la providencia respectiva como mensaje de datos a la dirección electrónica o sitio que suministre el interesado en que se realice la notificación, sin necesidad del envío de previa citación o aviso físico o virtual. Los anexos que deban entregarse por un traslado se enviarán por el mismo medio”.

Por su parte el inciso 3º del mismo articulado consigna:

“La notificación personal se entenderá realizada una vez transcurrido dos días hábiles siguientes al envío del mensaje y los términos empezaran a correr a partir del día siguiente al de la notificación”.

De lo anteriormente expuesto se evidencia que a las demandadas no se les ha notificado en debida forma el auto de mandamiento de pago, pues si bien con el aviso de notificación (no se hace necesario) se les remitió a dos de las demandas copia de la providencia a notificar, no se hizo lo propio con la copia de la demanda y sus anexos como expresamente lo contempla la parte final del inciso 1º de la norma en cita.

Igual sucede con los términos, pues una vez surtida la notificación en debida forma, ésta se entenderá realizada dentro de los dos días siguientes al recibo de la comunicación y el término para contestar la demanda y proponer excepciones, empezará a correrle a partir del día siguiente al de la notificación.

Es decir, para surtirse la notificación conforme el numeral 8 del Decreto 806 de 2020, solo se necesita remitirle a la parte objeto de esta (notificación), al correo electrónico o dirección física aportada con la demanda, la providencia a notificar, copia de la demanda y sus anexos, la dirección física y electrónica del juzgado donde se tramita la demanda y la advertencia sobre el momento en que se considera realizada la notificación y a partir de qué día empieza a correrle el término para contestar la demanda.

Por lo anteriormente expuesto, el juzgado

**DISPONE:**

Primero.- No tener en cuenta la notificación efectuada a la parte demandada por lo expuesto en la parte motiva de la presente providencia.

Segundo.- Requerir a la parte demandante para que proceda a realizar la notificación a las demandadas conforme lo contempla el artículo 8 del Decreto 806 de 2020.

**NOTIFÍQUESE**

**Firmado Por:**

**Carlos David Lucero Montenegro**  
**Juez**  
**Juzgado De Circuito**  
**Civil 009**  
**Cali - Valle Del Cauca**

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

Código de verificación: **56df52f5c6b6722cae6ce5c7819da05f0123ca3dd922d0707026417c0bd6ccb2**  
Documento generado en 19/10/2021 03:30:44 PM

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**

**JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD**  
**Radicación – 76001310300920210031400**

**Santiago de Cali, diecinueve de octubre de dos mil veintiuno**

AGREGAR a los autos el escrito y anexos a través de los cuales la parte demandante acredita haber realizado la notificación de que trata el artículo 291 del Código General del Proceso a los demandados en la calle 17 No. 86-82 Oficina 601C de Cali.

ADVERTIR a la parte demandante que la notificación personal de los demandados COLTAINERS S.A.S. y VICTOR ALFONSO ORTIZ CUARTAS se deberá realizar en la forma señalada en el artículo 8 del Decreto 806 de 2020, es decir, remitiéndoles copias de la providencia a notificar como también copia de la demanda y sus anexos a la dirección física donde se le envió la citación de que trata el artículo 291 del Código General del Proceso, advirtiéndole que la notificación personal se entenderá realizada una vez transcurrido dos días hábiles siguientes al envío del mensaje y los términos empezaran a correrle a partir del día siguiente al de la notificación, pues con la entrada en vigencia del mencionado Decreto no se hace necesario el envío de previa citación o aviso físico o virtual.

**NOTIFÍQUESE**

**Firmado Por:**

**Carlos David Lucero Montenegro**  
**Juez**  
**Juzgado De Circuito**  
**Civil 009**  
**Cali - Valle Del Cauca**

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

Código de verificación: **4fde6d46b953c92f16e2110e69055a28ba761608bd5dfe426405808c76edb0cc**  
Documento generado en 19/10/2021 03:32:18 PM

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**

**JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD**  
**Radicación – 76001310300920210034300**

**Santiago de Cali, diecinueve de octubre de dos mil veintiuno**

La apoderada judicial de la parte demandante allega al plenario documento expedido por la Compañía Postal de Mensajería Expresa El Libertador, a través de la cual se acredita la notificación personal de la demandada Luz Marina Tobar López, de conformidad con el artículo 8 del Decreto 806 de 2020.

Revisada la documentación se observa que no se acreditó que con el envío por correo electrónico de la notificación se le remitió a la notificada copia de la providencia a notificar como de la demanda y sus anexos como lo exige la mencionada normatividad a la que se hace alusión en la presente providencia.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, el juzgado

**RESUELVE:**

REQUERIR a la parte demandante para que dentro de un término no superior a cinco días contados a partir de la notificación de la presente providencia, acredite que a la señora Luz Marina Tobar López se le remitió copia de la providencia a notificar y de la demanda y sus anexos como lo exige la parte final del inciso primero del artículo 8 del Decreto 806 de 2020, so pena de no tener debidamente notificada a la demandada.

**NOTIFÍQUESE**

**Firmado Por:**

**Carlos David Lucero Montenegro**  
**Juez**  
**Juzgado De Circuito**  
**Civil 009**  
**Cali - Valle Del Cauca**

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

Código de verificación: **1d36f6a3fe678aaafd83eb24444b0746a6d2344b008f82da59bd34a81c5a7c22**  
Documento generado en 19/10/2021 03:13:41 PM

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**

**JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD**  
**1ª. Instancia – Verbal – Pertenencia (76001-31-03-009- 2021-00381-00)**

**Santiago de Cali, diecinueve de octubre de dos mil veintiuno**

Al encontrarse plenamente reunidos los requisitos legales en la demanda que precede, el Juzgado

RESUELVE:

1º.- **ADMITIR** la demanda de pertenencia por prescripción extraordinaria adquisitiva de dominio formulada por **LUZ ADRIANA RIASCOS TANGARIFE** contra **PETER JOSEPH PELOGHITIS Y PERSONAS INCIERTAS E INDETERMINADAS**.

2º.- De dicha demanda se dará traslado a la parte demandada por el término legal de veinte (20) días, entregándole los anexos respectivos al momento de la notificación.

3º.- Se ordena informar sobre la existencia del presente proceso a la Superintendencia de Notariado y Registro, Agencia Nacional de Tierras (antes INCODER), Agencia de Desarrollo Rural (antes INCODER), Agencia de Renovación Rural (antes INCODER), Unidad Administrativa Especial de Atención y Reparación Integral a Víctimas y al Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC) para que, si lo consideran pertinente, hagan las manifestaciones a que hubiere lugar en el ámbito de sus funciones. Ofíciase.

4º.- **ORDENAR** el emplazamiento del señor **PETER JOSEPH PELOGHITIS**, como también a las personas **INCIERTAS E INDETERMINADAS** que se crean con derecho sobre el inmueble materia de demanda (artículo 375 C.G.P.).

Para los fines establecidos en el artículo 108 del C.G.P. elabórese el respectivo listado de emplazamiento, el cual se publicará únicamente en el Registro Nacional de Personas Emplazadas, de conformidad con el artículo 10 del Decreto 806 de 2020.

5º.- En cumplimiento a lo establecido en el artículo 375-7 del C.G.P., la parte demandante deberá instalar una valla de dimensión no inferior a un metro cuadrado, en lugar visible del predio objeto del proceso, junto a la vía pública más importante sobre la cual tenga frente o límite. La valla deberá contener los siguientes datos:

- a) La denominación de este juzgado;
- b) El nombre de los demandantes;
- c) El nombre de la parte demandada;
- d) El número de radicación del proceso;
- e) La indicación de que se trata de un proceso de pertenencia;
- f) El emplazamiento de todas las personas que crean tener derechos sobre el inmueble, para que concurran al proceso;
- g) La identificación del predio.

Tales datos deberán estar escritos en letra de tamaño no inferior a siete (7) centímetros de alto por cinco (5) centímetros de ancho.

Instalada la valla, la parte demandante deberá aportar fotografías del inmueble en las que se observe su contenido.

La valla deberá permanecer instalada hasta la audiencia de instrucción y juzgamiento.

6°.- ORDENAR la inscripción de la demanda en el folio de matrícula inmobiliaria 370-33458. LÍBRESE el correspondiente oficio a la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de la ciudad (artículo 592 del C.G.P.).

7°.- Inscrita la demanda y aportadas las fotografías por la parte actora, se ordenará la inclusión del contenido de la valla o del aviso en el Registro Nacional de Procesos de Pertenencia que llevará el Consejo Superior de la Judicatura, por el término de un (1) mes, dentro del cual podrán contestar la demanda las personas emplazadas y quienes concurran después tomarán el proceso en el estado en que se encuentre.

8°.- Se ordena oficiar a las oficinas de Catastro, Secretaría de Infraestructura y Valorización, Secretaría de Vivienda Social y Subdirección de Recursos Físicos y Bienes Inmuebles, a fin de que se sirvan indicar al despacho si el inmueble materia de este litigio está catalogado como bien fiscal y de uso público que pueda conformar el patrimonio de la ciudad de SANTIAGO DE CALI.

9°- RECONOCER PERSONERÍA amplia y suficiente al doctor Oscar Rene Cabrera Pazmiño, abogado titulado y en ejercicio de la profesión, como apoderado judicial de la parte demandante, en la forma y términos a que se contrae el memorial poder aportado.

### **NOTIFÍQUESE**

**Firmado Por:**

**Carlos David Lucero Montenegro**  
**Juez**  
**Juzgado De Circuito**  
**Civil 009**  
**Cali - Valle Del Cauca**

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

Código de verificación: **8a7448b1f20efdc569fa7f78c556ad2c72cec217b1f07536ce8dfecf206f4330**  
Documento generado en 19/10/2021 03:13:30 PM

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**

**JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD**

RAD: 76001310300920210038300

Santiago de Cali, diecinueve de octubre de dos mil veintiuno

El **EDIFICIO MARÍA ELENA - PROPIEDAD HORIZONTAL**, a través de apoderada judicial, presenta demanda EJECUTIVA SINGULAR contra **DAVID CORREDOR RENGIFO, DIANA CAROLINA LÓPEZ CORREDOR, VALENTINA LÓPEZ y AIDA LUZ CORREDOR RENGIFO**.

Revisada la demanda, observa el despacho que se pretende el cobro de la suma de \$7.400.000,00 por concepto de mora en el pago de las cuotas de administración desde el 30 de enero de 2018 hasta septiembre de 2021, discriminadas así: dos cuotas de \$85.000,00; veintiún cuotas de \$150.000,00 y, veinticuatro cuotas de \$170.000,00, más los intereses moratorios a la tasa máxima permitida por la Superintendencia Financiera, circunstancia indicativa de que la demanda es de mínima cuantía, conforme al artículo 20 del Código General del Proceso.

Entonces, al ser de mínima cuantía la presente demanda, no tiene competencia este juzgado para conocer de la misma, siendo por ello que se remitirá al Juzgado Veintiséis Civil Municipal de Santiago de Cali, quien en providencia No. 2361 del 13 de septiembre de 2021, resolvió rechazar de plano la demanda porque consideró cierto lo manifestado por la parte demandante en el capítulo de la cuantía de la demanda, en el que afirmó que ascendía a la suma de \$156.000.000,00, cuando en realidad la misma no llega a \$10.000.000,00.

Por lo anteriormente expuesto, el juzgado

**DISPONE:**

Primero.- RECHAZAR la demanda EJECUTIVA SINGULAR promovida por **EDIFICIO MARÍA ELENA - PROPIEDAD HORIZONTAL** contra **DAVID CORREDOR RENGIFO, DIANA CAROLINA LÓPEZ CORREDOR, VALENTINA LÓPEZ Y AIDA LUZ CORREDOR RENGIFO**.

Segundo.- Previa cancelación de su radicación a través de la Oficina Judicial, envíese el expediente al Juzgado Veintiséis Civil Municipal de esta ciudad para lo de su cargo.

**NOTIFÍQUESE**

**Firmado Por:**

**Carlos David Lucero Montenegro**  
**Juez**  
**Juzgado De Circuito**  
**Civil 009**  
**Cali - Valle Del Cauca**

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

Código de verificación: **34b8115f50bbbaa811e3ff61cf0296103099cd718ddc638b01d91ab787ca2606**  
Documento generado en 19/10/2021 03:13:21 PM

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**