



Honorables Magistrados  
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR  
SALA CIVIL – FAMILIA – LABORAL  
M.P. Dr. Jesús Armando Zamora Suárez  
E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL DECLARATIVO  
PROCESO NO. 20001-31-03-001-2019-00020-01  
DTE: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.  
DDO: ANIBAL JOSÉ VILLALBA ESCORCIA

Respetado señor Juez:

**VÍCTOR ANDRÉS GÓMEZ HENAO**, mayor de edad y vecino de Bogotá D.C., conocido de autos en el proceso de la referencia, en mi calidad de apoderado judicial de **AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, según poder especial que se aporta con el presente escrito, con todo respeto acudo a su Despacho con el fin de sustentar el recurso de apelación contra la sentencia proferida el día diez (10) de junio de los corrientes, en la cual se negaron las pretensiones de la demanda y se declararon probadas las excepciones de mérito denominadas “BUENA FE POR PARTE DEL DEMANDADO Y ASEGURADO EN LOS CONTRATOS DE SEGURO GRUPO PAN FAMILIAR No 11000” y “NO RETICENCIA AL MOMENTO DE SUSCRIBIRSE LOS CONTRATOS DE SEGURO GRUPO PLAN FAMILIAR No 11000”.

### OBJETO DEL RECURSO

Que se revoque la sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Oralidad de Valledupar, en la cual se negaron las pretensiones contenidas en el libelo genitor y, en su lugar, se accedan a las súplicas de la demanda.



## ANTECEDENTES

Mi procurada, a través de otrora apoderado judicial, presentó la acción rescisoria de marras pretendiendo la declaratoria de existencia del contrato de seguro instrumentado en la póliza de vida grupo No. 11.000, certificados individuales de seguro Nos. 7921879 y 7921880, en donde el hoy demandado figura como asegurado; que los mentados certificados de seguro se encuentran viciados de nulidad relativa al tenor del Art. 1058 del C. de Co. y., como consecuencia de lo anterior, se declare que mi prohijada se encuentra facultada a retener la prima en los términos del Art. 1059 *ibídem*.

Una vez integrado el contradictorio, la parte demandada se opuso a las pretensiones de la demanda, y propuso las excepciones de mérito en contra del libelo genitor.

Finalizado el debate probatorio y escuchadas las alegaciones finales de la parte actora, el Despacho decidió negar las pretensiones del libelo genitor y declaró probadas las excepciones de mérito denominadas "BUENA FE POR PARTE DEL DEMANDADO Y ASEGURADO EN LOS CONTRATOS DE SEGURO GRUPO PAN FAMILIAR No 11000" y "NO RETICENCIA AL MOMENTO DE SUSCRIBIRSE LOS CONTRATOS DE SEGURO GRUPO PLAN FAMILIAR No 11000".

Proferido y notificado el fallo, el otrora apoderado -en nombre de la aseguradora demandante- presentó recurso de apelación en contra de la decisión, la cual hoy se revisa en alzada.

## FUNDAMENTOS DEL RECURSO

Como se precisó en los argumentos que sirvieron de propósito para incoar el recurso de apelación, el fallador de primer grado pasó por alto los fundamentos de hecho y de derecho en que se fincan las pretensiones de la demanda, negándolas, como entrará a sustentarse.

Como argumentos principales, el sustento del reproche se presenta en el siguiente orden:

- (i) "De manera errada el despacho sustenta que conforme la Corte Constitucional, la reticencia es sinónimo de mala fe".
- (ii) "Aprecia el despacho, que la solicitud de seguro no cuenta con espacios para que el tomador agregue información, conforme tenga que declarar alguna alteración del estado del riesgo".



- (iii) “El despacho hace caso omiso al contenido del artículo 1158 del Código de Comercio, a través del cual la misma norma exime de hacer exámenes médicos a las compañías de seguros”.
- (iv) “El despacho da validez al dictamen de pérdida de capacidad laboral y su fecha de estructuración, para soportar dentro de la vigencia de la póliza el reclamo y la afectación del amparo, sin observar la historia clínica allegada y las fechas previas en donde las mismas enfermedades ya habían sido descubiertas y tratadas”.
- (v) “Soporta el despacho de manera infundada y en contradicción al artículo 167 del Código Civil, que el tomador fue mal informado por el vendedor del seguro y los funcionarios del banco Colpatria al momento de la adquisición del producto, cuando dentro de las pruebas allegadas, decretadas y soportadas, estos no fueron traídos al proceso para ser escuchados”.

En líneas siguientes la sustentación a los cargos que se señalan a la sentencia del *a quo*:

**1. “De manera errada el despacho sustenta que conforme la Corte Constitucional, la reticencia es sinónimo de mala fe”.**

El *a quo* sostuvo en la parte motiva de la decisión, que mi prohijada tenía la obligación de acreditar o demostrar la mala fe de la asegurada en el presente asunto, desconociendo, no solo el contenido mismo del artículo 1058 del C. de Co., sino contraviniendo la línea jurisprudencial pacífica en torno a la nulidad relativa del contrato de seguro de vida por reticencia o inexactitud.

Por contera, aterrizó a la conclusión equivocada relativa a que, si no se acredita la mala fe del asegurado, el contrato de seguro no es nulo de nulidad relativa al no verificarse el supuesto de hecho contemplado en el Art. 1058 del C. de Co.

Sin embargo, reconoce en el fallo que el contrato de seguro es de *ubérrima buena fe* y, merced a ello, las partes deben obrar con una buena fe calificada.

La aseveración relativa a que no se acreditó la mala fe en la que pudo incurrir el hoy demandado, posición que -como se indicó- es equivocada, resulta ser prueba irrefutable de la violación de los artículos 1058 y 1158 del C. de Co. por errónea interpretación de estos, pues en ninguna de las dos disposiciones el legislador indicó que debía acreditarse la mala fe como requisito de prueba para quien alega la reticencia del contrato de seguro.



El artículo 1058 pluricitado dispone que únicamente debe acreditarse (i) que el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo y, (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo o hacerlo pero en condiciones más onerosas.

Se insiste en que, ya la Corte Suprema de Justicia en su Sala Civil, precisó que “en virtud del principio de la buena fe contractual el ‘candidato a tomador [o asegurado, se agrega]’ asume las consecuencias ‘adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración” (Sentencia 4 de marzo de 2016, radicado 05001-31-03-003-2008-00034-01, Magistrado Ponente Dr. Fernando Giraldo Gutiérrez).

Asimismo, la doctrina precisa que “[a]contece que la información reticente o falsa suministrada por el asegurando, **con abstracción de la mala o buena fe con que haya sido emitida**, vicia el consentimiento del asegurador, quien al aceptar la propuesta, motiva que quede perfeccionado un contrato sobre un riesgo (materia u objeto) distinto del verdadero”<sup>1</sup> (se destaca).

Los anteriores yerros, cometidos por el *a quo*, fruto de la errónea interpretación de los artículos 1058 y 1158 del C. de Co., conllevó a la indebida aplicación de las disposiciones indicadas.

Como se indicó en el numeral anterior, ni los artículos 1058 y 1158 del C. de Co., ni cualquier otra disposición legal sustancial que gobierne el contrato de seguro, exigen la acreditación de la mala fe ni el cumplimiento de obligaciones que, a la postre, son inexistentes, para quien alega la reticencia del contrato de seguro.

Por ende, a pesar de haberse acreditado en la actuación que el hoy demandado no declaró los hechos o circunstancias que determinaban su verdadero estado del riesgo, viciándose así el consentimiento de mi prohilada, pues aquella creyó haber asumido un riesgo en condiciones normales, el *a quo* impuso que aquella debió cumplir con obligaciones que la ley no dispone.

En el contrato de seguro, existe un deber de lealtad del aspirante a ser tomador y/o asegurado de la póliza a la aseguradora, que constituye un imperativo de conducta en virtud del principio de confianza que el asegurador presume, como quiera que es el candidato directo a ser tomador y/o asegurado el que está

---

<sup>1</sup> Stiglitz, Rubén. Temas de Derecho de Seguros. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas: Grupo Editorial Ibáñez. 2010.



directamente relacionado con el riesgo y, por ende, es quien está llamado a declarar sinceramente las circunstancias de su estado de riesgo.

La línea jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia, en su Sala Civil, se encuentra definida, en el sentido que, la carga informativa recae, prioritariamente, en cabeza del futuro tomador o asegurado, precisando que tiene en sus hombros una carga de responsabilidad y solvencia que le impone comunicar al asegurador de manera fidedigna, veraz y oportuna, *so pena* de la nulidad relativa del contrato como sanción.

La postura actual de la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, es diáfana al indicar que el tomador – asegurado asume las consecuencias adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, postura que echó de menos el *a quo*.

Para el efecto, basta con ver las sentencias de la línea, a partir del estudio de constitucionalidad que, del Art. 1058 del C. de Co., adelantó la Corte Constitucional en su sentencia C-223 de 1997, a saber: CSJ S.C. Ago. 2/2001, CSJ S.C. Abr. 26/2007, CSJ S.C. Jun. 7/2007, CSJ S.C. Sep. 1/2010, CSJ S.C. Mar. 4/2016.

De otra parte, la doctrina sobre el particular ha indicado:

*"Como no es razonable exigir al asegurador el aseguramiento "a ciegas" de los riesgos por cuanto ello desvirtuaría el fundamento técnico de la operación aseguradora –la ley de los grandes números y el cálculo de probabilidades-, y como tampoco será posible en todos o en muchos casos la comprobación directa de los riesgos por asumir, dadas (sic) la dispersión geográfica de los riesgos y las numerosas propuestas de aseguramiento que recibe el asegurador en virtud de la contratación en masa, él que tiene que confiar o tener fe en lo que le manifiesta el candidato a tomador y, por ende, se justifica plenamente la existencia de un régimen especial que regule cabalmente el deber de información a cargo de este último y las consecuencias de su incumplimiento. Ese voto de confianza en lo que manifiesta el candidato a tomador se torna en núcleo fundamental del seguro pues el asegurador, en cierta forma, se abandona, entrega o se pone en las manos de aquel, y estará tranquilo sólo si espera y efectivamente se produce un comportamiento honrado, leal, eficiente, transparente y diligente por parte de quien le proporcionó la información."*<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Asociación Colombiana de Derecho de Seguros. *Deberes de información en la etapa precontractual a cargo del asegurador y del candidato a tomador. Ponencia del Dr. José Fernando Torres Fernández de Castro*. XXIII Encuentro Nacional. Santiago de Cali, octubre de 2002.



Bajo esta premisa, el espíritu del artículo 1058 del C. de Co. busca que el asegurador preste su consentimiento libre de vicios, es decir, separado de error o dolo causado por culpa o dolo del candidato a tomador – asegurado, lo cual desechó y marginó el fallador de instancia, imponiendo obligaciones que no se encuentran previstas en el ordenamiento jurídico que regula el contrato de seguro.

De otra parte, resulta infortunada la posición relativa a que la “reticencia” es sinónimo de “mala fe”. Es pertinente precisar que el no obrar de buena fe no quiere decir que se actuó de mala fe y, en el libelo genitor, en ningún aparte, se indicó que el hoy demandado haya actuado de mala fe. Como se precisó, la información reticente o falsa del asegurado se debe valorar con abstracción de la mala o buena fe con la que haya sido entregada y, en el caso en concreto, lo que se encuentra demostrado es que el asegurado no cumplió con su deber de información relativo a declarar su verdadero estado del riesgo, el cual ya era conocido de antemano por el hoy demandado, pero que no fue declarado ni informado a mi prohijada.

De haber atendido la línea jurisprudencial, habría concluido, sin hesitación alguna, que el supuesto de hecho y la consecuencia jurídica contenidos en el artículo 1058 del C. de Co. se encuentran acreditados en esta actuación.

**2. “Aprecia el despacho, que la solicitud de seguro no cuenta con espacios para que el tomador agregue información, conforme tenga que declarar alguna alteración del estado del riesgo”.**

El *a quo*, en el proloquio de instancia objeto de apelación, manifestó que, el no existir un espacio dentro del formulario para agregar información relevante al momento de manifestar su estado del riesgo, resalta la “falta de eficacia” del cuestionario que propone la aseguradora para este tipo de seguros, ya que no permite al tomador del seguro agregar información respecto a su estado de salud, lo que generaría sin duda posibles omisiones e inexactitudes de manera involuntaria.

Dos aspectos merecen especial atención en el razonamiento del *a quo*:

En primer lugar, tanto el Código Civil, como el Código de Comercio, recoge las causales de ineficacia de los actos y negocios jurídicos, amén de otras disposiciones dispersas en nuestro ordenamiento jurídico relativas a las entidades financieras y consumidores, tales como el Decreto 663 de 1993, las



leyes 1328 de 2009 y 1480 de 2011, la Circular Externa 029 de 2014 de la Superintendencia Financiera de Colombia, etc.

En ese contexto, el fallador de instancia, sin sustento legal alguno, afirmó que el cuestionario es *ineficaz*, simplemente porque “no permite al tomador (sic) del seguro agregar información respecto a su estado de salud”; argumento que, de entrada, no resiste el test para verificar la existencia de los presupuestos de ineficacia de los actos y negocios jurídicos.

En efecto, debe rememorarse que los certificados individuales de seguro que obran en la actuación lucen diáfanos al indicar la advertencia relativa a la firma de estos; de tal manera que, si la declaración no correspondía al verdadero estado de salud del hoy demandado, este debió abstenerse de celebrar el contrato de seguro. Sin embargo, al firmar la declaración se allanó a su contenido, lo admitió y consintió en lo allí indicado y que se traduce en su *propia declaración*: la de gozar de un buen estado de salud al momento de solicitar su inclusión en la póliza colectiva a través de los dos certificados de seguro y que no padecía, en este entonces, enfermedades o patologías que incidieran o afectaran los sistemas orgánicos de su cuerpo o que repercutieran directamente sobre su estado de salud.

En segundo lugar, nótese que los Arts. 1058 y 1158 del C. de Co. no exigen que la solicitud póliza o solicitud de inclusión en una póliza colectiva deba incluir un espacio para declaraciones, salvedades o información que deba consignar el candidato a ser asegurado. Por lo anterior, yerra el *a quo* al imponer un supuesto de hecho o un requisito de ineficacia que no está contemplado en la norma jurídica.

Las normas en mención no imponen solemnidad alguna en la declaración, pues tales disposiciones prevén el deber -u obligación- de declarar el verdadero estado del riesgo y su observancia y cumplimiento así no medie declaración ni práctica de examen médico.

Empero, a pesar de la gravedad de las patologías ocultadas u omitidas, de tal calado y envergadura para anular la vinculación al contrato de seguro en los términos del Art. 1058 del C. de Co., el fallador de instancia “excusó” la falta del deber de informar a cargo del hoy demandado *por la falta de espacios en el formulario*, a pesar de que la norma exige que aquel actúe con ubérrima buena fe y en cumplimiento del deber de informar su verdadero estado del riesgo, pues así lo indica el Art. 1158 *ibidem*.



Y, en tercer lugar, en línea con lo esbozado en el numeral 1º del presente escrito, no puede admitirse el argumento relativo a que sino hay espacios en el formulario no se puede oponer la inobservancia del deber de informar a cargo del candidato a ser asegurado. Como ya se indicó, “[e]l tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo”; lo cual debe entenderse que es en todos los casos, porque el legislador, en ningún momento, condicionó el cumplimiento del deber de informar a cargo del asegurado a la existencia de “espacios en blanco” en los formularios para ello, pues basta la manifestación idónea y oportuna del candidato a ser asegurado relativa a su estado de salud para que el asegurador (i) se abstenga de celebrar el contrato de seguro o, (ii) hacerlo en condiciones más onerosa.

En consecuencia, erró el *a quo* al establecer un presupuesto de ineficacia no previsto legalmente, amén de condicionar el cumplimiento del deber de informar a cargo del asegurado cuando la ley así NO lo ha indicado.

**3. “El despacho hace caso omiso al contenido del artículo 1158 del Código de Comercio, a través del cual la misma norma exime de hacer exámenes médicos a las compañías de seguros”.**

Indica el *a quo* que mi procurada, al contar con la autorización del asegurado, tenía la obligación de auscultar su estado de salud a través de la obtención de la historia clínica; de igual manera, precisó que mi representada no solicitó exámenes médicos. Empero, estas obligaciones NO están prevista en la ley.

De entrada, debe señalarse que la historia clínica del hoy demandado da cuenta que el asegurado conocía de sus patologías y afecciones y, a pesar de ello, declaró a mi prohijada estar en un estado de salud normal y manifestó no contar con enfermedades o afecciones que incidían directamente en su estado de salud.

Tales afecciones, de capital importancia, no constituían un riesgo normal, mas, sin embargo, no fueron comunicadas a mi prohijada.

El *a quo* parte de la premisa errada que la Aseguradora estaba obligada a practicar un examen médico y/o solicitar la historia clínica antes de asumir el riesgo del señor Anibal José Villalba Escorcia, posición que, desconoce las normas que gobiernan el contrato de seguro y la institución de la nulidad relativa de este.

Los artículos 1058 y 1158 del C. de Co. no exigen que, previo a asumir el riesgo en los seguros de vida, el asegurador deba “inspeccionarlos”, esto es, que realice



exámenes médicos o solicite, previo a su inclusión en la póliza colectiva, la historia clínica del candidato a asegurado.

Sobre el particular, es pertinente traer a colación un aparte de la sentencia C-232 de 1997, en donde la Corte Constitucional abordó el análisis de los requisitos y efectos del Art. 1058 del C. de Co:

*"Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bonae fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio" (negrillas con subrayado ajenos al texto original).*

En ese contexto, del examen de constitucionalidad abordado, cuya *ratio* tiene efectos son *erga omnes*, se concluye:

- a. El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección de riesgo como una obligación del asegurador. Es decir, no es un requisito *sine qua*



*non* para la declaratoria de reticencia, que el asegurador verifique el estado del riesgo antes de contratar.

- b. En línea con lo anterior, dado que las compañías de seguros no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la inclusión del asegurado o a la perfección del contrato de seguro, la información precontractual recae exclusivamente en el tomador y/o asegurado.

Aunado a lo anterior, el artículo 1158 del C. de Co., es diáfano al indicar que *"[a]unque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar"*.

En consecuencia, con fundamentos en sentencias de tutela que no tienen efectos *inter partes*, el *a quo* se equivocó al considerar que mi representada debió practicar exámenes médicos o solicitar la historia clínica del asegurado antes de incluirlo en la póliza colectiva, cuando la ley así no lo exige.

4. **"El despacho da validez al dictamen de pérdida de capacidad laboral y su fecha de estructuración, para soportar dentro de la vigencia de la póliza el reclamo y la afectación del amparo, sin observar la historia clínica allegada y las fechas previas en donde las mismas enfermedades ya habían sido descubiertas y tratadas"**

La declaración de asegurabilidad, en parangón con la historia clínica adosada a la actuación, dan cuenta que el hoy demandado no declaró de manera sincera, su verdadero estado de salud. Empero, tal ejercicio racional que debía adelantar el fallador fue omitido, sin tener en cuenta, o restándole eficacia, a las consecuencias jurídicas por haber demostrado ese supuesto de hecho.

Al haber incurrido en los yerros indicados, el fallo resultó negando las pretensiones de la demanda, a pesar de que se estaba acreditado en la actuación que el hoy demandado contaba con antecedentes médicos considerables, que ya eran conocidos por este y que no fueron informados al momento de solicitar su inclusión en la póliza de vida grupo de marras.

De haber tenido en cuenta la declaración de asegurabilidad y el contenido de la historia clínica, habría concluido, sin hesitación alguna, que el hoy demandado contaba con patologías y/o afecciones de salud antes de solicitar su ingreso a la póliza de vida grupo de marras, que eran conocidas por el señor Villalba, que no



fueron informadas a mi prohijada y que incidieron directamente en su merma de capacidad laboral.

5. "Soporta el despacho de manera infundada y en contradicción al artículo 167 del Código Civil (sic), que el tomador fue mal informado por el vendedor del seguro y los funcionarios del banco Colpatria al momento de la adquisición del producto, cuando dentro de las pruebas allegadas, decretadas y soportadas, estos no fueron traídos al proceso para ser escuchados".

La parte actora no acreditó en la presente actuación la supuesta información errada que recibió, incumpliendo con ello la carga prevista en el Art. 167 del C.G.P.

De igual manera, el Despacho supuso, sin existir prueba de ello, que el hoy demandado obró de buena fe, pues no estaba interesado en hacer parte del grupo asegurado, pero, después de las "ciertas guías suministradas por los asesores de la entidad bancaria", decidió tomar los seguros.

En la actuación, ni se demostraron las supuestas guías, ni se acreditó su incidencia en la celebración del contrato de seguro instrumentados a través de los certificados individuales de seguro.

Sin perjuicio de ello, tal argumento no tiene ninguna incidencia ni desvirtúa el hecho de que el consentimiento de mi procurada se encuentra viciado, pues debe indicarse que el hoy asegurado TENÍA EL DEBER de declarar su verdadero estado del riesgo, al margen de las presuntas guías y supuestas falencias en la información entregada por la entidad bancaria que, dicho sea de paso, no se demostraron en esta actuación.

De otra parte, no puede admitirse el argumento relativo a que, en las tratativas preliminares del seguro, la decisión de suscribir una póliza por ofrecimiento de un agente tenga la virtualidad de excusar al asegurado de *declarar el verdadero estado del riesgo*.

Por ende, volvió a errar el *a quo* al calificar una conducta cuyo supuesto no está contemplado en la ley, excusando al hoy demandado, sin justificación legal alguna, del deber de declarar el estado del riesgo, amén de arribar a conclusiones con fundamento en premisas fácticas no acreditadas en este proceso.



## PETICIÓN:

Ruego al Honorable Tribunal, respetuosamente:

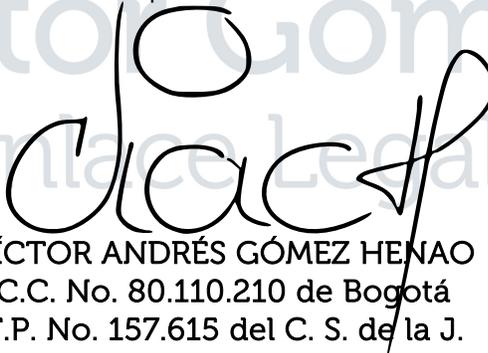
**PRIMERO:** Reconocer personería al suscrito para actuar en nombre de AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., conforme al poder que se aporta.

**SEGUNDO:** Revocar en su integridad la sentencia de primer grado, atendiendo las afirmaciones recogidas en la alzada en su unidad fáctica y jurídica; en consecuencia, se accedan a las súplicas de la demanda.

## ANEXOS:

- Poder conferido al suscrito a través de mensaje de datos
- Certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia
- Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá D.C.

De los Honorables Magistrados, respetuosamente,



VÍCTOR ANDRÉS GÓMEZ HENAO  
C.C. No. 80.110.210 de Bogotá  
T.P. No. 157.615 del C. S. de la J.