

TEMA: EXCLUSIONES EN SEGUROS DE VIDA – Las compañías de seguros tienen el deber legal de informar a los tomadores de forma suficiente y previa los condicionamientos particulares de la póliza que adquieren para cada vigencia, especialmente los amparos básicos y exclusiones, pues cuando en el marco de una reclamación directa o debate judicial la aseguradora alega configurada una causal de exclusión, deberá acreditar probatoriamente que informó, explicó e ilustró al tomador frente a las exclusiones que le opone al asegurado. /

HECHOS: El señor (LFCC) pretende se declare que las compañías de seguros demandadas son responsables de pagar los valores asegurados en las coberturas “enfermedades graves” e “incapacidad total y permanente” contenidos en la póliza grupo vida No. 704XXXXXX y, en consecuencia, se les condene al pago de 150 SMLMV e intereses moratorios, liquidados entre el 1 de noviembre de 2017 y la fecha de presentación de la demanda a tasa del 1.5 veces el interés bancario corriente, así como los que se causen hasta el pago total. El Juzgado de origen desestimó íntegramente las pretensiones de la demanda y consideró “innecesario” abordar los medios exceptivos propuestos. Corresponde a la Sala establecer si acertó la sentencia de primera instancia al desestimar las pretensiones por hallar improbadamente la ocurrencia de los siniestros amparados en la póliza No. 704XXXXXX o si, por el contrario, procede la afectación del contrato de seguro. En orden a ello, deberá determinarse: a) si se configuró el siniestro por “enfermedad grave” contenido en la póliza, para lo cual deberán determinarse los condicionamientos de asegurabilidad de ese riesgo b) si se estructuró el siniestro por “incapacidad total y permanente” en vigencia de la póliza descrita, c) en caso afirmativo si se configuró alguno de los medios exceptivos propuestos por los demandados, especialmente la prescripción extintiva o si procede la concesión de las pretensiones.

TESIS: (...) Entre las modalidades del contrato de seguro está el de personas, del cual hace parte el de vida. Según ha dicho la jurisprudencia: se garantiza el pago de un capital previamente acordado cuando ocurra el hecho que afecte la supervivencia o salud del asegurado. Según el artículo 1137 del Código de Comercio, lo tiene la persona en su propia vida, en la de las personas a quienes les pueda reclamar alimentos, y en la de aquellas por cuya muerte o incapacidad reciba un perjuicio económico. (...) De conformidad con el canon 1056 “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”, a esos eventos no asegurados se les ha denominado “exclusiones” (...) La Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC2879-2022 indicó: “Con el propósito señalado, obra, entre otras disposiciones, el artículo 37 del Estatuto del Consumidor (Ley 1480 de 2011), conforme al cual en los contratos de adhesión se debe informar previamente al contratante con suficiencia y claridad la existencia, efectos y alcance de las condiciones generales, que deben ser redactadas en forma clara, completa y concreta. Respecto al contrato de seguro exige expresamente que «el asegurador hará entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías». (...) Esta postura que materializa los deberes de información y entrega de las compañías de seguro ha sido acogida previamente por esta Sala de decisión, quedando sentado que, de los términos de la Ley 1328 de 2009 y Ley 1480 de 2011 se desprende irrefutablemente que la compañía de seguros cuando alega exclusión del amparo reclamado por el asegurado o beneficiario, deberá acreditar que entregó y explicó el clausulado al tomador al momento de suscripción del contrato, en caso contrario, la cláusula que estipula la exclusión no será oponible al asegurado. (...) El asegurado presentó en octubre de 2017 reclamación directa ante la compañía de seguros alegando la configuración del riesgo amparado por “enfermedades graves”, solicitud que fue objetada por QBE Seguros S.A. (Hoy Zurich Colombia Seguros S.A.) alegando que el amparo por insuficiencia renal crónica requería diálisis renal, peritoneal o trasplante de riñón, y

como los documentos médicos demuestran que no requirió reemplazo renal, no se configuró el siniestro. (...) A pesar de las discrepancias en cuanto a su membrete y presentación, las anotadas carátulas no se alejan en los aspectos más esenciales: tomador, asegurados y amparos, por lo cual no cabe duda de que con la póliza No. 000704XXXXXX las demandadas asumieron entre el 16 de abril de 2014 y el 23 de febrero de 2018 el riesgo por invalidez total y permanente y enfermedades graves, incluida la insuficiencia renal crónica, que pudieran sufrir “todas las personas vinculadas con la entidad tomadora, como empleado”, sin embargo, ciertamente tales documentos no contemplan exclusión en el riesgo por enfermedad grave, ni remiten a un condicionado general específico. (...) El anexo allegado con la contestación a la reforma tiene fecha del 13 de marzo de 2018, es decir, con posterioridad al vencimiento de la póliza. Aunque es deber de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera, entre ellas, las compañías de seguros generales y vida “Dar constancia del estado y/o las condiciones específicas de los productos a una fecha determinada”, en este particular caso, tal deber reluce incumplido ya que no es posible determinar cuál de los dos (2) anexos para enfermedades graves se encontraba vigente y registrado para diciembre de 2014 (fecha del diagnóstico que origina el reclamo), esto no solo porque se allegaron varios clausulados, sino porque la coaseguradora desconocía el texto que fundamenta la objeción, lo cual permite evidenciar que no era ninguno de los referidos anexos para enfermedades graves el que regía la póliza para ese momento, sino el Denominado Condiciones Generales Póliza de Vida Grupo. (...) Con la demanda se acompañó historia clínica del asegurado (LFCC) que permite evidenciar sin dubitación que aquel fue diagnosticado el 18 de diciembre de 2014 con insuficiencia renal crónica no especificada. (...) Luego, dentro de la vigencia de la póliza se configuró el riesgo amparado, es decir, se consolidó el siniestro, lo cual torna procedente la afectación de la póliza en esa cobertura y determina la prosperidad del reparo. (...) reluce que, las demandadas no aportaron al proceso prueba alguna que diera cuenta del cumplimiento del deber de información, no sólo porque ni siquiera una de las coaseguradoras conocía ese condicionamiento de enfermedades graves, sino especialmente porque la UNP como tomadora lo desconocía. (...) De conformidad con la prueba pericial reluce que la fecha de estructuración de la PCL equivalente al 54.51% dictaminada a (LFCC) corresponde al 14 de junio de 2022. Ciertamente el perito fue conteste en indicar que no le constaba el porcentaje de PCL que se le hubiera dictaminado a (LFCC) en oportunidades anteriores y, que el indicado en la pericia correspondía tanto al porcentaje obtenido una vez aplicada la correspondiente fórmula (Baltazar), como a la fecha en que se consolidó el porcentaje dictaminado en esa oportunidad, es decir, irrefutablemente la pérdida de capacidad total y permanente del demandante superior al 50% ocurrió por fuera de la vigencia del contrato de seguro. (...) No puede concluirse que el condicionamiento temporal a la ocurrencia del siniestro dentro de la vigencia del seguro resulte abusiva o desproporcionada a las obligaciones contraídas, por el contrario, la Ley Comercial preceptúa que la póliza deberá contener la vigencia del contrato “con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento”, así, en las carátulas de la póliza que se aportaron se consignó de forma diáfana la vigencia de la póliza, que con sus renovaciones tuvo vigor entre el 16 de abril de 2014 y el 23 de febrero de 2018, es decir que, para el 14 de junio de 2022, la póliza no estaba vigente, por contera, no amparaba el riesgo por invalidez total y permanente. (...) La perpetuidad, que es el efecto que pretende imprimir al contrato de seguro la activa es extraña al régimen de las obligaciones, circunstancia que conlleva a concluir que por un efecto meramente temporal del contrato que vinculó a las partes, el siniestro por incapacidad total y permanente no se estructuró en vigencia de la póliza ni durante el lapso que el demandante ostentó la calidad de asegurado, motivo suficiente para confirmar en este aspecto la decisión recurrida. (...) Canon 1081 de la Ley Comercial. “Prescripción de Acciones. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser. Ordinaria: será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento

del hecho que da base a la acción. Extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. (...) La suspensión, a diferencia de la interrupción no “borra” el tiempo transcurrido, sino que el término se “congela” mientras dure la circunstancia que origina la suspensión y se reanuda una vez superado ese hecho. Recapitulando para el 21 de octubre de 2019 al demandante le restaban once (11) días para presentar en tiempo la demanda, término que reinició su cómputo a partir del 22 de enero de 2020, inclusive, quiere ello significar que para el 27 de febrero de 2020 (fecha de presentación de la demanda) se había configurado la prescripción extintiva ordinaria. Así las cosas, la Sala se ve avocada a coger la excepción propuesta por las demandadas declarando que operó la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro contenido en la póliza. (...)

MP: SERGIO RAÚL CARDOSO GONZÁLEZ

FECHA: 25/11/2025

PROVIDENCIA: SENTENCIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN

SALA PRIMERA CIVIL DE DECISIÓN

Lugar y fecha	Medellín, 25 de noviembre de 2025
Proceso	Declarativo – RCC
Radicados	05001310300820200007902
Demandante	LUIS FELIPE CUERVO CLAVIJO
Demandadas	ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A. (Antes QBE SEGUROS S.A.) y LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
Providencia	Sentencia
Tema	<p>Las compañías de seguros tienen el deber legal de informar a los tomadores de forma suficiente y previa los condicionamientos particulares de la póliza que adquieren para cada vigencia, especialmente los amparos básicos y exclusiones, pues cuando en el marco de una reclamación directa o debate judicial la aseguradora alega configurada una causal de exclusión, deberá acreditar probatoriamente que informó, explicó e ilustró al tomador frente a las exclusiones que le opone al asegurado.</p> <p>El condicionamiento de los contornos temporales del contrato es materialización del principio de no perpetuidad de las obligaciones y en materia del contrato de seguro de los requisitos que debe contener la póliza.</p> <p>El hito temporal que marca el inicio del cómputo de la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro grupo vida es el conocimiento real o presuntivo del asegurado de la ocurrencia del siniestro, sin embargo, cuando el interesado ignora la existencia del seguro ese término (ordinario) solo iniciara desde el momento en que tenga conocimiento del contrato, en caso contrario, será extraordinario.</p>
Decisión	Confirma
Ponente	Sergio Raúl Cardoso González

Decide la Sala la apelación de la sentencia proferida el 19 de julio de 2024 por el Juzgado Octavo Civil del Circuito de Medellín en el proceso de la referencia.

1. ANTECEDENTES.

1.1 DEMANDA¹.

Pretende se declare que las compañías de seguros demandadas son responsables de pagar los valores asegurados en las coberturas “*ENFERMEDADES GRAVES*” e “*INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE*” contenidos en la póliza grupo vida No. 000704344644 y, en consecuencia, se les condene al pago de 150 SMLMV e intereses moratorios por \$82'211.078,96 liquidados entre el 1 de noviembre de 2017 y la fecha de presentación de la demanda a tasa del 1.5 veces el interés bancario corriente, así como los que se causen hasta el pago total.

Relató que la Unidad Nacional de Protección (UNP) adquirió a través de la empresa Correcol S.A. Corredor de Seguros, póliza de vida grupo No. 704344644 con Zurich Colombia Seguros S.A. (Antes QBE seguros S.A.), quien a su vez cedió en coaseguro el 40% del riesgo asumido a La Previsora S.A. Compañía de Seguros; que esa póliza cubrió el riesgo que pudieran sufrir los “*funcionarios de la Unidad Nacional de Protección*”, con amparos por enfermedad grave con un valor asegurado de 50 SMLMV (50% del amparo básico de vida) e incapacidad total y permanente por 100 SMLMV, esto para cada una de las personas indicadas en la carátula de la póliza y, que el seguro estuvo vigente entre el 16 de abril de 2014 y el 23 de febrero de 2018.

Advirtió que, en el riesgo por incapacidad total y permanente se definió que “*QBE SEGUROS S.A. PAGARÁ AL ASEGURADO HASTA EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR LA INCAPACIDAD TOTAL Y*

¹ Ver archivo 16Memorial29Sept2021EscritoSubsanandoReforma

PERMANENTE QUE SEA CONSECUENCIA DE ACCIDENTE O DE ENFERMEDAD CON FECHA DE ESTRUCTURACIÓN OCURRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA”, mientras que, el amparo por enfermedad grave cubre entre otras patologías la *“Insuficiencia renal crónica”*.

Añadió que Cuervo Clavijo desempeñó hasta el 15 de julio de 2015 el cargo de Conductor Mecánico de la UNP y, que el 18 de diciembre de 2014, fue diagnosticado con insuficiencia renal crónica, sin embargo, tan solo tuvo conocimiento de la existencia del anotado seguro en julio de 2017, por lo cual, el día 2 de octubre de ese mismo año presentó misiva dirigida a la UNP para que aquella realizara, como en efecto hizo, reclamación directa por el amparo de enfermedades graves a la aseguradora líder.

Según se dijo en la demanda reformada, Zurich Colombia Seguros S.A., objetó la reclamación el 13 de octubre de 2017 alegando que la cobertura del diagnóstico del demandante se limitó así: *“1.4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EL FALLO TOTAL, CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE UNO O DE AMBOS RIÑONES, A CONSECUENCIA DE LA CUAL HAY QUE PRACTICAR PERIÓDICAMENTE DIÁLISIS RENAL O PERITONEAL, O EL TRANSPLANTE DEL RIÑÓN”*, por ello, como de los documentos médicos no se desprende que se hubiera practicado diálisis renal, peritoneal o trasplante de riñón, no se materializó el riesgo asegurado, empero, afirmó la activa que la anotada exclusión no se encuentra contemplada dentro de las condiciones generales y particulares que fueran entregadas al asegurado en mayo de 2018 por el corredor de seguros, por lo cual, en septiembre de ese año presentó solicitud de reconsideración.

Añadió que las demandadas han rehusado el cumplimiento de la prestación asegurada pese a encontrarse demostrado el siniestro y su cuantía, por lo cual procede el reconocimiento de intereses

moratorios de que trata el artículo 1080 del Código de Comercio; que se deben aplicar los efectos de la inasistencia a la audiencia de conciliación extrajudicial por parte de Zurich Colombia Seguros S.A., (Art. 22 Ley 640 de 2001) y; que no entregar o poner a disposición de los “consumidores” copia de los contratos ha sido considerada una práctica abusiva y, que se han causado al asegurado “*innumerables perjuicios*”.

1.2 CONTESTACIÓN.

1.2.1 LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS², dijo ser cierta la participación en el coaseguro, pero, aclaró que no participó mediante dicha modalidad en la vigencia final comprendida entre el 17 de abril de 2017 y el 23 de febrero de 2018, reconoció los montos totales cubiertos para todos los asegurados (*empleados de la UNP*) en los amparos por incapacidad total y permanente y enfermedad grave, los términos de la póliza que se citaron en la demanda, la solicitud de audiencia de conciliación, desconoció las circunstancias de salud del demandante, la reclamación directa y su objeción, la entrega de las condiciones generales y particulares por parte del corredor de seguros y negó el incumplimiento del contrato de seguro. Se opuso a las pretensiones y formuló como defensas:

- “**ACAECIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN**”, considerando que de conformidad con los hechos descritos en la demanda el diagnóstico de insuficiencia renal crónica se dio el 18 de diciembre de 2014, fecha en la cual el asegurado tuvo conocimiento del siniestro, por lo cual de conformidad con el artículo 1081 del Código de Comercio, operó el 18 de diciembre de 2016 la prescripción ordinaria. Con relación a la extraordinaria, en gracia de discusión, precisó que en este caso la solicitud de conciliación extrajudicial interrumpió el

² Ver archivo 21Memorial19Nov2021ContestaciónReformaPrevisora

término de prescripción 2 meses y 24 días, mientras que, el auto admisorio se notificó el 5 de mayo de 2021, esto es, transcurrido un año desde la presentación de la demanda, por lo que no generó interrupción de términos, en consecuencia, operó igualmente dicha modalidad prescriptiva.

- “*CONDICIONES DE LA PÓLIZA*”, precisó en primer lugar no contar con los apartes de la póliza que citó la aseguradora codemandada en la objeción a la reclamación directa; seguidamente, indicó que de conformidad con el condicionado de la póliza se desprende que el amparo por el riesgo de incapacidad total y permanente requiere: *i)* que exista certificación en tal sentido emitida por la Junta Regional o Nacional de Calificación, *ii)* que la fecha de estructuración coincida con la vigencia del contrato, *iii)* que la pérdida de capacidad sea igual o superior al 50% y que haya existido por un periodo no inferior a 150 días y, *iv)* que la persona se encuentre impedida para desempeñar cualquier “*ocupación o empleo*”, requisitos que no se cumplen en el particular pues tan solo en la demanda se reclamó la afectación de la póliza en ese *ítem* sin aportar las pruebas que soporten la calificación de PCL.
- “*LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO*”, el cual corresponde a 100 SMLMV para cada asegurado que, según el salario mínimo aprobado para el año 2014 (\$616.027) equivale a \$61’602.700.
- “*COASEGURO*”, que deberá tenerse en cuenta en caso de condena, la cual, además de ajustarse a los límites asegurados habrá de considerar que el coaseguro asumido por La Previsora corresponde al 40% del riesgo asumido.

- *“INTERESES MORATORIOS NO PROCEDEN RESPECTO DEL AMPARO DE ITP”*, pues en caso de conceder las pretensiones no podrá ordenarse el pago de intereses moratorios respecto del amparo por Incapacidad Total Permanente ya que no se presentó reclamación directa, mientras que, en lo que respecta al amparo por enfermedad grave no se presentó sustentación en los términos descritos en la póliza.
- *“EXCEPCIÓN GENÉRICA”*.

1.2.2 ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.³, dijo ser cierta la contratación de la póliza descrita en la demanda, sus amparos, vigencia y asegurados, los términos en que quedaron definidos los riesgos por enfermedad grave e incapacidad total y permanente, pero alegó que el amparo máximo es de 50 SMLMV para el primero y 100 SMLMV para el segundo de aquellos riesgos; reconoció la presentación de reclamación directa por parte del corredor de seguro el 9 de octubre de 2017, la objeción, la solicitud de reconsideración y la celebración de audiencia de conciliación a la cual justificó su inasistencia. Alegó no constarle el momento en que el asegurado tuvo conocimiento del diagnóstico que fundamenta la reclamación ni de la existencia del seguro y, negó que la respuesta del corredor *“refleje”* la postura de la compañía de seguros, que la reconsideración radicada el 17 de septiembre de 2018 corresponda a la primer reclamación, que se hubiera cumplido la carga de probar el siniestro y su cuantía, la incurrancia en prácticas abusivas y el incumplimiento de las obligaciones contractuales enrostradas. Se opuso a las pretensiones, objetó el juramento estimatorio y formuló a título de excepciones de mérito:

- *“PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DEL CONTRATO DE SEGURO CONSIGNADO EN LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO NO.*

³ Ver archivo 22Memorial19Nov2021ContestaciónReformaZurich

704344644”, porque el tiempo de la prescripción principió el 18 de diciembre de 2014 y feneció finalizado el mismo día del año 2016, por lo que, para el momento en que se presentó la primera reclamación directa (9 de octubre de 2017) ya se había configurado, al igual que para la época de presentación de la demanda.

- *“INEXISTENCIA DEL SINIESTRO BAJO EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO NO. 704344644”,* ya que el diagnóstico amparado por insuficiencia renal crónica implica *“(…) el fallo total, crónico e irreversible de uno o de ambos riñones, a consecuencia de la cual hay que practicar periódicamente diálisis renal o peritoneal, o el trasplante del riñón”,* condiciones que no se cumplen en el caso de Luis Felipe Cuervo Clavijo.
- *“INEXISTENCIA DEL SINIESTRO BAJO EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO NO. 704344644”,* teniendo en cuenta que con la solicitud de indemnización se aportó dictamen de PCL equivalente al 14.5%, siendo requerido para configurar el siniestro un porcentaje igual o superior al 50%.
- *“LÍMITE DE VALOR ASEGURADO DE LOS AMPAROS DE ENFERMEDADES GRAVES E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO NO. 704344644”,* que corresponde a 50 SMLMV para enfermedades graves y 100 SMLMV para incapacidad total y permanente, advirtiendo que la afectación de este último amparo implica la terminación del contrato de seguro y la imposibilidad de afectar el amparo por enfermedades graves, mientras que, la afectación por enfermedades graves implica la disminución proporcional del amparo básico y/o adicionales.

- *“IMPROCEDENCIA DE INTERESES MORATORIOS”*, debido a que con la reclamación directa no se acreditaron los requisitos del artículo 1077 del Código de Comercio ni se reclamó la afectación del amparo por incapacidad total y permanente, lo que torna improcedente la causación de intereses.
- *“APLICACIÓN DE COASEGURO DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO NO. 704344644”*, ya que la póliza cuenta con participación en coaseguro del 40% de La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

1.3 RÉPLICA A LA CONTESTACIÓN⁴.

Oportunamente, la parte demandante solicitó desestimar los medios exceptivos propuestos por la pasiva, considerando esencialmente que no se configuró la prescripción ordinaria ya que el asegurado solo tuvo conocimiento de la existencia del seguro en julio del año 2017 y se le entregaron las condiciones básicas del contrato el 4 de julio de 2018, fecha en que inició realmente el cómputo del término que, además, se interrumpió por la reclamación directa presentada 17 de septiembre de 2018 y nuevamente desde el 21 de octubre de 2019 con la presentación de solicitud de conciliación extrajudicial hasta su realización el 14 de enero de 2020, lo que implica que para el 27 de febrero de 2020, fecha de presentación de la demanda, no se había configurado la prescripción ordinaria y tampoco la extraordinaria, pues contrario a lo sostenido por la pasiva la solicitud de aclaración del auto admisorio implica que el mismo tan solo quedó ejecutoriado una vez resuelta tal solicitud, que ocurrió el 13 de octubre de 2020 y, en todo caso, debe tenerse en

⁴ Ver archivo 23Memorial26Nov2021DesocorreTrasladoParteActoraExcepciones

cuenta la suspensión de términos con ocasión de la pandemia COVID-19.

Añadió que se configuró el siniestro pues las condiciones generales y particulares referidas por La Previsora S.A. Compañía de Seguros “*no existen*”, que el límite del valor asegurado se debe tasar con base en el salario mínimo vigente y no del año 2014, que procede el reconocimiento de intereses moratorios pues se acreditó el siniestro y su cuantía y, que el cambio del clausulado no informado al asegurado no le es oponible.

1.4 PRIMERA INSTANCIA⁵.

Subsanada la causal de nulidad advertida por la Sala en providencia del 24 de enero de 2023, mediante sentencia del 19 de julio de 2024 el Juzgado de origen desestimó íntegramente las pretensiones de la demanda y consideró “*innecesario*” abordar los medios exceptivos propuestos por la pasiva.

Para arribar a esta determinación el *a quo* luego de efectuar un recuento de los contornos del litigio y actuación procesal, refirió que, de conformidad con sentencia del 4 abril de 2013 de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia⁶, citada por el extremo pasivo en su defensa, el término prescriptivo principia desde el momento en que el asegurado conoció o debió conocer del siniestro sin atender a si conocía o no la existencia del seguro, ya que el conocimiento real o presuntivo del siniestro es a todas luces el punto de partida que marca el legislador para iniciar el cómputo de la prescripción sin atender a otros aspectos.

⁵ Ver archivos
67ActaInstruccionJuzgamiento20240719Sentencia

66AudienciaInstruccionJuzgamiento20240719/

⁶ Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez, Rad. 05001310300120040045701

Seguidamente, con relación al amparo por enfermedades graves, dijo que era tema pacífico que desde diciembre de 2014 el demandante fue diagnosticado con “*insuficiencia renal crónica*”, sin embargo, concluyó que, de conformidad con los términos del contrato de seguro, la estructuración del siniestro por ese amparo requería que se acreditara que el asegurado debió someterse a diálisis renal, peritoneal o trasplante de riñón, lo cual no se demostró en el particular y marca el fracaso de la pretensión en tal sentido.

Luego, en lo que atañe al amparo por incapacidad total y permanente explicó que, si bien para la fecha de la sentencia obraba en el plenario dictamen de PCL superior al 50% emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, la fecha de estructuración corresponde al año 2022, es decir, con posterioridad a la vigencia de la póliza, por lo que no hay lugar a atender judicialmente la reclamación del amparo.

Reiteró, que los dos (2) motivos expuestos, esto es, i) que la PCL se estructuró por fuera de la vigencia de la póliza y ii) que el amparo por enfermedades graves se encontraba limitado a la existencia de diálisis o trasplante de riñón, son suficientes para desestimar íntegramente las pretensiones y, anotó con relación a la prescripción extintiva que, la postura jurisprudencial a que aludió la pasiva fue reiterada por la Corte en sentencia SC4904-2021, sin embargo, estimó innecesario hacer alusión a las excepciones ya que el fracaso de las pretensiones se cimienta en los argumentos expuestos en precedencia por lo que no emprendió su análisis y, por último, se abstuvo de condenar en costas al demandante en razón del amparo de pobreza concedido en su favor.

1.5 TRÁMITE DE LA APELACIÓN.

La sentencia de primera instancia fue proferida en audiencia y notificada por estrados e inmediatamente fue apelada por el demandante. La alzada fue admitida mediante auto del catorce (14) de agosto de 2024⁷ y, se dio aplicación al artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, concediéndole a las partes la oportunidad para sustentar y replicar el recurso, derecho del cual hicieron uso ambas partes.

2. CONTROL DE LEGALIDAD Y COMPETENCIA DEL SUPERIOR.

En atención a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 42 y en el artículo 132 del CGP, se aprecian reunidos los presupuestos procesales para emitir sentencia porque se verificó la demanda en forma y su trámite adecuado, la competencia del juez, la capacidad para ser parte y acudir al proceso respecto de los extremos del litigio, debiéndose destacar que no se advierten vicios ni irregularidades que configuren nulidad.

Por disposición del artículo 328 de la misma obra, el análisis se circunscribirá a los motivos de inconformidad expuestos por la parte apelante, sin perjuicio de las decisiones que se deban adoptar de oficio.

3. OBJETO DE LA APELACIÓN.

Con el propósito de que se revoque la decisión de primera instancia y, en su lugar se concedan las pretensiones, el demandante formuló y sustentó sus reparos concretos, con base en los cuales se establecerán los problemas jurídicos.

3.1 Reparos concretos⁸:

⁷ Ver archivo *05AdmiteApelacion, 02SegundaInstancia*

⁸ Ver archivo *08MemorialSolicitud, 02SegundaInstancia*

- a) *“Se presentó un error en el juzgamiento por parte del a quo, al considerar que el “ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES” es parte del contrato de seguro contenido en la Póliza de vida grupo número 70434464”, pues aquel estuvo vigente entre el 16 de abril de 2014 y el 23 de febrero de 2018, por ello, las condiciones generales que fundamentaron la demanda se encuentran identificadas con el código “01062015-1309-P-34-VGR69 y 01062015-1309-NT-P-34-VGR69”, mientras que, los condicionamientos utilizado por las demandadas para oponerse a las pretensiones y tomado en consideración en la sentencia de primera instancia, corresponde a los códigos “13/03/2018-1309-A-34-VGR-EG-00DI y 13/03/2018-1309-NT-A-34-VGR-EG” que entraron en vigencia tan solo a partir del 13 de marzo de 2018, es decir, con posterioridad a la pérdida de vigencia de la póliza. De otro lado, el clausulado disponible en la Superintendencia Financiera corresponde a los códigos “13/03/2018-1309-A-34-VGR-**EG**-00DI y 13/03/2018-1309-NT-A-34-VGR-**EG**”, que tampoco coinciden con los referidos por la pasiva. En suma, los condicionamientos que soportan la alegación de ausencia de siniestro no son aplicables al caso en concreto.*
- b) *“Aun, si en gracia de discusión se aceptara que el “ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES” si accedía o correspondía al contrato de seguro de vida grupo, tomado por la UNP, el mismo nunca fue informada en debida forma al tomador del seguro -UNP-, ni al asegurado-Luis Felipe Cuervo-”, ello se desprende de la comunicación remitida por la UNP a Zurich Colombia Seguros S.A., en la cual sostuvo la tomadora que “en ninguno de los apartes del clausulado del contrato se señala que esta patología debe ser entendida como el fallo total, crónico e irreversible de uno o de ambos riñones a consecuencia de la cual hay que practicar periódicamente*

diálisis renal o peritoneal, o el trasplante de riñón”, por lo que se incumplieron los deberes de información consagrados en el Estatuto del Consumidor.

- c) *“Se presentó un error en el juzgamiento y valoración probatoria, por parte del A Quo, al considerar que el amparo de incapacidad total y permanente no estaba llamado a afectarse”,* pues si bien la fecha de estructuración de la PCL corresponde al 14 de junio de 2022 las patologías que la fundamentaron se presentaron entre abril de 2014 y febrero de 2018, por lo que, al tenor del artículo 1073 del Código de Comercio procede el reconocimiento del amparo, además, la limitación relativa a que el amparo solo procede si la PCL se configura y califica en vigencia de la póliza es abusiva y en consecuencia inoponible al asegurado.
- d) *“Frente a la prescripción, mencionada a modo de Obiter Dictum en el fallo de 1° instancia”,* porque si bien el *a quo* no declaró expresamente la prescripción del contrato de seguro, se refirió a dos (2) sentencias que dejan entrever que la prescripción ordinaria corre a partir del enteramiento de ocurrencia del siniestro con indiferencia de si se tiene conocimiento o no de la existencia del seguro, sin embargo, el desconocimiento del seguro implica el del siniestro, pues este último no es tal sino a la luz del contrato de seguro, sin el cual es tan solo un hecho, no un siniestro y, en este caso, el asegurado se enteró de la existencia de la póliza en julio de 2017 y tan solo en mayo de 2018 se le hizo entrega del clausulado.
- e) *“Inaplicación de la consecuencia procesal por inasistir a la audiencia de conciliación”,* porque, aunque quedó probado que Zurich Colombia Seguros S.A., no asistió a la audiencia de conciliación no se aplicaron las consecuencias que ello

apareja establecidas en el artículo 59 de la Ley 2220 de 2022 que subrogó a la Ley 640 de 2001.

3.2 Réplica a la apelación⁹.

Dentro del término oportuno las compañías de seguro demandadas se opusieron al éxito de la alzada. La Previsora S.A. Compañía de Seguros, alegó esencialmente que la providencia ataca es coherente pues no se probó la afectación del amparo por enfermedades graves, ya que de conformidad con las condiciones VGR-124-REV 05-2010 la insuficiencia renal crónica requiere diálisis peritoneal o trasplante de riñón, lo cual no torna la cláusula en abusiva, adicionalmente la fecha de estructuración de la PCL fue el 16 de junio de 2022, es decir, por fuera de la vigencia de la póliza y, se configuró la prescripción extintiva pues el diagnóstico de enfermedad renal crónica data del 18 de diciembre de 2014 y la reclamación a QBE Seguros se presentó el 9 de octubre de 2017, resultando que la solicitud de conciliación no interrumpió el término ya que se radicó una vez materializada la prescripción.

Por su parte, Zurich Colombia Seguros S.A., destacó que de conformidad con el artículo 1047 del Código de Comercio, se deberán tener como condiciones del seguro las depositadas en la Superintendencia Financiera, que en este caso, tanto en el anexo aportado con la demanda como con la contestación incluye la limitación del amparo por insuficiencia renal crónica tantas veces descrito. En suma, la fecha de estructuración de la PCL corresponde al 14 de junio de 2022, es decir, por fuera de la vigencia de la póliza, circunstancias que demarcan la improcedencia de la afectación reclamada por el demandante.

⁹ Ver 16MemorialReplicaApelacion/18MemorialReplicaRecurso, 02SegundaInstancia

Con relación a la prescripción, dijo que, de encontrarse superados los presupuestos para el reconocimiento de los amparos reclamados, deberá establecerse que operó la prescripción extintiva ya que el diagnóstico de insuficiencia renal crónica se emitió el 18 de diciembre de 2014, prescribiendo la acción el mismo día y mes del año 2016 y, en gracia de discusión, si se contabilizará desde el conocimiento de la existencia de la póliza, resulta que el asegurado presentó reclamación directa el 9 de octubre de 2017, por lo que para el 27 de febrero de 2020 había fenecido el término de prescripción ordinaria. Por último, señaló que la inasistencia a la audiencia de conciliación si estuvo justificada y, en todo caso el indicio que constituiría la inasistencia injustificada no tiene el alcance de probar la estructuración de los siniestros.

3.3 Problemas Jurídicos.

Conforme a lo expuesto, corresponde a la Sala establecer si acertó la sentencia de primera instancia al desestimar las pretensiones por hallar improbadamente la ocurrencia de los siniestros amparados en la póliza No. 704344644 o si, por el contrario, procede la afectación del contrato de seguro.

En orden a ello, deberá determinarse: **a)** si se configuró el siniestro por “*ENFERMEDAD GRAVE*” contenido en la póliza No. 704344644, para lo cual deberán determinarse los condicionamientos de asegurabilidad de ese riesgo **b)** si se estructuró el siniestro por “*INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE*” en vigencia de la póliza descrita, **c)** en caso afirmativo si se configuró alguno de los medios exceptivos propuestos por los demandados, especialmente la prescripción extintiva o si procede la concesión de las pretensiones.

4. FUNDAMENTO JURÍDICO.

4.1 El contrato de seguro.

En términos del artículo 1036 del Código de Comercio “*El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva*”. Con fundamento en esa definición, de vieja data la jurisprudencia¹⁰ ha conceptuado que en virtud de aquel:

“El asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina prima, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al asegurado los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de daños o de indemnización efectiva, o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro. Salta a la vista, pues, que uno de los elementos esenciales en este esquema contractual es la obligación condicional contraída por el asegurador de ejecutar la prestación prometida si llegare a realizarse el riesgo asegurado, obligación que por lo tanto equivale al costo que ante la ocurrencia del siniestro debe aquel asumir, y significa así mismo la contraprestación a su cargo, correlativa al pago de la prima por parte del tomador”

Pese a ser, por definición, el contrato de seguro consensual, la misma jurisprudencia ha reconocido que, en la práctica, la actividad aseguradora se ejerce “*a gran escala*”, ello implica que las condiciones contractuales se encuentran preestablecidas por la compañía de seguros, por ello, su clausulado no responde a un acuerdo de partes ya que, el asegurado se limita a aceptar o rechazar los condicionamientos preestablecidos por el asegurador, por esto, se han instituido mecanismos de protección que garanticen la adecuada información del asegurado de las condiciones particulares del seguro que adquiere.

¹⁰ CSJ Sentencia del 24 de enero de 1994, expediente 4045.

Luego, del tenor del canon 1045 *ibidem*, se desprende que son elementos esenciales del seguro: *i)* El interés asegurable, *ii)* El riesgo asegurable, *iii)* La prima o precio del seguro y, *iv)* La obligación condicional a cargo del asegurador, elementos sin los cuales la convención no producirá efecto alguno.

Entre las distintas modalidades del contrato de seguro se encuentra el de personas, del cual hace parte a su vez el de vida que ocupa la atención de la Sala, por medio del cual, según ha dicho la jurisprudencia:

“ (...) se garantiza el pago de un capital previamente acordado entre las partes, que será su límite, cuando se produzca el hecho que afecta la supervivencia o salud del asegurado; el interés asegurable, según el artículo 1137 del Código de Comercio, lo tiene la persona en su propia vida, en la de las personas a quienes les pueda reclamar alimentos, y en la de aquellas por cuya muerte o incapacidad reciba un perjuicio económico, aunque este perjuicio no sea factible de evaluar de manera cierta, es decir, el objeto de ese interés es la existencia física misma. En el seguro de vida, el riesgo que asume el asegurador es la muerte del asegurado, en el que, se reitera, a diferencia del de daños, que tiene naturaleza indemnizatoria, las partes pueden libremente pactar la suma asegurada, que propiamente no responde al concepto de indemnización, sino al de prestación a cargo del asegurador por la ocurrencia del hecho que según la póliza da origen a la obligación de pagar la cantidad estipulada. Por lo tanto, con la sola ocurrencia del siniestro, debidamente acreditada, por regla general nace la obligación del asegurador de pagar el valor del seguro en la cantidad estipulada en el contrato”¹¹

4.2 Exclusiones y deber de información.

A voces del artículo 1047 del Código de Comercio, la póliza además de expresar las condiciones generales del seguro deberá contener:

¹¹ CSJ Sentencia SC, 29 abr. 2005, rad. 0037, citada en sentencia SC11204 de 2015.

*“1) La razón social o 1) La razón o denominación social del asegurador; 2) El nombre del tomador; 3) Los nombres del asegurado y del beneficiario o la forma de identificarlos, si fueren distintos del tomador; 4) La calidad en que actúe el tomador del seguro; 5) La identificación precisa de la cosa o persona con respecto a las cuales se contrata el seguro; 6) La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras; 7) La suma aseguradora o el modo de precisarla; 8) La prima o el modo de calcularla y la forma de su pago; 9) Los riesgos que el asegurador toma su cargo; 10) La fecha en que se extiende y la firma del asegurador, y 11) **Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes.***

Parágrafo: En los casos en que no aparezca expresamente acordadas, se tendrán como condiciones del contrato aquellas de la póliza o anexo que el asegurador haya depositado en la Superintendencia Bancaria para el mismo ramo, amparo, modalidad del contrato y tipo de riesgo.” (Se destaca)

De conformidad con el canon 1056 *ibidem* “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”, a esos eventos no asegurados se les ha denominado “exclusiones”, que se entienden como “hechos o circunstancias que, aun siendo origen del evento dañoso o efecto del mismo, no obligan la responsabilidad del asegurador. Afectan, en su raíz, el derecho del asegurado o beneficiario a la prestación prevista en el contrato de seguro. Tienen carácter impeditivo en la medida en que obstruyen el nacimiento de ese derecho y, por ende, el de la obligación correspondiente”¹², proceder que ha sido avalado por la jurisprudencia:

“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

¹² OSSA, Efrén. Teoría General del Seguro – El contrato. Ed. Temis, Bogotá. 1991, p. 469, citado en sentencia CSJ SC2879 de 2022.

circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, queden sin embargo excluidas de la protección que promete por el contrato. Son estas las llamadas exclusiones”¹³

Las Leyes 1328 de 2009 y 1480 de 2011 desarrollan deberes y obligaciones en cabeza de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera en punto de las formalidades que se deben cumplir en los contratos de adhesión, incluido el de seguro, entre ellos preceptúa la forma en que deben redactarse los amparos básicos y exclusiones. El particular fue analizado por la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC2879-2022, en la cual indicó:

*“Con el propósito señalado, obra, entre otras disposiciones, el artículo 37 del Estatuto del Consumidor (Ley 1480 de 2011), conforme al cual en los contratos de adhesión se debe informar previamente al contratante - con suficiencia y claridad- la existencia, efectos y alcance de las condiciones generales, que deben ser redactadas en forma clara, completa y concreta. Respecto al contrato de seguro exige expresamente que «el asegurador hará entrega anticipada del clausulado al tomador, **explicándole** el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías».*

Acorde con ello, el referido precepto establece una sanción de ineficacia para las condiciones negociales generales que no reúnan tales requerimientos, al disponer que se tendrán como no escritas” (Se destaca)

Con fundamento en los razonamientos expuestos, en esa oportunidad la Corporación señaló:

“... considera la Corte que una adecuada interpretación del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero exige su análisis armónico con la normativa que ha proferido la Superintendencia Financiera «para el adecuado cumplimiento de lo señalado en el artículo 184 numeral 2° EOSF» y concretamente, la exigencia de la CE

¹³ CSJ SC, 7 pct. 1985, reiterada en SC3839 de 2020.

029 de 2014 respecto a la ubicación de los amparos y exclusiones a partir de la primera página de la póliza, interpretación que no sólo permite cumplir con las exigencias de información y conocimiento del tomador sino también atender el principio general de prevalencia de la voluntad de las partes contratantes.

A juicio de la Sala, esta intelección se corresponde en mejor medida con las condiciones actuales del mercado asegurador, en el que se ha llegado a un grado de detalle en la delimitación del riesgo que, por lo general, haría imposible la inclusión de todas las coberturas y exclusiones únicamente en la primera página de la póliza –al menos en un formato legible, como es de rigor–.

Sostener una interpretación contraria, es decir, exigir la consignación forzosa y exclusiva de las exclusiones en la primera página de la póliza, podría cercenar o restar efectos a la facultad de delimitación de riesgos legalmente otorgada al asegurador, en tanto castigaría con ineficacia las exclusiones consignadas de manera clara e ininterrumpida a partir de la primera página.

...

*Así las cosas, con base en las anteriores consideraciones la Corte unifica su posición, en el sentido de definir la adecuada interpretación de la norma sustancial bajo estudio, esto es, del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, conforme a la cual, en sintonía con las disposiciones de la Circular Jurídica Básica de la Superintendencia Financiera de Colombia, **en las pólizas de seguro los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, a partir de la primera página de la póliza, en forma continua e ininterrumpida.***

Ahora bien, con el propósito de aquilatar la hermenéutica de la norma en cuestión, debe recordarse que, conforme lo establece el artículo 1046 del Código de Comercio, se denomina póliza al documento que recoge el contrato de seguro. Esta póliza en sentido amplio contiene, como se ha visto, (i) la carátula, en la que se consignan las condiciones particulares del artículo 1047 ibídem y las advertencias de mora establecidas en los cánones 1068 y 1152 del mismo Código; (ii) el clausulado del contrato, que corresponde a las condiciones negociales generales o clausulado general; y (iii) los anexos, en los términos del artículo 1048 ejusdem.” (Se destaca)

Postura que fue reiterada posteriormente¹⁴ encontrándose vigente la obligación de plasmar **a partir de la primera página de la póliza en forma continua, ininterrumpida y con caracteres destacados los amparos básicos y exclusiones**, con lo cual se entienden cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el deber de información que gravita en cabeza del asegurador, frente a lo cual, ha dicho la Corporación en cita:

*“Una interpretación armónica y sistemática de ese plexo normativo indefectiblemente permite corroborar, como se indicó en la parte inicial de las consideraciones de este segmento, que en materia aseguraticia las diferentes fases de los pactos se rigen por el principio de la buena fe en sus distintas expresiones, en especial el deber de información catalogado por la doctrina como un deber o regla secundaria de conducta¹⁵, que en estos casos impone a las entidades vigiladas brindar al otro contratante como consumidor de los servicios por ellas ofrecidos información «cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigiladas» (lit. c, art. 3. L. 1328 de 2009), y en su calidad de predisponentes en los contratos de adhesión, **informar «suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia, efectos y alcance de las condiciones generales»**, y particularmente, en los contratos de seguro, le impone al asegurador el deber de hacer «entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías.*

La efectividad de los citados mandatos de protección de los contratantes adherentes y, por lo mismo, débiles en la relación mercantil de consumo, está garantizada en la misma normativa. Así, es irrefutable que tanto el parágrafo del artículo 11 de la Ley 1328 de 2009¹⁶, como el inciso final del artículo 37 del Estatuto del

¹⁴ CSJ SC 276 de 2023 “...el propósito previsto en el artículo 184 del Decreto 663 de 1993 se cumple si los amparos y las exclusiones pactadas en el contrato de seguro son consignados a partir de la primera página de la póliza, en forma continua e ininterrumpida, de ahí que cualquier tesis contraria a esa inteligencia se reciba opuesta al ordenamiento legal”

¹⁵ Cfr. Stiglitz, Rubén S. y otros. “Reglas secundarias de conducta”. En: Contratos. Teoría General I. Buenos Aires. De Palma. Pág. 477.

¹⁶ “Cualquier estipulación o utilización de cláusulas abusivas en un contrato se entenderá por no escrita o sin efectos para el consumidor financiero.”

*Consumidor¹⁷, cuando aluden a que ciertas cláusulas «**se tendrán por no escritas**» consagran un caso específico de ineficacia por inexistencia no del negocio jurídico en su integridad, sino de las cláusulas que, en su orden, contravengan las pautas de proscripción de abusividad o los requisitos de las condiciones generales en los contratos de adhesión.»¹⁸ (Se destaca)*

Esta postura que materializa los deberes de información y entrega de las compañías de seguro ha sido acogida previamente por esta Sala de decisión¹⁹, quedando sentado que, de los términos de la Ley 1328 de 2009 y Ley 1480 de 2011 se desprende irrefutablemente que la compañía de seguros cuando alega exclusión del amparo reclamado por el asegurado o beneficiario, deberá acreditar que entregó y explicó el clausulado al tomador al momento de suscripción del contrato, en caso contrario, la cláusula que estipula la exclusión no será oponible al asegurado²⁰. Recientemente, la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia²¹, decantó que el análisis del cumplimiento de las disposiciones imperativas en los contratos de seguro no desborda el marco de competencia del juez de segunda instancia pues:

“2.2. El superior, al desatar la alzada eventualmente puede resolver reparos expresamente no formulados. En efecto, tratándose de aspectos inescindiblemente vinculados a la apelación. Sobre el punto, tópicos en donde esté inmerso el orden público -como las que imponen la nulidad o la ineficacia de pleno derecho-

...

¹⁷ “Serán ineficaces y se tendrán por no escritas las condiciones generales de los contratos de adhesión que no reúnan los requisitos señalados en este artículo”.

¹⁸ CSJ SC1301 de 2022.

¹⁹ Ver sentencia del 4 de octubre de 2023, Rad. 05001310302220210024301, MP. Martín Agudelo Ramírez.

²⁰ STC17390 de 2017 “Al respecto, esta Corporación en varias oportunidades ha aclarado que el marco legal que regula el tema de las exclusiones en las pólizas de seguro es de naturaleza pública y, por tanto, de obligatorio cumplimiento, lo que vicia de ineficacia las estipulaciones de los contratos de seguro que se celebren con desconocimiento de tales formalidades. En consecuencia, las exclusiones que contravengan los requerimientos legales, como su redacción en caracteres destacados en la primera página de la póliza, se tendrán en todos los casos como no escritas, tal como lo ha afirmado esta Corte en STC del 25 de julio de 2013 (Rad. 01591-01) y STC514 del 29 de enero de 2015 (Rad. 2015-00036-00).”

²¹ Sentencia SC2100 de 2024.

Para el efecto, citó los artículos 1047 y 1048 del Código de Comercio, así como el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, a cuyas voces, el contenido de las pólizas «debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, al presente estatuto y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva».

2.4. En otras palabras, el Tribunal aplicó una norma de orden público. Estudió el contenido de la póliza a luz del artículo 184 ejusdem.”

5. CASO CONCRETO.

En el asunto bajo estudio se discute la responsabilidad civil contractual²² de las demandadas y en ese contexto, no hay duda en cuanto a la demostración de los siguientes presupuestos axiológicos: **i)** la existencia de un vínculo jurídico entre las partes materializado en la póliza de seguro grupo vida No. 000704344644 expedida por QBE seguros S.A. (Hoy Zurich Colombia Seguros S.A.) en que fungió como tomadora la Unidad Nacional de Protección, **ii)** la traslación del riesgo amparado en esa póliza en un 40% vía coaseguro a La Previsora S.A. Compañía de Seguros, **iii)** que los beneficiarios de ese seguro eran los “empleados al servicio del tomador”, **iv)** la renovación sucesiva y vigencia de esa póliza para el período comprendido entre el 16-04-2014 y el 23-02-2018, **v)** que el seguro ampara, entre otros, los riesgos de “incapacidad total y permanente” y “enfermedades graves”, incluida la “insuficiencia renal crónica” y, **vi)** que en vigencia de la póliza y del vínculo contractual con la UNP se le diagnosticó al demandante “insuficiencia renal crónica”, que no requirió diálisis renal, peritoneal o trasplante de riñón.

²² CSJ SC5585 de 2019 “(...) la responsabilidad contractual está edificada sobre los siguientes pilares axiológicos: a) la preexistencia de un vínculo jurídico entre las partes; b) su incumplimiento relevante por quien es demandado; c) la generación de un perjuicio significativo para el actor; y d) la conexión causal entre la referida insatisfacción de los deberes convencionales y el correspondiente daño irrogado.” Reiterado en Sentencia SC5142 de 2020.

También es pacífico, que el asegurado presentó en octubre de 2017 reclamación directa ante la compañía de seguros alegando la configuración del riesgo amparado por “*enfermedades graves*” y, que esa solicitud fue objetada por QBE Seguros S.A. (*Hoy Zurich Colombia Seguros S.A.*) en octubre del mismo año, alegando que en las condiciones de la póliza se definió que el amparo por insuficiencia renal crónica requería que el asegurado fuera sometido a diálisis renal, peritoneal o trasplante de riñón, por lo que, como los documentos médicos demuestran que el asegurado no requirió reemplazo renal, no se configuró el siniestro, postura que fue reiterada el 20 de noviembre de 2018 y el 8 de abril de 2019, adicionando en esta última oportunidad que la prescripción extintiva ocurrió el 18 de diciembre de 2016, lo que torna improcedente la reclamación.

Claro lo anterior procede abordar los problemas jurídicos propuestos, advirtiéndole que, si bien el *a quo* citó en sus consideraciones precedentes de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia relativos a la prescripción del contrato de seguro, ello no fue objeto de pronunciamiento judicial de fondo, constituyendo efectivamente un comentario u observación de paso (*obiter dicta*) y no una razón de la decisión vinculante, por lo que, la Sala tan solo se ocupará de resolver los reparos formulados contra la cuestión decidida²³.

- **5.1 ¿Se configuró el siniestro por “ENFERMEDAD GRAVE” contenido en la póliza No. 704344644 de cara a las condiciones de asegurabilidad de ese riesgo?**

La parte actora se duele de que el condicionado de la póliza acompañado con la demanda, que le fuera remitido por Correcol

²³ CGP “**ARTÍCULO 320. FINES DE LA APELACIÓN.** El recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, para que el superior revoque o reforme la decisión.” (Se destaca)

Bien, advirtiéndole que las condiciones específicas del seguro, concretamente la definición de “*insuficiencia renal crónica*” como parte de los amparos por enfermedad grave, es uno de los puntos basilares sobre los cuales versó la defensa y ahora la apelación, es menester para la solución de los demás problemas jurídicos determinar el condicionado que rige en ese aspecto el contrato, para tal efecto, es preciso advertir que reposan en el plenario no solo diversos condicionados sino incluso carátulas de la póliza No. 000704344644. Así, la activa allegó la siguiente carátula:

Ver 2.0

CONFIDENCIAL

QBE

ANEXO DE MODIFICACION

QBE Seguros S.A.

Calle 100 No. 10-10, Bogotá D.C.
Tel: (57) 312 4500000 Fax: (57) 312 4500001
E-mail: qbe@qbe.com.co Web: www.qbe.com.co

POLIZA DE VIDA GRUPO

PAG. 1

No. POLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. POLIZALIDER	No. ANEXOLIDER	No. CERTIFICADOLIDER
00070434664	900037921				

TOMADOR UNIDAD NACIONAL DE PROTECCION

DIRECCION 11001, AV CL 26 59 - 41 PISO 8

IDENTIFICACION 900475780 **TELÉFONO** 4269800

CIUDAD BOGOTÁ

TOMADOR ASEGURADO UNIDAD NACIONAL DE PROTECCION

DIRECCION 11001, AV CL 26 59 - 41 PISO 8

IDENTIFICACION 900475780 **TELÉFONO** 4269800

CIUDAD BOGOTÁ

ASEGURADO

BENEFICIARIO

IDENTIFICACION

% PARTICIPACION

MONEDA:
TASA DE CAMBIO 1

FECHA EXPEDICION

DESDE
2014/05/12

VIGENCIA
HORAS 00:00
HASTA 2017/04/18

Nº DIAS
HORAS 24:00
366

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

DEDUCIBLES
Tipos Mínimo

VIDA GRUPO - FUNCIONARIOS

\$ 42.812.000.000

Mantenimiento

\$ 42.812.000.000

Derecho de Indemnización por Muerte - Grupo

\$ 42.812.000.000

Incapacidad Total y Permanente - Grupo

\$ 42.812.000.000

Incapacidad Temporal - Grupo

\$ 42.812.000.000

Enfermedades Graves - Grupo

\$ 26.542.140.000

Anexo Autoprotección Odontológica

\$ 42.812.000.000

Anexo Fumigación - Grupo

\$ 42.812.000.000

24

Que consigna los siguientes amparos:


²⁴ Ver archivo *03CuadernoPrincipalFl1-197*, página 132

CONDICIONES PARTICULARES	
AMPAROS	Muerte por cualquier causa, incluye homicidio (Incluido atraco), suicidio, terrorismo y SIDA (siempre y cuando no sea preexistencia) desde el primer día de vigencia de la póliza.
Limite Asegurado 100% del valor asegurado	
Incapacidad total y permanente por accidente o enfermedad, incluyendo lesiones por intento de suicidio y homicidio.	
Limite Asegurado 100% del valor asegurado	
Indemnización adicional por muerte accidental, incluyendo terrorismo y homicidio de cualquier tipo, aviación comercial.	
Limite Asegurado 100% del valor asegurado	
Beneficios por Desmembración, Incluye intento de homicidio (atraco).	
Limite Asegurado 100% del valor asegurado segun tabla de indemnizaciones.	
Enfermedades Graves como anticipo del básico 50%. Cubre:	
Cáncer (no insitu).	
Insuficiencia renal crónica,	
Infarto de miocardio,	
Cirugía arteriocoronaria,	
Accidente cerebrovascular,	
Esclerosis múltiples.	
Trasplantes de órganos vitales	
Limite 50% del valor asegurado en el amparo básico de vida.	

Por su parte, la Previsora S.A. Compañía de Seguros, arribó la siguiente:

PÓLIZA N°
1001713

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2


PREVISORA
SEGUROS

17

SEGURO VIDA GRUPO PÓLIZA NORMAL (COASEGURO ACEPTADO)

SOLICITUD DÍA 27	MES 6	AÑO 2014	CERTIFICADO DE EXPEDICION	N° CERTIFICADO 0	CIA. PÓLIZA LIDER N° 4-000704344644	CERTIFICADO LIDER N° 0	A.P. NO									
TOMADOR 20027765-UNIDAD NACIONAL DE PROTECCION DIRECCIÓN AVENIDA CALLE 26 NO. 59-65 PISO 8, SANTA FE DE BOGOTÁ DC, BOGOTÁ						NIT 900.475.780-1 TELÉFONO 2427440										
ASEGURADO 20027765-UNIDAD NACIONAL DE PROTECCION DIRECCIÓN AVENIDA CALLE 26 NO. 59-65 PISO 8, SANTA FE DE BOGOTÁ DC, BOGOTÁ						NIT 900.475.780-1 TELÉFONO 2427440										
EMITIDO EN BOGOTÁ			CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN				VIGENCIA				NÚMERO DE DÍAS			
MONEDA Pesos					DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	DESDE AÑO	A LAS	DÍA	MES	HASTA AÑO	A LAS	
TIPO CAMBIO 1.00			7002	70	27	6	2014	16	4	2014	00:00	19	4	2017	00:00	1099
CARGAR A: UNIDAD NACIONAL DE PROTECCION						FORMA DE PAGO 34. REGIONAL ESTATAL				VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 0.00						
CATEGORIA: 1- FUNCIONARIO ACTIVOS																
AMPAROS VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL																
VIDA 17,124,800,000.00																
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 17,124,800,000.00																
INDEMNIZAC. ADICIONAL POR MUERTE ACCID. 17,124,800,000.00																
BENEFICIOS POR DESMEMBRACION 17,124,800,000.00																
ENFERMEDADES GRAVES 8,562,400,000.00																
VGP-002-5 - POLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO																
SE EXPIDE LA PRESENTE POLIZA A PARTIR DE LA VIGENCIA ARRIBA INDICADA, SEGUN POLIZA LIDER No. 000704344644 Y ANEXO LIDER No. 0.																

25

Esta incluye como amparos:

25 Ver archivo 07.Memorial02.JunContestaciónPrevisoraS.A., páginas 18 a 54

Valores asegurados:
100 SMMLV por cada asegurado.

AMPAROS

Muerte por cualquier causa, incluye homicidio (Incluido atraco), suicidio, terrorismo y SIDA (siempre y cuando no sea preexistencia) desde el primer día de vigencia de la póliza.

Límite Asegurado 100% del valor asegurado

- Incapacidad total y permanente por accidente o enfermedad, incluyendo lesiones por intento de suicidio y homicidio.

Límite Asegurado 100% del valor asegurado

- Indemnización adicional por muerte accidental. Incluyendo terrorismo y homicidio de cualquier tipo, aviación comercial.

Límite Asegurado 100% del valor asegurado

- Beneficios por Desmembración. Incluye intento de homicidio (atraco).

Límite Asegurado 100% del valor asegurado según tabla de indemnizaciones.

- Enfermedades Graves como anticipo del básico 50%, Cubre:
Cáncer (no insitu),
Insuficiencia renal crónica,
Infarto de miocardio,
Cirugía arteriocroronaria,
Accidente cerebrovascular,
Esclerosis múltiples
Trasplantes de órganos vitales

Límite 50% del valor asegurado en el amparo básico de vida.

- Auxilio Funerario como valor adicional al amparo básico de vida, sin cobro de prima; sin necesidad de demostrar el pago por este concepto, hasta

15 SMMLV. Más (+) \$6.100.000.

-EADDES

- Muerte por cualquier causa

Ingreso: sin restricciones de edades

Permanencia: Ilimitada

- Incapacidad total y permanente por accidente o enfermedad,

Ingreso: sin restricciones de edades

Permanencia: Ilimitada

- Indemnización adicional por muerte accidental y Beneficios por Desmembración.

Ingreso: sin restricciones de edades

Permanencia: Ilimitada

- Enfermedades Graves como anticipo del básico 62%.

Ingreso: sin restricciones de edades


Permanencia: Ilimitada

Auxilio Funerario

Ingreso: sin restricciones de edades


Permanencia: Ilimitada

A su turno, Zurich Colombia Seguros S.A hizo lo propio adosando carátula del siguiente tenor:



Colombia Seguros S.A. NIT 860.002.534-0
 116 No. 7-15 Of. 1201 Bogotá D.C., Colombia
 Tel: (1) 518 5445 Línea Servicio al Cliente 01 8000-112 723
 www.colseguros.com.co

c.s.2.09R3F



PAG. 1

POLIZA DE VIDA GRUPO

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LIDER	No. ANEXO LIDER	No. CERTIFICADO LIDER
000704344644	0				

TOMADOR UNIDAD NACIONAL DE PROTECCION <hr/> IDENTIFICACION 900475780 TELEFONO 4269800 <hr/> TOMADOR ASEGURADO UNIDAD NACIONAL DE PROTECCION <hr/> IDENTIFICACION 900475780 TELEFONO 4269800 <hr/> ASEGURADO	DIRECCION 11001, , AV CL 26 59 - 41 PISO 8 <hr/> CIUDAD BOGOTA <hr/> DIRECCION 11001, , AV CL 26 59 - 41 PISO 8 <hr/> CIUDAD BOGOTA
--	--

BENEFICIARIO	IDENTIFICACION	% PARTICIPACION

MONEDA:	COP	FECHA EXPEDICION	VIGENCIA				No. DIAS
TASA DE CAMBIO	1	2014/05/08	DESDE 2014/04/16	HORAS 00:00	HASTA 2017/04/18	HORAS 24:00	1099

AMPAROS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLES		
		Tipo	Valor /	Porc. Minimo
COP				
Muerte - Grupo	COP		0	.00
Doble Indemnizacion Por Muerte Accidental - Grupo	COP		0	.00
Incapacidad Total Y Permanente (Itip) - Grupo	COP		0	.00
Incapacidad Temporal O Total Temporal - Grupo	COP		0	.00
Enfermedades Graves - Grupo	COP		0	.00
Anexo Asistencia Odontologica	COP		0	.00
Auxilio Funerario - Grupo	COP		0	.00
			Dias	

CONDICIONES PARTICULARES	
AMPAROS	Muerte por cualquier causa, incluye homicidio (Incluido atraco), suicidio, terrorismo y SIDA (siempre y cuando no sea preexistencia) desde el primer día de vigencia de la póliza.
Limite Asegurado	100% del valor asegurado
-Incapacidad total y permanente por accidente o enfermedad, incluyendo lesiones por intento de suicidio y homicidio.	Limite Asegurado 100% del valor asegurado
-Indemnización adicional por muerte accidental, incluyendo terrorismo y homicidio de cualquier tipo, aviación comercial.	Limite Asegurado 100% del valor asegurado
-Beneficios por Desmembración. Incluye intento de homicidio (atraco).	Limite Asegurado 100% del valor asegurado según tabla de indemnizaciones.
-Enfermedades Graves como anticipo del básico 50%, Cubre: Cáncer (no insitu), Insuficiencia renal crónica, Infarto de miocardio, Cirugía arteriocoronaria, Accidente cerebrovascular, Esclerosis múltiples Trasplantes de órganos vitales	Limite 50% del valor asegurado en el amparo básico de vida.
-Auxilio Funerario como valor adicional al amparo básico de vida, sin cobro de prima; sin necesidad de demostrar el pago por este concepto, hasta 15 SMMML.V. Más (+) \$6.100.000.	

Bien, a pesar de las discrepancias en cuanto a su membrete y presentación, las anotadas carátulas no se alejan en los aspectos más esenciales: **tomador, asegurados y amparos**, por lo cual no cabe duda de que con la póliza No. 000704344644 las demandadas asumieron entre el 16 de abril de 2014 y el 23 de febrero de 2018 el riesgo por invalidez total y permanente y enfermedades graves *-incluida la insuficiencia renal crónica-* que pudieran sufrir *“todas las personas vinculadas con la entidad tomadora, como empleado”*, sin embargo, ciertamente tales documentos no contemplan exclusión en el riesgo por enfermedad grave, ni remiten a un condicionado general específico. Al efecto, el parágrafo único del artículo 1047 del Código de Comercio, establece:

“En los casos en que no aparezca expresamente acordadas, se tendrán como condiciones del contrato aquellas de la póliza o anexo que el asegurador haya depositado en la Superintendencia Bancaria para el mismo ramo, amparo, modalidad del contrato y tipo de riesgo”

Así, mientras la activa y Zurich Colombia Seguros S.A aportaron clausulado identificado como *“01062015-1309-P-34-VGR69 / 01062015-1309-NT-P-34-VGR69”*, que no contempla la definición de las patologías contenidas en el amparo por enfermedades graves, dicha aseguradora aportó inicialmente el

condicionado F.VGR-124Rev. 05-2010/²⁷, en el cual se definió la insuficiencia renal crónica así:

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: El fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, a consecuencia de la cual hay que practicar periódicamente diálisis renal, o el trasplante de riñón.

Empero, la misma compañía de seguros con la contestación a la reforma arribó un nuevo condicionado “13/03/2018-1309-A-34-VGR-EG-00DI / 13/03/2018-1309 NT-A-34-VGR-EG POLIZA DE VIDA GRUPO ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES”, en el cual se conceptuó así la anotada patología:

1.4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

EL FALLO TOTAL, CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE UNO O DE AMBOS RIÑONES, A CONSECUENCIA DE LA CUAL HAY QUE PRACTICAR PERIÓDICAMENTE DIÁLISIS RENAL O PERITONEAL, O EL TRASPLANTE DEL RIÑÓN.

Debe recordarse que fue ésta última la definición que de insuficiencia renal crónica plasmó en su momento QBE Seguros S.A., en la objeción inicial²⁸ y frente a la cual la coaseguradora dijo expresamente en su contestación inicial:

“En la parte inicial de este punto se debería incluir lo relativo al numeral 1.4 que citó QBE en su objeción inicial y las reiteradas ratificaciones, el cual hace referencia a que la póliza contaba con una definición de IRC y de acuerdo con la historia clínica no se cumplen los presupuestos para que se configure el siniestro, no obstante no hay claridad alguna respecto de donde fue tomado ese texto ya que en las condiciones generales como particulares con las que contamos no está y éste sería el principal argumento de defensa.” (Se destaca)

²⁷ Ibid.

²⁸ Ver archivo 03CuadernoPrincipalFL1-197, página 86

La inconsistencia que presupone aportar dos (2) condicionados distintos para el mismo amparo, no puede pasar desapercibida en el litigio, a lo cual debe sumarse que asegurado y coaseguradora desconocían el texto del cual se extrajo esa definición de insuficiencia renal crónica, adicionalmente, en el anexo de enfermedades graves que se invocó inicialmente se dejó de indicar la póliza de vida grupo a la cual accedía, resultando inviable correlacionar ambos documentos.



QBE Seguros S. A.
NIT: 800.032.534-0
Carrera 7 No. 76-35 Pisos 7, 8 y 9 Bogotá, D. C. Colombia
PDX: (57 - 1) 319 0730 Fax: (57-1) 319 0749 /39 /38 /33 /21 /15
Líneas Nacionales: 01 8000-112460 / 122131 www.qbe.com.co

El presente anexo forma parte integrante de la Póliza de Vida Grupo N°

ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

Mediante el presente anexo y previo el pago de la prima adicional correspondiente, QBE Seguros S. A., conviene otorgar la siguiente cobertura, la cual se registrará por las siguientes condiciones:

En suma, el anexo allegado con la contestación a la reforma tiene fecha del 13 de marzo de 2018, es decir, con posterioridad al vencimiento de la póliza.

Aunque es deber de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera, entre ellas, las compañías de seguros generales y vida *“Dar constancia del estado y/o las condiciones específicas de los productos a una fecha determinada”*²⁹, en este particular caso, tal deber reluce incumplido ya que no es posible determinar cual de los dos (2) anexos para enfermedades graves se encontraba vigente y registrado para diciembre de 2014 (*fecha del diagnóstico que origina el reclamo*), esto no solo porque se allegaron varios clausulados, sino porque la coaseguradora desconocía el texto que fundamenta la objeción, lo cual permite evidenciar que no era ninguno de los referidos anexos para enfermedades graves el

²⁹ Literal j) artículo 7° Ley 1328 de 2009.

que regía la póliza para ese momento, sino el distinguido con el código “01062015-1309-P-34-VGR69 / 01062015-1309-NT-P-34-VGR69”, denominado CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE VIDA GRUPO.

A esta conclusión se puede llegar tomando en consideración que, pese al reparo que en la oportunidad de sustentación de la alzada realizó el demandante frente a la designación del condicionado (*inconsistencias en el nombre*), ciertamente las partes fueron contestes en reconocer y citar en las debidas oportunidades procesales ese condicionado para la póliza No. 000704344644, por lo que no cabe duda que fueron los términos allí pactados los que condicionaron los amparos, adicionalmente, véase que ese texto no sólo refiere al amparo de vida, sino a otros riesgos, entre ellos, incapacidad total y permanente, indemnización adicional por muerte accidental, beneficio por desmembración, renta diaria por hospitalización, bono canasta y auxilio funerario, sin incluir en su tenor la definición que de insuficiencia renal crónica pretende oponer la aseguradora líder, en este contexto, resulta que, efectivamente la mencionada póliza cubrió desde sus albores dentro del amparo por enfermedades graves la insuficiencia renal crónica sin atenuantes o condicionamientos.

Así las cosas, con la demanda se acompañó historia clínica del asegurado Luis Felipe Cuervo Clavijo que permite evidenciar sin dubitación que aquel fue diagnosticado el 18 de diciembre de 2014 con insuficiencia renal crónica no especificada.

Diagnósticos

* 18.12.2014 07:00

N189

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA

Estado

: Confirmado

Tipo

: Ingreso

Luego, dentro de la vigencia de la póliza se configuró el riesgo amparado, es decir, se consolidó el siniestro³⁰, lo cual torna procedente la afectación de la póliza en esa cobertura y determina la prosperidad del reparo. Ahora, si en gracia de discusión se aceptara que los anexos por enfermedades graves que arribó al litigio Zurich Colombia Seguros S.A., regían y condicionaban dicho amparo, debe recordarse que entre los deberes de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera contemplados en el artículo 7° de la Ley 1328 de 2009 se encuentran:

“c) Suministrar información comprensible y publicidad transparente, clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado.

...

f) Elaborar los contratos y anexos que regulen las relaciones con los clientes, con claridad, en caracteres legibles a simple vista, y ponerlos a disposición de estos para su aceptación. Copia de los documentos que soporten la relación contractual deberá estar a disposición del respectivo cliente, y contendrá los términos y condiciones del producto o servicio, los derechos y obligaciones, y las tasas de interés, precios o tarifas y la forma para determinarlos.”

Ese deber de información es materialización de la protección al contratante adherente³¹, debido a que las condiciones del contrato no están sometidas a la libre discusión de las partes, ya que mientras la compañía de seguros redacta el clausulado, el tomador se limita a aceptar dichos términos. Con relación a los contratos de adhesión el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011, estipula que:

“Condiciones negociales generales y de los contratos de adhesión. Las Condiciones Negociales Generales y de

³⁰ Código de Comercio. “ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.”

³¹ Ibid. Artículo 1° “...f) **Contratos de adhesión:** Son los contratos elaborados unilateralmente por la entidad vigilada y cuyas cláusulas y/o condiciones no pueden ser discutidas libre y previamente por los clientes, limitándose estos a expresar su aceptación o a rechazarlos en su integridad.”

los contratos de adhesión deberán cumplir como mínimo los siguientes requisitos:

1. Haber **informado** suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia efectos y alcance de las condiciones generales. En los contratos se utilizará el idioma castellano.
2. Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas.
3. En los contratos escritos, los caracteres deberán ser legibles a simple vista y no incluir espacios en blanco, En los contratos de seguros, el asegurador hará entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías.

Serán ineficaces y se tendrán por no escritas las condiciones generales de los contratos de adhesión que no reúnan los requisitos señalados en este artículo.” (Se destaca)

Indudablemente, la disposición normativa en comento establece tres (3) acciones en cabeza de la compañía de seguros de cara a los condicionamientos del contrato, informar³², entregar³³ y explicar³⁴, sin embargo, pese a las diferentes acepciones de cada uno de esos verbos la finalidad del legislador no es otra que garantizar el conocimiento previo del adherente de los términos del contrato de seguro, es decir, esas tres (3) acciones se subsumen en el deber de información, quedando sentado que el incumplimiento de esa carga, tiene como consecuencia la ineficacia de las estipulaciones contractuales que no reúnan tales requisitos.

Efectuadas estas precisiones reluce que, las demandadas no aportaron al proceso prueba alguna que diera cuenta del cumplimiento del deber de información, no sólo porque ni siquiera una de las coaseguradoras conocía ese

³² “tr. Enterar o dar noticia de algo.” <https://dle.rae.es/informar>

³³ “tr. Dar algo a alguien, o hacer que pase a tenerlo.” <https://dle.rae.es/entregar>

³⁴ “tr. Declarar o exponer cualquier materia, doctrina o texto difícil, con palabras muy claras para hacerlos más perceptibles.” <https://dle.rae.es/explicar>

condicionamiento de enfermedades graves, sino especialmente porque la UNP como tomadora lo desconocía, como se desprende de la misiva fechada 28 de enero de 2019 a través de la cual Leopoldo Guzmán Turcios como Supervisor de Contratos de Seguros de la entidad, refirió:

Teniendo en cuenta la reclamación presentada por el señor LUIS FELIPE CUERVO CLAVIJO identificado con cédula de ciudadanía N° 14.207.966, la cual fuera objetada por ustedes en dos oportunidades aduciendo que su condición de salud no se ajusta a las catalogadas dentro de la póliza N° 000704344644 como enfermedades graves, solicito su colaboración explicando los fundamentos de hecho y de derecho en que se basa tal negativa.

Al respecto es importante señalar que dentro de las condiciones pactadas entre QBE Seguros S.A. y la Unidad Nacional de Protección en la póliza N° 000704344644, se encuentra estipulada la cobertura por insuficiencia renal crónica y que en ninguno de los apartes del clausulado del contrato se señala que esta patología deba ser entendida como "el fallo total, crónico e irreversible de uno o de ambos riñones a consecuencia de la cual hay que practicar periódicamente diálisis renal o peritoneal, o el trasplante de riñón".

Aunado a lo anterior, el señor CUERVO CLAVIJO ha allegado en varias oportunidades su historia clínica en la que se evidencia que el 18 de diciembre de 2014 fue diagnosticado con insuficiencia renal crónica por el Hospital Universitario San Vicente Fundación.

Así las cosas, solicito se sirvan informar la razón por la cual hasta la fecha se ha negado el amparo y se haga efectivo el pago de la indemnización al señor LUIS FELIPE CUERVO CLAVIJO, de acuerdo a las condiciones pactadas.

Ese documento alcanzó la calidad de prueba porque la pasiva no solicitó su ratificación y, aunque al tenor del artículo 167 del CGP es la parte que pretenda acreditar un determinado hecho del que quiera valerse la que deberá aportar al proceso las pruebas que lo demuestren, la negación indefinida por expresa disposición no requiere prueba, por ello, eran las compañías de seguros quienes debían acreditar que informaron previamente a la tomadora de las condiciones que le oponen al asegurado.

El incumplimiento de la carga de la prueba, tiene como consecuencia que es la parte que deja de probar un determinado hecho del que pretendía beneficiarse la que deberá soportar las consecuencias de esa negligencia probatoria, que en este caso puntual se subsume en la ausencia de demostración del cumplimiento del deber de información de los condicionamientos del seguro en punto del amparo por enfermedades graves a la tomadora, circunstancia que en la hipótesis de tener por vigente y aplicable al caso concreto alguno de los anexos allegados por

Zurich Colombia Seguros S.A., aparejaría su ineficacia, resultando procedente en tal medida la afectación del amparo por la configuración del siniestro.

En suma, incluso si se acreditara entregado ese anexo, ello *per se* no supliría la carga informativa³⁵, pues se insiste, lo relevante es informar al asegurado sobre los condicionamientos del contrato al cual se adhiere, sin embargo, las demandadas no solo dejaron de probar la entrega del condicionamiento al amparo por enfermedades graves, sino que dejaron huérfano el proceso de evidencia que acreditara que pese a su expresa manifestación, la tomadora tenía conocimiento de la limitación en el riesgo por insuficiencia renal crónica, en consecuencia se insiste, saldrá adelante el reparo en este sentido.

- **5.2 ¿Se estructuró el siniestro por “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE” en vigencia de la póliza descrita?**

³⁵ CSJ SC495 de 2023 “... podría darse el caso de que el tomador del seguro estuviera al tanto de las condiciones generales del contrato al cual se adhirió, incluso sin haber recibido físicamente dichas condiciones por parte de la aseguradora, conforme a los términos especificados. Este escenario es factible, por ejemplo, si durante la fase precontractual, el asegurador hubiese explicado detalladamente las condiciones generales al futuro asegurado, con el objetivo de garantizar que su consentimiento sea plenamente informado y su declaración de voluntad, idónea.

Cabe añadir que una comunicación clara y efectiva por parte de la aseguradora fortalece la transparencia y la confianza en la relación contractual. La promoción del entendimiento integral de las condiciones del seguro, con antelación a la firma del contrato, cumple con un principio ético de claridad y honestidad, -que son valores esenciales de la sociedad-, y puede prevenir futuros litigios, originados por malentendidos, o deficiencias en el flujo de información. De ahí la importancia de verificar que el tomador del seguro comprenda las condiciones a las que se adhiere, y la consecuente evaluación de la suficiencia del medio a través del cual se logre esta comprensión.

En suma, resulta incuestionable que las aseguradoras tienen el deber de cerciorarse de que sus potenciales clientes conozcan a cabalidad el clausulado predispuesto de los contratos de seguro, de modo que, cuando manifiesten su decisión de adherirse, lo hagan con información suficiente sobre su contenido y alcances, especialmente en lo relativo a los pactos más trascendentes para el devenir contractual -v. gr. cobertura, exclusiones y garantías-. De ese modo se legitima una expresión de voluntad que se reduce a aceptar lo que otro ofrece.

También es irrefutable que hacer entrega del documento que recoge las condiciones generales del contrato de seguro, en el sentido literal que se indicó supra, parece un método sencillo e intuitivo para que la aseguradora satisfaga el deber de información que le compete. Sin embargo, de ello no se sigue que la falta de prueba de aquel acto (es decir, de la entrega física del documento) sea necesariamente equivalente al incumplimiento del deber de información, pues, se insiste, es posible que el adherente, sin haber recibido el clausulado, lo conozca plenamente.

El hacer entrega por el que averigua la Corte, entonces, no puede convertirse en un simple formalismo, que prevalezca sobre la realidad sustantiva del contrato; tampoco puede constituirse en una vía habilitante para que un tomador suficientemente informado, que adhirió al seguro con conocimiento pleno del clausulado predispuesto, se desembarace de los pactos que aceptó, simplemente alegando que no se le hizo entrega de un documento contentivo de dichas condiciones generales.”

A diferencia del riesgo por enfermedades graves, la activa no alegó desconocer el condicionado que regía la póliza en el amparo por incapacidad total y permanente, tampoco afirmó que lo hiciera la tomadora, por el contrario, desde la solicitud de conciliación extrajudicial y escrito de demanda inicial aportó y citó sus términos como fundamento de las pretensiones³⁶, por ello, debe anotarse que frente al particular el condicionado “01062015-1309-P-34-VGR69 / 01062015-1309-NT-P-34-VGR69”, denominado CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE VIDA GRUPO, establece:

CONDICIÓN PRIMERA: AMPARO BÁSICO DE VIDA.	PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO CUYA EDAD NO EXCEDA LA INDICADA PARA TAL EFECTO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, QUE HAYA SIDO ESTRUCTURADA ESTANDO ASEGURADO BAJO EL PRESENTE AMPARO O SUS RENOVACIONES, QUE SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DE LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER OCUPACIÓN O EMPLEO REMUNERADO POR TENER UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL MAYOR O IGUAL AL 50%, SIEMPRE Y CUANDO DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS Y QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.
QBE SEGUROS S.A., CON BASE EN LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL TOMADOR, LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD, LOS ANEXOS O EN CUALQUIER OTRO DOCUMENTO ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES SE OBLIGA A PAGAR AL (LOS) BENEFICIARIO (S) DESIGNADO (S), EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA EN EL EVENTO EN QUE OCURRA LA MUERTE DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS ASEGURADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE ENUNCIAN EN LA PRESENTE PÓLIZA.	
CONDICIÓN SEGUNDA. AMPAROS ADICIONALES.	PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO TAMBIÉN SE CONSIDERA COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE.
QBE SEGUROS S.A. CUBRIRÁ LOS SIGUIENTES EVENTOS, SIEMPRE QUE ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O SUS ANEXOS:	SE ENTENDERÁ POR PÉRDIDA, PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO:
2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.	MANOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA.
QBE SEGUROS S.A. PAGARÁ AL ASEGURADO HASTA EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, POR LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE SEA CONSECUENCIA DE ACCIDENTE O DE ENFERMEDAD CON FECHA DE ESTRUCTURACIÓN OCURRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.	PIES: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA.
PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y	OJOS: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN.

Tan claro es que el asegurado tenía conocimiento de estos condicionamientos que en la reclamación directa o sus solicitudes de reconsideración no requirió el pago del monto asegurado en el amparo por incapacidad total y permanente, hecho que se reservó para esta instancia judicial, en la cual

³⁶ Ver archivo 03CuadernoPrincipalFL1-197, página 4

incluso omitió sustentar fácticamente la configuración de ese siniestro.

Ahora bien, de conformidad con la prueba pericial obrante en archivo 53, reluce que la fecha de estructuración de la PCL equivalente al 54.51% dictaminada a Luis Felipe Cuervo Clavijo por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, corresponde al **14 de junio de 2022**, ese hito temporal según explicó el perito Héctor Orlando Agudelo Flores *“corresponde a la fecha en que una persona pierde un grado o porcentaje de su capacidad laboral”*, definición que trae el Decreto 1507 de 2014 (*Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional*)³⁷.

Más allá de la hipótesis que se le requirió exponer al galeno en la audiencia para pretender segregar del dictamen (*que es uno*) algunos de los diagnósticos del demandante, ciertamente el perito fue conteste en indicar que no le constaba el porcentaje de PCL que se le hubiera dictaminado a Cuervo Clavijo en oportunidades anteriores y, que el indicado en la pericia correspondía tanto al porcentaje obtenido una vez aplicada la correspondiente fórmula (*Baltazar*), como a la fecha en que se consolidó el porcentaje dictaminado en esa oportunidad, es decir, irrefutablemente la pérdida de capacidad total y permanente del demandante superior al 50% ocurrió por fuera de la vigencia del contrato de seguro.

³⁷ “Artículo 3°. Definiciones. Para efectos de la aplicación del presente decreto, se adoptan las siguientes definiciones: ... Fecha de estructuración: Se entiende como la fecha en que una persona pierde un grado o porcentaje de su capacidad laboral u ocupacional, de cualquier origen, como consecuencia de una enfermedad o accidente, y que se determina con base en la evolución de las secuelas que han dejado estos. Para el estado de invalidez, esta fecha debe ser determinada en el momento en el que la persona evaluada alcanza el cincuenta por ciento (50%) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional. Esta fecha debe soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y puede ser anterior o corresponder a la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral. Para aquellos casos en los cuales no exista historia clínica, se debe apoyar en la historia natural de la enfermedad. En todo caso, esta fecha debe estar argumentada por el calificador y consignada en la calificación. Además, no puede estar sujeta a que el solicitante haya estado laborando y cotizando al Sistema de Seguridad Social Integral.”

Aunque la activa quiso hacer ver que el condicionamiento de la póliza a que la PCL se estructurará en vigencia de la misma resultaba abusiva, ciertamente no relucen acreditados los presupuestos para considerarlo así, pues ha dicho la jurisprudencia que “(...) son ‘características arquetípicas de las cláusulas abusivas- primordialmente-: a) que su negociación no haya sido individual; b) que lesionen los requerimientos emergentes de la buena fe comercial-vale decir, que se quebrante este postulado rector desde una perspectiva objetiva: buena fe, probidad o lealtad-, y c) que genere un desequilibrio significativo de cara a los derechos y obligaciones que contraen las partes’”³⁸

De allí no puede concluirse que el condicionamiento temporal a la ocurrencia del siniestro dentro de la vigencia del seguro resulte abusiva o desproporcionada a las obligaciones contraídas, por el contrario, la Ley Comercial preceptúa que la póliza deberá contener la vigencia del contrato “con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento”³⁹, así, en las carátulas de la póliza que se aportaron se consignó de forma diáfana la vigencia de la póliza No. 000704344644 que con sus renovaciones tuvo vigor entre el 16 de abril de 2014 y el 23 de febrero de 2018, es decir que, para el **14 de junio de 2022**, la póliza no estaba vigente⁴⁰, por contera, no amparaba el riesgo por invalidez total y permanente.

NOTA:

1. Se aclara que la vigencia de la póliza es:
Desde el 16-04-2014 (00:00) Hasta 18-04-2017 (24:00).
2. Se expedirá póliza inicial con vigencia anual desde 16-04-2014 (00:00) Hasta 15-04-2015 (24:00) con cobro de prima por todo el periodo adjudicado y de acuerdo con la resolución No. 6214 del 01 de Abril de 2014.
3. Primer Instalamento: Se expedirá anexo de renovación con vigencia anual desde 16-04-2015 (00:00) hasta 15-04-2016 (24:00) y se efectuará ajuste de prima de acuerdo al sistema de ajuste Blanket anual.
4. Segundo Instalamento: Se expedirá anexo de renovación con vigencia anual desde 16-04-2016 (00:00) hasta 18-04-2017 (24:00) y se efectuará ajuste de prima de acuerdo al sistema de ajuste Blanket anual.
1. Tercer Instalamento: Se expedirá anexo de renovación con vigencia anual desde 16-04-2017 (00:00) hasta 23-02-2018 (24:00) y se efectuará ajuste de prima de acuerdo al sistema de ajuste Blanket anual.
2. La tasa anual a aplicar 4,49% (Por mil)

³⁸ CSJ SC de 13 dic. 2002, rad. N° 6462, reiterada en SC129 de 2018.

³⁹ Numeral 6) artículo 1047.

⁴⁰ “Dicho de una ley, de una ordenanza, de un estilo o de una costumbre: Que está en vigor y observancia”, seguir enlace <https://dle.rae.es/vigente>

Incluso, si se obviarán los condicionamientos que del amparo contempla el clausulado aportado por el mismo demandante, aquel pasó por alto que esa póliza aseguraba a los funcionarios/empleados de la Unidad Nacional de Protección y en la demanda misma se reconoció que desde el 15 de julio de 2015, Luis Felipe Cuervo Clavijo no ostenta tal calidad, significa que desde esa fecha no era empleado de la UNP ni asegurado, entonces, la tesis según la cual el riesgo “*inició*” en vigencia de la póliza pues algunas de las patologías que fundamenta la PCL ocurrieron en los años 2016 y 2017 (*hipertensión arterial, alteraciones visuales y glaucoma*), resulta inatendible ya que para ese momento el demandante ya no ostentaba la calidad de asegurado, por demás, el riesgo que pretende afectar el demandante no es el de enfermedades graves, sino el de incapacidad total y permanente que tan solo se estructuró, insístase, el 14 de junio de 2022.

La perpetuidad, que es el efecto que pretende imprimir al contrato de seguro la activa es extraña al régimen de las obligaciones⁴¹, circunstancia que conlleva a concluir que por un efecto meramente temporal del contrato que vinculó a las partes, el siniestro por incapacidad total y permanente no se estructuró en vigencia de la póliza ni durante el lapso que el demandante ostentó la calidad de asegurado, motivo suficiente para confirmar en este aspecto la decisión recurrida.

⁴¹ CSJ SC del 30 de agosto del 2011, rad. 110013103001219990195701 “*Empero, las relaciones obligatorias y, en particular, las contractuales, son conforme a su naturaleza, función y finalidad efímeras o transitorias. De suyo, son instrumento para una función práctica o económica social, no tienen vocación perpetua y están llamadas a extinguirse mediante el cumplimiento o demás causas legales.*

*La perpetuidad, extraña e incompatible al concepto de obligación, contraría el orden público de la Nación por suprimir **ad eternum** la libertad contractual (artículos 15, 16 y 1602, Código Civil; 871 y 899, Código de Comercio).*

El artículo 37 de la Constitución de 1886 “en orden a asegurar la libertad de los aspectos económicos del tráfico jurídico”, disponía que “[n]o habrá en Colombia bienes raíces que no sean de libre enajenación, ni obligaciones irredimibles”, o sea, “las que no hay manera jurídica de abolir en ningún momento y duran siempre, sin que el deudor esté en capacidad de evitar su cumplimiento por los medios normales de extinción que prevé el derecho” (Corte Suprema de Justicia, Sala Plena, Sentencia de 23 de noviembre de 1973).”

- **5.4 ¿Se configuró alguno de los medios exceptivos propuestos por los demandados, para enervar el amparo por enfermedades graves, especialmente la prescripción extintiva?**

Bajo la misma línea argumentativa que viene de exponerse, se insiste, las obligaciones no tienen vocación de perpetuidad, en ese contexto. Por definición del Código Civil⁴² la prescripción es un modo de adquirir las cosas o de extinguir las acciones y derechos por el paso del tiempo, está última, la extintiva, por no haber ejercido esas acciones y derechos durante determinado lapso. Ese plazo extintivo en materia de seguros está consagrado en el canon 1081 de la Ley Comercial⁴³, a cuyo tenor:

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

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

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

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”
(Se destaca)

⁴² Artículo 2512.

⁴³ CSJ SC 29 jun. 2007, exp. 1998-04690-01, reiterada en SC 25 may. 2011, exp. 2004-00142-01 “(...) el artículo 1131 *idem*, concerniente, igualmente, con el instituto de la prescripción, concretamente, con el seguro de responsabilidad civil, fijó un referente adicional que, sin duda, incide decididamente en la clase de extinción del derecho y el destinatario de la misma. A partir de esta concurrencia normativa fueron naciendo importantes criterios sobre qué clase de prescripción debía aplicarse a la víctima y desde cuándo contaba el mismo.

(...)

Aflora así mismo y de manera incontestable, que tratamiento normativo de semejante talante impone la concurrencia de un elemento imprescindible, definitivo, en verdad, para fijar el sentido de la decisión reclamada, como es que la víctima haya sido quien acometió la acción judicial en contra de la aseguradora, o sea, comporte el ejercicio de un accionar directo (artículos 84 y 87 de la Ley 45 de 1990); en otros términos, los efectos favorables que el actor pretende derivar de la norma invocada podrán producirse siempre y cuando la litis involucre como demandante al agredido y como demandada a la aseguradora y, por supuesto, concierna con el seguro de responsabilidad civil (...) (...). (Subraya intencional)”

Desentrañando el sentir de la anotada norma, concretamente en lo que atañe a la prescripción ordinaria y extraordinaria, de vieja data la jurisprudencia civil ha decantado:

“(...) ”Síguese de lo anterior que, por tanto, no es elemento que sirva para distinguir esas dos especies de prescripción, que una y otra se apliquen sólo a ciertas acciones derivadas del contrato de seguro o de las normas que lo regulan, esto es, que la prescripción ordinaria cobre vigencia únicamente en relación con determinadas acciones y que la extraordinaria, a su paso, tenga cabida frente a otras. Como con claridad suficiente lo consagra el inciso 1º del precepto que se analiza, 'La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen...', de todas ellas por igual, reitera la Corte 'podrá ser ordinaria y extraordinaria'. Cabe afirmar, entonces, que todas las acciones de que se trata son susceptibles de extinguirse ya sea por prescripción ordinaria, ora por prescripción extraordinaria, y que, por tanto, la aplicación de una y otra de esas formas de prescripción extintiva depende de la persona que ejerza la respectiva acción o intente la efectividad de algún derecho y de la posición que ella tenga en relación, precisamente, con el hecho que motive la acción o con el derecho que persigue”⁴⁴

Asimismo, ha precisado la Corporación que las alocuciones *“tener conocimiento del hecho que da base a la acción”* y *“desde el momento en que nace el respectivo derecho”*, comportan una misma idea:

“esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad⁴⁵, no basta el

⁴⁴ CSJ SC 19 feb. 2003, reiterada en SC130 de 2018.

⁴⁵ Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

*acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, **momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después**”. En suma, la regla legal aplicable en casos como el presente, dista radicalmente del planteamiento del casacionista, pues el conocimiento real o presunto del siniestro por parte del interesado en demandar, es el hito temporal que debe ser considerado para que se inicie el conteo de la prescripción ordinaria (...)”⁴⁶ (Se destaca)*

Con fundamento en lo expuesto ha concluido la misma Sala de Casación:

“no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte.”⁴⁷

Es cierto que las normas que regulan términos prescriptivos son de orden público⁴⁸, por ello, no podrán ser modificadas por las partes, así, aunque la prescripción ordinaria y extraordinaria pueden correr de forma conjunta⁴⁹, configurada una no podrá

⁴⁶ Ver SC 07 jul. 1977, reiterada en CSJ SC 12 feb. 2007, exp. 1999-00749-01, SC 3 may. 2000, exp. 5360 y SC4904 de 2021.

⁴⁷ CSJ SC4904 de 2021.

⁴⁸ CSJ SC del 12 de febrero de 2007, exp. 1999-00749 “las disposiciones que gobiernan los fenómenos extintivos de esta naturaleza son normas de estricto carácter imperativo que no pueden ser modificadas por el acuerdo de las partes. Así, la Corte reconoce la esencia de orden público de las normas que fijan los plazos de prescripción, pues considera ‘que estos no pueden ampliarse ni reducirse por convenio particular tanto cuando se trata de adquisitiva, como de extintiva o liberatoria (...) Ese carácter de orden público impide, pues que, como sucede con las normas dispositivas, pueda estipularse en contrario, porque es evidente el interés del orden social en que este fenómeno sea controlado por la ley’ (G.J. T. CCVIII, p. 30). En el mismo sentido, la doctrina de vieja data ha logrado consenso casi unánime sobre la inadmisibilidad de los convenios que tengan como propósito la ampliación de los límites temporales fijados por la ley, lo cual se predica también de las causas de suspensión o interrupción de los términos de prescripción”

⁴⁹ CSJ SC 29 de junio de 2007, exp. 1998-04690 “[e]n punto de su operancia, propio es notar que las dos formas de prescripción son independientes, amén que autónomas, aun cuando pueden transcurrir

acudirse amañadamente a la otra, además, en reiteradas oportunidades la jurisprudencia ha recordado que mientras la prescripción ordinaria es de naturaleza subjetiva, pues su cómputo inicia desde que se tiene el conocimiento real o presuntivo *"del hecho que da base a la acción"*, la extraordinaria es objetiva pues corre en contra toda clase de personas, incluidos los incapaces *"desde el momento en que nace el respectivo derecho"*.

No cabe duda que las acciones derivadas de cualquier clase de contrato de seguro pueden prescribir, bien por la senda ordinaria o extraordinaria y que el cómputo del bienal o quinquenio parte del hito temporal tantas veces mencionado hasta este punto (*el siniestro*), con la diferencia de que en un caso se reclama el conocimiento de ese hecho por parte del interesado (*ordinaria*) y en el otro tan solo su ocurrencia (*extraordinaria*), lo cual impone que en cada caso concreto se analice la modalidad prescriptiva que rige el asunto.

En el *sub lite*, el hecho que da base a la acción ocurrió el 18 de diciembre de 2014, que fue la fecha en que se diagnosticó a Luis Felipe Cuervo Clavijo con insuficiencia renal crónica no especificada y, es ese mismo momento en el cual el asegurado tuvo conocimiento eficazmente de la ocurrencia del siniestro, por lo que *prima facie*, tratándose de una persona capaz, la prescripción ordinaria ocurriría entonces finalizado el 18 de diciembre de 2016 como alega la pasiva, empero, desde la presentación de la demanda se alegó que el asegurado tan solo tuvo conocimiento de la existencia del seguro en julio de 2017 y ciertamente las demandadas no acreditaron lo contrario, ni siquiera lograron demostrar que se hubiera solicitado al asegurado designar los beneficiarios del amparo por muerte y,

simultáneamente, y que adquiere materialización jurídica la primera de ellas que se configure. Ahora bien, como la extraordinaria aplica a toda clase de personas y su término inicia desde cuando nace el respectivo derecho (objetiva), ella se consolidará siempre y cuando no lo haya sido antes la ordinaria, según el caso"

esta situación no puede pasarse por alto en el enjuiciamiento puesto que mal podría atribuirse inicialmente al demandado el recortado término de la prescripción ordinaria aún cuando desconocía la existencia del seguro, circunstancia que a todas luces le impedía ejercitar la acción.

Cuando el legislador determinó que la prescripción extraordinaria corre en contra de todas las personas, incluyó a los incapaces y por añadidura, considera esta Sala, a aquellas que desconocían la existencia del contrato de seguro, con ello no solo se evita que las obligaciones derivadas del convenio aseguratorio se extiendan a perpetuidad, sino que se proscribe que se oponga al interesado el término de prescripción más corto⁵⁰, pese a encontrarse desprovisto del conocimiento que le permita ejercitar el derecho que se le prescribe.

No puede confundirse el anterior razonamiento con una imposibilidad prescriptiva en contra de quien ignora el contrato de seguro, por el contrario, se insiste, la prescripción como materialización del principio de seguridad jurídica⁵¹ procede, pero no por la vía ordinaria, sino extraordinaria⁵², claro está, en

⁵⁰ CSJ SC del 29 de junio del 2007, Rad. 11001310300919980469001 *“En torno a ese mismo punto, autorizada doctrina explica que “conforme al inc. 3° del art. 1081, la prescripción extraordinaria ‘correrá contra toda clase de personas’. Obviamente contra los interesados en el contrato que, como el asegurador, el tomador, el asegurado o el beneficiario, derivan de él algún derecho y cuya inactividad es objeto de la sanción a que la norma se refiere. Pero lo que aquella locución significa específicamente es que la prescripción extraordinaria o quinquenal corre aun contra los incapaces. Es una mera reproducción textual del mandato consignado en el art. 2544 del Código Civil, según el cual las prescripciones ‘de corto tiempo’ (título 41, capítulo 4°) ‘corren contra toda clase de personas, y no admiten suspensión alguna’. Su incorporación en el citado inciso del art. 1081 se juzgó procedente, necesaria, precisamente por no ser de corto tiempo (art. 2545) las prescripciones sujetas a esa disposición”* (Subraya original)

⁵¹ Ibid. *“Ciertamente, ningún beneficio representa para la sociedad que, como se anticipó, las relaciones jurídicas se mantengan insolubles, eterna o indefinidamente. Sin duda, es lesivo que, en cualquier momento, independientemente del tiempo transcurrido, puedan plantearse ulteriormente pretensiones derivadas de situaciones ocurridas y consolidadas mucho antes, puesto que, como es lógico entenderlo, su tardía formulación sorprendería al llamado a resistirlas, o a sus herederos, según fuere el caso, quienes pueden ignorar tales situaciones, o haberlas olvidado, resultando así comprometido su derecho a la defensa. “Como se lee en Enneccerus-Nipperdey: ‘La prescripción sirve a la seguridad general y a la paz jurídica, las cuales exigen que se ponga un límite a las pretensiones jurídicas envejecidas’. ‘Sin la prescripción -agregan- nadie estaría a cubierto de pretensiones sin fundamento, extinguidas de antiguo, si, como sucede con frecuencia, hubiese perdido con el curso del tiempo los medios de prueba para su defensa’. O como patéticamente lo hace resaltar Giorgi: un derecho que no se manifiesta... por la inactividad del acreedor, es un derecho que falta a su finalidad y equivale para la humana justicia, a un derecho que no ha existido: lo cubre el olvido y lo sepulta el silencio de los años”*

⁵² CSJ SC del 3 de mayo del 2000, exp. 5360 *“Quiere decir lo anterior, que al contrario de lo que acontece en un apreciable número de naciones, el legislador colombiano, ex profeso, le dio carta de ciudadanía a una prescripción (la extraordinaria) fundada en razonamientos absolutamente objetivos, haciendo, para el efecto, tabla rasa de aquel acerado y potísimo axioma de raigambre romana,*

el momento en que el asegurado tenga conocimiento del seguro, se tornará ordinaria si no se ha configurado la extraordinaria. En este sentido este Tribunal se ha pronunciado previamente, así *mutatis mutandis*, en sentencia del 8 de abril de 2011⁵³, la Sala Duodécima de Decisión Civil con Ponencia de la Magistrada Piedad Cecilia Vélez Gaviria abordó el tópico con relación a un seguro de responsabilidad y reseñó:

“Cabe destacar que en la sentencia aludida, resaltó la Corte la conveniencia de entender que para la acción directa rige solo el término de prescripción extraordinario, habida consideración de la ausencia de conocimiento que normalmente tiene la víctima sobre la existencia y condiciones del contrato de seguro que ampara la responsabilidad civil causante del daño, conocimiento que, desde luego, resulta necesario para el eficaz ejercicio de la referida acción, y que constituye deber de información a cargo del último, como manifestación del principio de solidaridad fundante del Estado Social de Derecho. A este respecto, si bien entiende y comparte esta Sala la preocupación de aquella toda vez que, en efecto, la posibilidad de ejercer la referida acción queda supeditada a la información sobre la existencia del contrato de seguro, ningún obstáculo advierte la contabilización del término de prescripción ordinaria desde cuando la víctima tiene conocimiento tanto de la ocurrencia del hecho externo imputable a una determinada persona – que normalmente pero no necesariamente se da en el mismo momento en que sucede- como de la existencia del contrato de seguro que ampara la responsabilidad civil de la misma.”

Más adelante, refiriéndose al contrato de seguro de vida la Sala Cuarta de Decisión Civil de esta Corporación, en sentencia del

conforme al cual “contra quien no puede ejercitar una acción no corre la prescripción” (contra non valentem agere, non currit praescriptio), también conocido a través del enunciado jurídico: “la acción que no ha nacido, no puede prescribir” (actionis nondum natae, non praescribitur), postulado éste que tiene como plausible cometido el garantizar que el término respectivo se inicie a partir de que la acción, siendo cognoscible por parte del interesado, pudo ser ejercida, eliminando por tanto, de raíz, la posibilidad de que una acción prescriba sin que el interesado, incluso, se haya enterado de su previa existencia. Como lo expresa M. Planiol, no sería consecuente, desde esta perspectiva, “...que el derecho se perdiera antes de haberlo podido ejercer, lo que sería tan injusto, como absurdo” (Traité Élémentaire de Droit Civil, L.G.D.J, París, 1.912, p. 210).”

⁵³ Radicado 05001310301620050033502

12 de mayo de 2021⁵⁴ con ponencia del Magistrado Julián Valencia Castaño, determinó:

*“3.2. Como viene de observarse, el derecho a solicitar la acción indemnizatoria por los titulares beneficiarios del seguro, debe ejercerse dentro del término que señala el artículo 1081 C. de Co., el cual establece dos clases de prescripciones: i) la ordinaria, que se ciñe a un carácter subjetivo, comoquiera que los 2 años dispuestos para ésta corren desde el momento en que el interesado **haya tenido o debido tener conocimiento del hecho** que da base a la acción y; ii) la extraordinaria, de naturaleza objetiva, en cuanto los 5 años que la ley ha fijado, empiezan a contarse a partir del momento en que nace el respectivo derecho, que es el mismo en todos los casos, pues solo difiere el interés que mueve a su correspondiente titular, **sin considerar si se ha tenido conocimiento o no del siniestro o de la existencia de la póliza**, porque éste término corre contra toda clase de personas, incluso de los incapaces.” (Énfasis original)*

Por último, también frente al seguro vida está Sala de Decisión con ponencia del Magistrado Martín Agudelo Ramírez en sentencia del 8 de octubre de 2021⁵⁵ decantó:

“... el beneficiario de una indemnización por la materialización de un riesgo resulta afectado por un término corto de prescripción, sólo cuando se cumplen dos condiciones subjetivas concretas: primero, conocer o haber debido conocer la ocurrencia del hecho que constituye el siniestro. Segundo, conocer o haber debido conocer la existencia y los términos del contrato de seguro.

Esa última condición resulta imprescindible no sólo para que el interesado pueda comprender y calificar el hecho como un siniestro, sino también para conocer su calidad de beneficiario, las condiciones en las que puede realizar la reclamación y, en última instancia, para determinar los fundamentos de hecho que den lugar a una “acción” judicial frente a la aseguradora.

Con base en estas consideraciones, en otros casos este Tribunal ha reconocido que el beneficiario de una indemnización que no haya tenido la calidad de tomador

⁵⁴ Radicado 05001310301920190035501

⁵⁵ Radicado 05001310300720170068602

del seguro, en principio no puede verse afectado por un término corto de prescripción, si no existen razones para concluir que conocía o debía conocer la existencia del seguro que lo beneficia.

En la medida que la prescripción es un modo de extinguir los derechos subjetivos que sanciona desidia o el desinterés en su ejercicio efectivo, resultaría desproporcional favorecer a las aseguradoras con un término corto de prescripción, en casos donde los beneficiarios no conocían ni tenían por qué conocer su derecho a reclamar o las condiciones en las que puede darse esa reclamación.

Este razonamiento merece precisarse: adviértase que la prescripción ordinaria en contra del beneficiario de la indemnización no es un punto que pueda determinarse objetivamente por el solo hecho de que el interesado no haya sido el tomador del seguro. En cualquier caso, son las condiciones subjetivas de éste lo que marca la aplicación de los términos cortos, según lo ya considerado.

Bajo el supuesto del beneficiario no tomador, además de demostrar que conoció o debió conocer la existencia del siniestro, la aseguradora tiene una carga de la que está relevada si es el tomador quien demanda: acreditar que el interesado conoció o debió conocer el contrato de seguro, en los términos que ya se indicó. Si esto se prueba, se aplica la prescripción ordinaria; en caso contrario, sólo sería aplicable la prescripción extraordinaria.

Bajo este contexto, no anduvo equivocado el recurrente al reclamar el cómputo de la prescripción en fecha ulterior al acaecimiento del siniestro, pues de los antecedentes y razonamientos que vienen de verse emerge diáfano que tan solo hasta julio de 2017 se consolidó el conocimiento del asegurado del siniestro y del seguro, y es entonces desde ese momento en que principió el hito temporal (*ordinario*) que pondría fin a las acciones derivadas del contrato del cual no hizo parte, pues para ese momento no había operado la prescripción extraordinaria, empero, el demandado presentó reclamación directa en octubre de 2017 que fue resuelta desfavorablemente el día 31 del mismo

mes y año⁵⁶, es decir interrumpió⁵⁷, borró el término prescriptivo que había corrido hasta ese momento que en consecuencia inició nuevamente a partir del **1 de noviembre de 2017**.

La Ley comercial no regula expresamente los casos de interrupción, sin embargo, por expresa remisión del artículo 822 debe acudirse a lo normado en el canon 2539 de la Ley Sustancial Civil, a cuyo tenor:

“INTERRUPCION NATURAL Y CIVIL DE LA PRESCRIPCION EXTINTIVA. La prescripción que extingue las acciones ajenas, puede interrumpirse, ya natural, ya civilmente.

Se interrumpe naturalmente por el hecho de reconocer el deudor la obligación, ya expresa, ya tácitamente.

Se interrumpe civilmente por la demanda judicial; salvo los casos enumerados en el artículo 2524.”

Con relación a la interrupción civil, el artículo 94 del CGP preceptúa:

“INTERRUPCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN, INOPERANCIA DE LA CADUCIDAD Y CONSTITUCIÓN EN MORA. La presentación de la demanda interrumpe el término para la prescripción e impide que se produzca la caducidad siempre que el auto admisorio de aquella o el mandamiento ejecutivo se notifique al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tales providencias al demandante. Pasado este término, los mencionados efectos solo se producirán con la notificación al demandado.

...

El término de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por

⁵⁶ Ver archivo 03CuadernoPrincipalFL1-197, páginas 85-86

⁵⁷ CSJ STC17213 de 2017 “Así, la interrupción borra el tiempo transcurrido y la suspensión impide contarlo durante el tiempo de la incapacidad, para tener únicamente como útil el corrido antes de la suspensión, si alguno hubo, y el transcurrido luego de haber cesado la causa que la motivaba, hasta extinguirse.”

el acreedor. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez.”

En materia de seguros la interrupción civil del “fatal”⁵⁸ plazo de prescripción puede materializarse mediante la reclamación directa que efectúa el interesado a la compañía de seguros, por ello, no cabe duda de que en este asunto el plazo extintivo fenecería el **1 de noviembre de 2019**, a razón de la mentada reclamación, no obstante, el demandante presentó solicitud de conciliación extrajudicial el **21 de octubre de 2019** (*dentro del término de prescripción*) que culminó con constancia de no asistencia expedida el **21 de enero de 2020** por el Centro de Conciliación Extrajudicial en Derecho de la Personería de Medellín⁵⁹, lo cual acarrea los efectos de la suspensión contemplados en el artículo 56 de la Ley 2220 de 2022 (Antes artículo 21 de la Ley 640 de 2001):

“ARTÍCULO 56. Suspensión del término de caducidad o prescripción. La presentación de la solicitud de conciliación extrajudicial en derecho suspende el término de prescripción o de caducidad, según el caso, hasta que suscriba el acta de conciliación, se expidan las constancias establecidas en la presente ley o hasta que se venza el término de tres (3) meses, o la prórroga a que se refiere el artículo 60 de esta ley, lo que ocurra primero.

Esta suspensión operará por una sola vez y será improrrogable.”

La suspensión, a diferencia de la interrupción no “borra” el tiempo transcurrido, sino que el término se “congela” mientras dure la circunstancia que origina la suspensión y se reanuda una vez superado ese hecho. Recapitulando para el **21 de octubre de 2019** al demandante le restaban **once (11) días** para

⁵⁸ SC443 de 2023 “En suma, la regla legal aplicable en casos como el presente, di sta radicalmente del planteamiento del casacionista, pues el conocimiento real o presunto del siniestro por parte del interesado en demandar, es el hito temporal que debe ser considerado para que se inicie el conteo de la prescripción ordinaria (...). Por supuesto que, en lo que incumbe con los plazos fatales, el lapso es susceptible de interrupción -ya sea natural o civil-

⁵⁹ Ver archivo 03CuadernoPrincipalFL1-197, páginas 57 a 58

presentar en tiempo la demanda, término que reinició su cómputo a partir del **22 de enero de 2020**, inclusive, quiere ello significar que para el **27 de febrero de 2020** (*fecha de presentación de la demanda*)⁶⁰ se había configurado la prescripción extintiva ordinaria.

Así las cosas, la Sala se ve avocada a coger la excepción propuesta por las demandadas declarando que operó la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro contenido en la póliza No. 000704344644, sin necesidad de abordar el cuestionamiento relativo a la eficacia de la suspensión del término prescriptivo con la presentación de la demanda, pues como quedó visto, a la fecha de radicación había ya operado la prescripción, lo cual es óbice para el éxito de la reclamación judicial y, en consecuencia, implica la confirmatoria de la sentencia apelada, pero por las razones aquí expuestas; tampoco es menester abordar el resto de las excepciones pues a voces del inciso tercero del artículo 282 del CGP, probada una excepción que da al traste con las pretensiones el juzgador habrá de abstenerse de analizar las restantes.

6. SÍNTESIS Y CONCLUSIÓN.

Las compañías de seguros tienen el deber legal de informar a los tomadores de forma suficiente y previa los condicionamientos particulares de la póliza que adquieren para cada vigencia, especialmente los amparos básicos y exclusiones, pues cuando en el marco de una reclamación directa o debate judicial la aseguradora alega configurada una causal de exclusión o un condicionamiento al amparo, deberá acreditar probatoriamente que informó, explicó e ilustró al tomador frente a los condicionamientos que le opone.

⁶⁰ Ver archivo 02ActaReparto

En este caso, las compañías de seguros demandadas no lograron afianzar probatoriamente que los anexos de enfermedades graves que se adosaron al plenario se encontraban vigentes y registrados ante la Superintendencia Financiera para el momento de ocurrencia del siniestro, en sentido contrario, reluce acreditado que el condicionamiento código “01062015-1309-P-34-VGR69 / 01062015-1309-NT-P-34-VGR69”, denominado CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE VIDA GRUPO no contemplaba definición del riesgo por insuficiencia renal crónica que de forma expresa se incluyó como riesgo amparado en la póliza No. 000704344644, circunstancia que, sumada a la demostración del diagnóstico de dicha patología al asegurado en vigencia de la póliza y su relación contractual con la UNP, da lugar a la afectación del contrato por ese amparo.

En sentido contrario, el condicionamiento de los contornos temporales del contrato es materialización del principio de no perpetuidad de las obligaciones y en materia de contrato de seguro de los requisitos que debe contener la póliza, por ello, establecido que la incapacidad total y permanente que se dictaminó al demandante ocurrió por fuera de los contornos temporales de la póliza No. 000704344644, resulta que no se configuró el riesgo amparado dando al traste con la eficacia de la afectación por ese amparo, circunstancia que no presupone una cláusula abusiva.

Por último, el hito temporal que marca el inicio del cómputo de la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro vida grupo es el conocimiento real o presuntivo del asegurado de la ocurrencia del siniestro, sin embargo, ha sido criterio acogido por este Tribunal, que en aquellos casos en que el asegurado desconoce la existencia del seguro el término prescriptivo será el extraordinario y solo podrá computarse el

ordinario desde el momento en que el asegurado tuvo conocimiento del siniestro y del seguro, que en este caso ocurrió en julio de 2017, luego, la interrupción generada por la reclamación directa y la suspensión que se originó con la solicitud de conciliación extrajudicial no lograron consolidar temporalmente la tempestividad de la demanda que se radicó fenecido el término de prescripción ordinaria, circunstancia que impone el fracaso del *petitum*.

En consecuencia, procede confirmar la decisión de primera instancia, pero por las razones aquí expuestas, sin lugar a condena en costas por esta instancia en razón de los efectos del amparo de pobreza concedido en favor del demandante (Art. 154 CGP).

En mérito de lo expuesto, el TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN SALA PRIMERA DE DECISIÓN CIVIL, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley;

7. RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia de primera instancia proferida el 19 de julio de 2024 dentro del asunto de la referencia, pero por las razones expuestas en la parte motiva de esta decisión.

SEGUNDO: SIN LUGAR a condena en costas en segunda instancia.

TERCERO: DEVOLVER el expediente al juzgado de origen, una vez se encuentre ejecutoriada la presente sentencia.

NOTIFÍQUESE
(Firma electrónica)

SERGIO RAÚL CARDOSO GONZÁLEZ

Magistrado

(Firma electrónica)

MARTÍN AGUDELO RAMÍREZ

Magistrado

(Ausencia justificada)

JOSÉ OMAR BOHÓRQUEZ VIDUEÑAS

Magistrado

Firmado Por:

Sergio Raul Cardoso Gonzalez

Magistrado

Sala 001 Civil

Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Jorge Martin Agudelo Ramirez

Magistrado Tribunal O Consejo Seccional

Dirección Ejecutiva De Administración Judicial

Funcionario

Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

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:

**3f71d6b297c4130520bad26cdaf5b24694395b598d81fd78c1a575879e5
66008**

Documento generado en 27/11/2025 09:56:48 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente

URL: <https://firmaelectronica.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>