



**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR**  
**SALA CIVIL-FAMILIA-LABORAL**

**PROCESO:** EJECUTIVO DE MAYOR CUANTIA  
**ASUNTO:** APELACIÓN DE SENTENCIA  
**RADICADO:** 20001-31-03-003-2017-00247-01  
**DEMANDANTE:** CLAUDIA PATRICA CUJIA RONDÓN  
**DEMANDADO:** SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

**MAGISTRADO PONENTE: ÓSCAR MARINO HOYOS GONZÁLEZ**

Valledupar, doce (12) de mayo de dos mil veintitrés (2023)

Procede la Sala Civil Familia Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, a resolver el recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la parte demandante en contra de la sentencia proferida el 31 de octubre de 2018, dictada por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Valledupar, Cesar, dentro del proceso Ejecutivo de mayor cuantía impetrado por Claudia Patricia Cujia Rondón contra la compañía Seguros de Vida Suramericana S.A.

**ANTECEDENTES**

Claudia Patricia Cujia Rondón, mayor de edad, con residencia y domicilio en esta ciudad, a través de apoderado judicial instauró la presente demanda contra Seguros de Vida Suramericana S.A., identificada con Nit 890.903.790, entidad debidamente constituida y representada, para que, mediante el trámite del proceso ejecutivo de mayor cuantía, se le ordene pagar las sumas de dinero contenidas en los contratos de seguros anunciados en el libelo.

1.- Solicito la actora, librar a su favor mandamiento de pago en contra de la demandada por las siguientes sumas de dinero:

1.1.- La cantidad de ciento veinte millones de pesos (\$120.000.000), derivada del riesgo asegurado que dan cuenta dos (2) pólizas de seguro, discriminadas así:

1.1.1.- Póliza de vida grupo N° 0450153 - 9 vigente desde el 15 de julio de 2009 (\$50.000.000)

1.1.2.- Póliza de vida grupo N<sup>3</sup> 0458709 - 1 vigente desde el 15 de julio de 2012 (\$70.000.000).

1.2.- Por la suma de dinero que arrojen los intereses moratorios legales, certificados por la Superfinanciera, liquidados sobre la suma anteriormente indicada, desde el día que se hizo exigible la obligación hasta que se cancele efectivamente. así como la indexación respectiva, los cuales ascienden a la cantidad aproximada de quince millones ochocientos cincuenta mil pesos (\$ 15.850.000) M.Cte.

1.3.- Por las costas procesales y las agencias en derecho.

### **FUNDAMENTOS DE HECHO**

2.- Para soportar las pretensiones incoadas, expuso como supuestos facticos, los siguientes:

2.1.- Claudia Patricia Cujia Rondón, suscribió con Seguros de Vida Suramericana S.A., los contratos de seguro de vida e incapacidad total y permanente contenido en las Pólizas de vida grupo N° 0450153 - 9 vigente desde el 15 de julio de 2009 y la N° 0458709 – 1, vigente desde el 15 de julio de 2012, cuyo tomador fue la empresa Mantenimiento Técnico Minero Ltda. (MTM), dedicada a las reparaciones de equipos mecánicos para la explotación de carbón a cielo abierto en el centro del Cesar.

2.2.- La vigencia de las citadas pólizas se renovaba año tras año, previo pago de las primas respectivas, lo que hizo cumplidamente la empresa tomadora del seguro, hasta la terminación del contrato laboral que tenía con la demandante, esto es, hasta el 10 de abril de 2016 quien, durante el vigor del contrato laboral, cumplió a cabalidad con las obligaciones propias del contrato de seguros como quiera que declaró los hechos que determinaron el riesgo asegurable, diligenciando verazmente todas y cada una de las preguntas contenidas en el formulario que elaboró unilateralmente empresa aseguradora, rubricando la póliza como prueba de su aceptación.

2.3.- Claudia Patricia Cujia Rondón, laboró por más de 12 años con la empresa Mantenimiento Técnico Minero Ltda. (MTM), como secretaria ejecutiva, vale decir, desde el 1 de marzo de 2004 hasta el 10 de abril de 2016 y que, por

padecer serios quebrantos de salud de carácter psiquiátricos, así como en los huesos y en las articulaciones, fue formalmente declarada invalida por su AFP COLPENSIONES, circunstancia que le impidió continuar con su actividad laboral.

2.4.- El 7 de diciembre de 2016, AFP COLPENSIONES, mediante dictamen No. 2016193012TT, le determinó invalidez y pérdida de capacidad laboral en un 54.72%, expresando las deficiencias, discapacidades y minusvalías, registradas así: Deficiencias por trastornos psicóticos y del humor 77.26%; por trastorno del disco cervical 77.26%; por enfermedades del tejido conectivo 77.26%; por auditiva global 77.26%; por trastorno del disco lumbar 77.26% por desórdenes del tracto digestivo 77.26%; por enfermedades del útero 77.26%; por rol laboral -10%; por autosuficiencia económica 0% y por edad 1.5%, establecidas por AFP COLPENSIONES con base en los lineamientos contenidos en el decreto 1507 de 2014 y debidamente diagnosticadas, valoradas y comprobadas por profesionales de la salud de su EPS COOMEVA, así como por médicos particulares, cuyas historias clínicas, reportes, incapacidades y demás anexa a esta demanda.

2.5.- Como fecha de estructuración o fecha en la que se generó la invalidez y la pérdida de su capacidad laboral en forma permanente y definitiva, COLPENSIONES AFP estableció el 25 de diciembre de 2016, decisión que fue oportunamente apelada por la demandante, por lo que la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, en dictamen No. 6521 del 1 de marzo de 2017, la modificó y, en su defecto, señaló como tal la del 4 de octubre de 2014, igualmente soportada en la historia clínica, en los exámenes y en las pruebas clínicas anexas a esta demanda.

2.6.- Las patologías que originaron la invalidez de la demandante, en un 54.72%, por parte de COLPENSIONES, se presentaron en vigencia de las pólizas de seguros objeto de este proceso como quiera que la fecha a partir de la cual había quedado fijada la fecha de estructuración fue el 4 de octubre de 2014), conceptos que se encuentran en firme debido a que contra ellos no se interpusieron los recursos de ley tal y como consta en los certificados expedidos por COLPENSIONES y por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar.

2.7.- Tal como se acredita con los escritos adjuntos a esta demanda, el 5 de abril de 2017, la demandante, Claudia Patricia Cujia Rondón, presentó reclamación formal ante Seguros de Vida Suramericana S.A., dándoles a conocer las circunstancias relacionadas con su incapacidad total y permanente, solicitando, de paso, las indemnizaciones contenidas en las dos pólizas de seguros ya referidas, aportando los correspondientes anexos, tales como, el dictamen en firme de su invalidez, copia de los dos Contratos de seguros, la Historia clínica completa, todas y cada una de las incapacidades y demás documentos exigidos por la ley para el reconocimiento y pago de esta clase de indemnizaciones.

2.8.- De forma extemporánea, mediante escrito del 11 de mayo de 2017, la Compañía de Seguros demandada, objetó las reclamaciones presentadas por la asegurada, esto es, dejó que, al tenor de lo previsto en el numeral 3 del artículo 1053 del C. de Comercio, se consolidara la obligación indemnizatoria, que por vía ejecutiva tiene derecho a reclamar.

2.9.- La Compañía de Seguros demandada, como argumento de la objeción, alegó reticencia o inexactitud en la declaración dada por la asegurada sobre su estado de salud al momento de tomar dicha póliza, aduciendo que la demandante tenía enfermedades preexistentes para la fecha de expedición de las citadas pólizas.

2.10.- No existe en el expediente prueba que permita concluir que la demandada haya realizado algún tipo de examen médico a mi poderdante, ni tampoco que le haya exigido que como asegurada allegara uno con el fin de determinar previamente su estado de salud, para así indicar desde un principio y dejar constancia de las exclusiones y preexistencias del contrato que son legalmente responsabilidad de la compañía establecer.

### **ACTUACIÓN PROCESAL**

3.- Por reparto, el 15 de noviembre de 2017, el expediente le fue asignado al Juzgado Tercero Civil del Circuito de Valledupar, quien, mediante providencia de 27 de noviembre de la misma anualidad, libró la correspondiente orden de pago en favor de la actora y en contra de la empresa de seguros demandada

en la forma solicitada, otorgándole, para pagar la obligación un término de cinco (5) días, contados a partir de la notificación personal, que ordenó practicar tal y como lo dispone los artículos 291 a 293 y 301 del C. General del Proceso.

3.1.- El once (11) de diciembre de dos mil diecisiete (2017), se vinculó formalmente a la entidad demandada, a través de su representante legal, a quien se le notificó el auto de mandamiento de pago de veintisiete (27) de noviembre de dos mil diecisiete (2017).

Oportunamente, la demandada, a través de su apoderado judicial contestó el acto introductorio, expresando frente a los hechos que el primero lo admitía parcialmente, aceptando lo concerniente a la expedición de las pólizas de seguro de vida grupo, plan vida integral no contributivo, entre ellas, la No. 0450153-9, con ingreso al grupo asegurado a partir del 15 de octubre de 2.009 y la No. 0458709-1, con ingreso al grupo asegurado a partir del día 15 de febrero de 2.011, al igual que el quinto, sexto y séptimo; que no admitía el hecho dos por cuanto que la asegurada no cumplió a cabalidad con las obligaciones propias del contrato de seguro, vale decir que existió reticencia en la declaración del estado del riesgo al momento de diligenciar la correspondiente declaración de asegurabilidad, contenida en la solicitud N° 542 728, correspondiente a la póliza N° 0458709-1; que el tercero como no le constaba debía probarse; que conforme al dictamen presentado, como se encontraban antecedentes de salud que no tenían cobertura y que como la fecha de estructuración del riesgo no era la misma que se enunciaba en la demanda tampoco admitía el cuarto, ni el octavo, ni el noveno, ni el décimo.

Seguidamente, se opuso a la prosperidad de las pretensiones incoadas, expresando que carecen de sustento fáctico, jurídico y probatorio, agregando que a cargo de la demandada no se ha generado obligación de ninguna índole derivada de los contratos de seguro de vida contenidos en las pólizas plan vida integral no contributivo N° 0450153-9 y plan vida integral contributivo N° 0458 709-1 atendiendo lo que se acordó en las condiciones generales, contenidas en el formato proforma N° F- 02-83-277, en las cuales se encuentran expresamente excluidas algunas patologías; que adicionalmente, los valores asegurados indicados por el actor están equivocados por cuanto que en las carátulas de las

pólizas que se adjuntan como medio probatorio se detallan otros valores asegurados. Así mismo se opuso a la validez de los dictámenes aportados, alegando que no se les dio la oportunidad de ejercer el derecho de contradicción dentro del trámite de calificación efectuado a la señora CLAUDIA CUJIA RONDON, esto es, que no tuvieron manera de apelarlos.

En esa misma oportunidad propuso como excepciones de mérito las que denominó:

- INEXISTENCIA DE COBERTURA POR EXCLUSIÓN CONVENCIONAL DEL RIESGO. DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LAS PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA GRUPO N° 0450153-9. y N° 0458 709-1. EXPEDIDAS POR SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., respecto de la que adujo, luego de citar apartes de la doctrina en torno al tema objeto de debate, que sin que implique aceptación alguna por parte de la demandada, se debe tener en cuenta lo manifestado en cartas de objeción de fecha 11 de Mayo de 2.017, dirigidas a la señora CLAUDIA CUJIA RONDON, según la cual *“(...) Conforme a la documentación mencionada, es claro que los diagnósticos que dan origen a la pérdida de la capacidad laboral, son PREVIOS a la fecha a la cual usted ingresó como asegurado a la póliza N° 450125, esto es, 15 de Octubre de 2.009, y póliza N° 458 709, esto es, 15 de Febrero de 2.011, por lo cual CARECE DE COBERTURA, de acuerdo con las condiciones generales de la póliza (...)”* y no por reticencia en la declaración del estado del riesgo.

- IMPOSIBILIDAD DE AFECTACIÓN DEL AMPARO CUYOS PAGOS SE RECLAMAN, POR INEXISTENCIA DE OPORTUNIDAD PARA CONTROVERTIR DICTÁMENES DE CALIFICACIÓN DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL PRACTICADOS A LA ASEGURADA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1352 DE 2.013, soportada en el hecho consistente en que no contó con la oportunidad legal para ejercer el derecho de contradicción respecto de los dictámenes No. 201619301TT de 7 de diciembre de 2.016, emitido por COLPENSIONES y dictamen No. 6521 de 1 de Marzo de 2.017, emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, esto es, para interponer los recursos de ley.

- GENERICA O INNOMINADA, la que según lo previsto en el artículo 282 del C.G.P., cuando el juez de la causa encuentre probado algún hecho que constituya excepción distinta de las propuestas, así debe declararla.

3.2.- La parte actora para descorrer el traslado del medio exceptivo propuesto, pidió desestimarlos por cuanto que ninguno de los argumentos esgrimidos por la Compañía de Seguros demandada tienen asidero legal ni probatorio, como quiera que la asegurada no padecía enfermedad alguna que le impidiera suscribir el contrato de seguro base de este proceso y que tampoco es obligación legal notificar a la demandada del dictamen de invalidez que permita exonerarla de acudir a la vía ejecutiva para reclamar el pago la debida indemnización; que con relación a la supuesta inexistencia de cobertura por exclusión del riesgo, es evidente que la actora suscribió con Seguros de Vida Suramericana S.A., dos contratos de seguros de vida e incapacidad total y permanente contenido en las pólizas de vida grupo N° 0450153 y 0458709 vigentes desde el 15 de julio de 2009 y 15 de julio de 2012 - respectivamente, renovándose año tras año, previo pago de la prima respectiva, como lo hizo puntualmente mi patrocinada; que, así mismo, la fecha de estructuración a partir de la cual se originó para todos los efectos legales, la invalidez y la pérdida de la capacidad laboral, - 4 de octubre de 2014-, se encuentra dentro de la vigencia de dichas pólizas de seguros; que revisada la historia clínica de Claudia Cujia, no aparece un diagnóstico que establezca las patologías señaladas por la demandada; que todas las pruebas documentales se presentaron oportunamente ante la aseguradora para reclamar la indemnización en cumplimiento de lo preceptuado en el artículo 1077 del Código de Comercio, quien sin justificación seria y fundada se ha abstenido de cumplir con la obligación de indemnizar a mi cliente en los precisos términos de las pólizas suscritas entre ambas partes.

4.- Agotadas las etapas propias en esta especie de certámenes judiciales, se convocó a la audiencia de que tratan los artículos 372 y 373 del C. General del Proceso, para luego dictar sentencia, en la que el quo, tras desestimar el medio defensivo propuesto, accedió a las pretensiones de la demanda, ordenando seguir adelante la ejecución conforme se dispuso en el auto de mandamiento

de pago, junto con las demás consecuencias inherentes al este trámite ejecutivo.

5.- Contra esa determinación la demandada interpuso recurso de apelación que, concedido, es ahora objeto de estudio y de decisión por parte de esta corporación.

6.- En esta instancia el Tribunal, de conformidad con lo previsto en el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, tras admitir el recurso de apelación, le corrió el traslado al apelante y al no apelante. Vencido el término procede a proferir la sentencia que en derecho corresponda.

### **LA SENTENCIA APELADA**

7.- Para arribar a esa decisión, no sin antes señalar que, como los presupuestos procesales estaban presentes en el sub lite, era procedente decidir, de fondo, el litigio, expuso, en compendio, no sin hacer una breve descripción del caso, que la ejecución deviene de dos contratos de seguros de vida e incapacidad total y permanente contenido en las pólizas de vida grupo N° 0450153 y 0458709 vigentes desde el 15 de julio de 2009 y 15 de julio de 2012 - respectivamente, cuyo tomador fue la empresa en donde laboró la demandante hasta el 10 de abril de dos del año 2016, completando un tiempo de servicio superior a 12 años, hasta cuando fue declarada formalmente invalidada por la entidad pensional, a partir del 7 de diciembre del año 2016, por virtud un dictamen médico legal, a través del cual se determinó una pérdida de la capacidad laboral en 54.72%, tal y como se colige de la prueba que obra en el expediente, estructurándose como fecha de invalidez, el 25 de diciembre de 2016, decisión que fue apelada por la actora en cuanto tenía que ver con dicha fecha de estructuración, recurso que por haberse resuelto a su favor se revocó para modificarla, mediante resolución 6521 del 1 de marzo de 2017, en la que se señaló como tal la del 4 de octubre de 2014; que en virtud de ello, se presentó la respectiva reclamación para que se le cancelara la indemnización por la ocurrencia de dicho siniestro en cuantía de 50 y 70 millones, pero que la respuesta a dicha petición como resultó extemporánea era necesario seguir adelante con la ejecución por cuanto como ya se dijo, de un lado, el asegurador antes de celebrar el contrato debía conocer los hechos y circunstancias en las que versan la declaración de asegurabilidad en orden a decidir si acepta o no contratar porque de lo contrario se tendría como subsanada o a aceptada expresa o tácitamente esa circunstancia, no



pudiendo, entonces la compañía demandada alegar la falta de cobertura o la reticencia dado que debía hacerlo dentro del término de los treinta días siguientes que establece la norma.

Y en cuanto a la inconformidad consistente en que no tuvo oportunidad para discutir los referidos dictámenes médico-legales, tampoco es de recibo dicha defensa dado que la aseguradora soslayo el deber de informarse de la situación del verdadero estado de la trabajadora, siendo cierto que no objetó la reclamación, máxime que la Compañía acepta en su escrito de contestación que conocía el diagnóstico, no siendo ahora admisible consentir que no le había notificado o que no haya recibido comunicación alguna con respecto a la calificación contenido del dictamen 6521 del 1 de marzo de 2017 en orden a poderlo controvertir o ejercer la defensa que considerara pertinente.

## **EL RECURSO INTERPUESTO**

### **Parte apelante.**

8.- Tras aducir una errada motivación de la sentencia por una indebida aplicación del derecho sustancial y una completa orfandad probatoria de las consideraciones que ha hecho el fallador de primera instancia, expresó que con las pruebas allegadas al proceso, se logró determinar que los diagnósticos que dieron origen a la pérdida de la capacidad laboral de la demandante Claudia Cujia Rondón fueron previos a la fecha de ingreso como asegurada dentro de las pólizas plan vida integral no contributivo No 0450153-9, con vigencia a partir de 15 de octubre de 2002 y plan vida integral contributivo No 0458709-1, con vigencia a partir del día 15 de Febrero de 2011 si se tiene en cuenta que su historial clínico, del cual se determina que las patologías allí descritas carecen de cobertura por encontrarse expresamente excluidas en las condiciones generales de la póliza en los ,numerales 2.2.2, 2.2.2.1 y 2.2.2.2, esto es, que existe en el clausulado una exclusión convencional del riesgo, conforme a lo establecido en las condiciones generales de las pólizas de seguro de vida Plan vida integral no contributivo No 0450153-9 y Plan vida integral contributivo No 0458709-1, contenidas en el formato proforma No P - 02- 83-277; que el despacho emitió una sentencia bajo consideraciones separadas de la ley que rige el contrato de seguro y la capacidad que tienen las compañías aseguradoras de asumir o no ciertos riesgos; que el despacho no tuvo en cuenta el medio exceptivo propuesto. Por ello debe tener presente el Ad-quem que, contrario al desabrigado análisis del juzgado de primera instancia en tal sentido, es pertinente que tenga en cuenta que el contrato de seguro es entendido dentro del derecho sustancial y la doctrina como un título ejecutivo

complejo, es decir, que para que jurídicamente produzca efectos Inter partes se debe acudir a los documentos que del mismo emanen o dependan para su nacimiento a la vida jurídica. Alude que se apoyó para decidir como lo hizo en el artículo 1058 y no el 1056 del C. de Comercio, que era el pertinente en este asunto como quiera que se estaba alegando exclusión en la cobertura del siniestro y no reticencia o nulidad relativa.

Como sustento de su inconformidad, citó pasajes jurisprudenciales, en los que, con apego en normas que regulan el contrato de seguro, pidió aplicarlos en este asunto, afirmando que el fallador se equivocó al concluir que por cuanto no se había objetado la reclamación no tenían fundamento las excepciones propuestas, cuestionando por ahí mismo, los dictámenes allegados, en cuanto que no había tenido oportunidad para cuestionar los dictámenes periciales médico-legales, aduciendo, además, fraude en su elaboración bajo el argumento de existir una investigación penal con respecto a este especial tema, afirmando, de paso, que, bajo la tesis de las altas corporaciones, las compañías aseguradoras al presentar sus medios de defensa en un proceso ejecutivo que se deriva de un contrato de seguro, gozan de libertad para compendiar con los medios exceptivos diversos, sin estar atados a la obligación de proponer excepciones decantadas en el artículo 442 del Código General del Proceso. En síntesis, expuso que no fue convocado por la entidad que emitió los dictámenes medico legales.

### **Parte no recurrente**

8.1.- De entrada, solicitó la parte demandante desestimar el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia de 31 de octubre de 2018, pronunciada por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Oralidad de Valledupar y, consecuentemente, confirmar el fallo cuestionado.

Tras hacer una sinopsis del fallo apelado, expresó que la falsa motivación alegada por falta de cobertura del siniestro debido a antecedentes clínicos anteriores a las vigencias de las pólizas no tiene asidero debido a que la asegurada le comunicó a la demandada antes de la vigencia del contrato de seguros dichos antecedentes médicos y que, además, por requerimiento de Suramericana S.A., les envió los informes e historias clínicas de los médicos tratantes de dichas patologías, así como los resultados de la Esófago — gastroscopia y de la biopsia, motivo por el cual la aseguradora condicionó la vigencia del contrato de seguros al pago de un sobreprecio del valor estipulado en la póliza, sobreprecio que fue aceptado por el demandante para poder adquirir la calidad de asegurada a partir del 15 de octubre de 2009; que tal como se demostró ante el a quo con los correos adjuntos al expediente, la actora no sólo

comunicó previamente a Seguros de Vida Suramericana S.A. los antecedentes médicos señalados, sino que, además, por requerimiento de la entidad aseguradora, le envió los informes e historias clínicas de los médicos tratantes, así como los resultados de la esófago gastroscopia y de la biopsia; que después de todas esas circunstancias, Seguros de Vida Suramericana S.A., a través de Lhetty Vianney Trujillo, le comunicó a la demandante que se había aprobado el ingreso al grupo asegurable con extra prima en vida y en enfermedades graves del 25% por los antecedentes médicos señalados y le pidió validar con su firma el contrato de seguro, lo que confirmó con su rúbrica como se aprecia en el correo anexo.

En lo que toca con la errada sustentación de la sentencia apelada por indebida aplicación del derecho sustancial expuso que la aseguradora si conoció previamente la situación de salud de la demandante, máxime que le impuso un sobrepago del 25% del valor del seguro debido a las patologías que sufría y que debido al pago que hizo pudo ingresar al grupo asegurable para adquirir lo condición de asegurada y que por ello se está en este asunto bajo un tema de exclusión do cobertura y no de reticencia como acertadamente lo expresó el a quo.

Respecto al reparo relacionado con la imposibilidad de controvertir el dictamen de invalidez que declaró la pérdida de capacidad laboral de la poderdante, expuso que si pudo controvertir dicho dictamen de invalidez por cuanto que aportó y solicitó pruebas, intervino en las audiencias y que, además, según lo afirma la aseguradora, está vinculada al proceso penal N° 200016000000201800075, así como unos de los profesionales de la salud que adulteró exámenes médicos para apoyar la defraudación masiva del sector asegurador y pensional de Colombia y que la demandante no ha estado vinculada; que el 3 de noviembre de 2021, con base en lo previsto en el artículo 44 de la Ley 100 de 1993, que faculta a las AFP para revisar el estado de invalidez cada 3 años o más de sus pensionados, Colpensiones procedió a recalificar a la pensionada Claudia Patricia Cujia Rendón, es decir, a revisar la existencia, estado y progresión de las patologías por las cuales fue declarada invalida a través del Dictamen N° 201619301217 del 7 de diciembre de 2016 que determinó su invalidez y pérdida de capacidad laboral en un 54.72%.y fecha de estructuración 4 de octubre de 2014, a través del Dictamen N° DML 4560705 del 17 de mayo de 2022; que Colpensiones ratificó la calidad de invalida de la demandante, estableciendo como pérdida de capacidad laboral en un 55.51%y fecha de estructuración 4 de octubre de 2014, hechos que desmienten todo lo aseverado por la parte apelante.

## CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL

9.- Satisfechos los presupuestos procesales en esta acción y realizado el control de legalidad que ordenan los artículos 42 numeral 12 y 132 del Código General del Proceso, sin que se avizore causal de nulidad o irregularidad que invalide lo actuado u obligue a retrotraer el trámite a etapa anterior, se encamina la Sala a resolver la alzada bajo los límites trazados por el extremo impugnante en la sustentación de su recurso, de acuerdo a lo reglado por los artículos 320 y 328 del Estatuto General del Proceso, advirtiendo que ningún indicio hay por deducir de la conducta procesal de las partes en los términos del artículo 280 ibídem.

10.- Después de analizar lo pertinente acerca de los presupuestos procesales, lo primero ha de hacer esta corporación es un estudio oficioso del título ejecutivo aportado al presente proceso. Si bien es cierto el C.G.P., en el artículo 430 nos enseña que “Los requisitos formales del título ejecutivo sólo podrán discutirse mediante recurso de reposición contra el mandamiento ejecutivo y que no se admitirá ninguna controversia sobre los requisitos del título que no haya sido planteada por medio de dicho recurso y que tales defectos no podrán reconocerse o declararse por el juez en la sentencia o en el auto que ordene seguir adelante la ejecución, según fuere el caso, la verdad es que también es cierto el hecho de que el Juez o magistrado está habilitado, aun oficiosamente, para estudiar el título ejecutivo, por supuesto que este es el primer tópico al cual se ha de pronunciar a fin de depurar el litigio de cualesquiera irregularidad, sin que por ende se pueda pregonar extralimitación o desafuero en sus funciones, máxime cuando el proceso perennemente ha de darle prevalencia al derecho sustancial, acogiendo, por tanto, la tesis consistente en que la hermenéutica que ha de dársele al canon 430 del Código General del Proceso no excluye la «potestad-deber» que tienen los operadores judiciales de revisar «de oficio» el «título ejecutivo» a la hora de dictar sentencia, ya sea esta de única, primera o segunda instancia, es predicable, en línea de principio, respecto de todos los procesos ejecutivos.

De modo que la revisión del título ejecutivo por parte del juez, para que tal se ajuste al canon 422 del Código General del Proceso, debe ser preliminar al emitirse la orden de apremio y también en la sentencia que, con posterioridad, decida sobre la Litis, inclusive de forma oficiosa, en orden a verificar que, de conformidad con lo señalado en el artículo 422 del C.G.P., contengan “obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documentos que provengan del deudor o de su causante, y constituyan plena prueba contra él...” .

La claridad del título refiere a que de la literalidad de este no surja confusión o ambivalencia; que la obligación se pueda entender en un solo sentido; que sea expresa y que de manera taxativa se indique la obligación allí contenida sin que exista posibilidad de duda al respecto; y que el título sea cierto y específico. Finalmente se entiende por actualmente exigible, que la obligación contenida en el título ejecutivo se encuentre de plazo vencido, esto es que, la fecha que por acuerdo de voluntades se haya señalado para el pago del derecho en él incorporado, esté vencida.

En este asunto se tiene que el título ejecutivo base de la ejecución es una póliza de seguros, la que, según el artículo 1053 del Código del Comercio, “la póliza de seguros, por si sola, prestará mérito ejecutivo contra el asegurador en los siguientes casos: 1. En los seguros dotales una vez cumplido el respectivo plazo; 2. En los seguros de vida, en general, respecto de los valores de cesión o rescate, 3. Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda...” Con respecto al tercero de los casos previstos anteriormente, que es el que interesa en éste caso, por cuanto es con fundamento en el mismo que la demandante pidió librar mandamiento de pago, la póliza de seguro adquiere carácter de título ejecutivo en cualquiera de los tres casos siguientes: (i) cuando transcurrido un mes de haberse formulado la reclamación, el asegurador no objeta dicha reclamación; (ii) cuando la objeción se formula extemporáneamente, esto es, después de vencido dicho término; (iii) cuando a pesar de haber sido objetada oportunamente, el juez estima que la objeción no es seria y fundada. Según lo consagrado en el numeral 3 del artículo 1053 del C. de Comercio en este asunto nos encontramos ante la conformación de un título ejecutivo complejo, por supuesto que, al ser presentada como fundamento de la reclamación ante el asegurador, debe estar integrada o aparejada de los documentos que acrediten el cabal cumplimiento de los requisitos del artículo 1077, esto es, “...la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso...”. Y lo segundo, en razón a que al demandante corresponde demostrar al instaurar la demanda que, efectivamente, formuló a la aseguradora la reclamación con los comprobantes del caso, y que ha transcurrido un mes, contabilizado entre el requerimiento y la presentación de la demanda sin que se le haya objetado su reclamación.

11.- Descendiendo al caso en estudio, y, después de analizar las anteriores premisas, advierte el despacho que con la demanda se presentó en debida forma el título ejecutivo de conformidad con lo establecidos en la Ley, es decir el ejecutante aportó las pólizas de vida grupo N° 0450153 - 9 vigente desde el 15 de julio de 2009 y la N° 0458709 – 1, vigente desde el 15 de julio de 2012, cuyo tomador fue la empresa Mantenimiento Técnico Minero Ltda. (MTM), acompañadas de los documentos que probaban la ocurrencia del siniestro y su cuantía. Siendo así las cosas puede asegurar la Sala que en lo que concierne a estos presupuestos se tienen por cumplidos, debiendo puntualizar que dentro del plenario también se haya prueba de la extemporaneidad de la reclamación, situación, además, aceptada por la aseguradora con la contestación de la demanda y alegatos, sumándole que la objeción implica una negativa a pagar la indemnización y no debe ser necesariamente fundada o argumentada, pues desde la reforma introducida por el artículo 626 del Código General del Proceso, la ley solo exige a las aseguradoras que manifiesten su negativa a pagar por cuanto que antes de la reforma mencionada, la ley reclamaba que la objeción fuere seria y fundada.

12.- Corolario de lo anteriormente expuesto, se tiene que cuando la aseguradora no objeta la reclamación dentro del mes siguiente a la fecha de su radicación, enfrenta como sanción el nacimiento del derecho en cabeza del beneficiario o asegurado a demandarla por la vía ejecutiva, para exigirle, forzosamente, el pago de la indemnización. El numeral tercero del artículo 1053 del Código de Comercio establece que la póliza de seguros presta mérito ejecutivo, cuando la aseguradora no ha objetado una reclamación dentro del mes siguiente a la fecha de la radicación por parte del asegurado o beneficiario de la reclamación que acredite la existencia y cuantía del siniestro, significando lo anterior que la ausencia de objeción permite que la indemnización se exija mediante un proceso de cobro jurídico y no a través de un proceso declarativo con los cuales se pretende la declaración de la existencia de un derecho. En términos coloquiales, se podría decir que, cuando no hay objeción oportuna, la póliza, la reclamación y las pruebas del siniestro y su cuantía se convierten en un verdadero título ejecutivo que puede ser cobrado por vía judicial a la aseguradora.

Sin embargo, debe quedar claro que la ausencia de objeción no significa, necesariamente, que el proceso se vaya a ganar o que ya se haya logrado la

indemnización dado que esta especie de certámenes implica una inversión de la carga de la prueba, es decir, corresponde a la aseguradora desvirtuar la existencia del siniestro y su cuantía, por supuesto que la ejecución solo tiene vocación de éxito si existe cobertura, hay disponibilidad del valor asegurado, hay un real derecho a recibir indemnización por parte del demandante y el siniestro y su cuantía han sido probados desde la misma reclamación, resaltando también que la ausencia de objeción no implica el nacimiento de un derecho antes inexistente, por supuesto que la aseguradora puede defenderse a través de todos los medios de defensa disponibles en el proceso ejecutivo, pudiendo alegar, entre otras, la inexistencia de título ejecutivo, la ausencia de responsabilidad del asegurado, la reticencia del tomador o asegurado, la ausencia de cobertura, etc. Además, puede cuestionar la cuantía de la indemnización solicitada. Pensar que la aseguradora no puede ejercer una defensa íntegra es una interpretación equivocada de las normas que regulan el proceso ejecutivo en estos casos.

Siguiendo ese hilo conductor, es necesario hacer una remisión al artículo 1077 de la codificación comercial, en la que se dispone de forma clara que *“Corresponderá al asegurado **demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida**, si fuere el caso. El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.”*, estableciendo dicha norma dos hechos básicos que deben acreditarse ante el asegurador a la hora de la reclamación, y que como resulta claro, son absolutamente razonables, entendiéndose que de no lograr probarse que el siniestro existió, no hay lugar a indemnización alguna, toda vez que el riesgo asegurado no se habría configurado, a voces del artículo 1072 del Código de Comercio; y que en aquellos seguros que no son de valor admitido, resulta lógico que a la aseguradora haya que demostrarle a cuánto ascendió monetariamente la pérdida, evitando así un enriquecimiento injustificado por parte de quien reclama la indemnización. Sin embargo, esa norma que, en principio, aplica para todo tipo de pólizas, se queda corta cuando se piensa en los contratos que amparan los riesgos de responsabilidad civil, pues como la lógica lo determina, su nombre mismo lo indica, y lo definió el artículo 1127 de la compilación comercial, el nacimiento de la obligación condicional requiere también que el asegurado haya incurrido, de acuerdo con la ley, en determinada

responsabilidad, siendo este elemento también un presupuesto básico para la afectación del contrato de seguro. Es así como en tratándose de asuntos vinculados a la responsabilidad, no basta, como lo indica el 1077 de la norma comercial, con acreditar la existencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, pues, aunque logren probarse ambos elementos, si la responsabilidad en la materialización del riesgo recae sobre persona diferente del asegurado, o aún sobre el mismo reclamante, esta será una causal más que justificada para que la compañía de seguros niegue el pago solicitado. (negrillas del Tribunal)

En realidad, la objeción oportuna y seria al reclamo, parte ultima, se reitera, ya no hace parte del artículo 1053 de la ley comercial, impide considerar la obligación del asegurador como ejecutable, al tenor del numeral 3 del citado artículo, por estimarse el derecho del beneficiario o asegurado como discutido y, al contrario, la falta de objeción permite la ejecución de la obligación, por aparecer el derecho del asegurado, en principio, como indiscutido, sin colocarlo en la categoría de indiscutible. Por tanto, considera la Sala que ningún derecho puesto a consideración de los jueces puede estimarse incontrovertible por la vía de las excepciones, excepto que este expresamente consagrado en la ley.

13.- Dicho lo anterior, necesario es cuestionar si la sentencia proferida en este asunto por el juez de instancia estuvo acorde con las premisas expuestas por una y otra parte para ser refrendada o, por el contrario, si, bajo los argumentos expuestos en esa misma línea por los contendientes en apelación, son suficientes para quebrar la sentencia controvertida. Quedó claro en este debate, de un lado, que, a través de los medios de defensa, la entidad aseguradora pretende desligarse de la responsabilidad que se le achaca ejecutivamente, alegando falta de cobertura con respecto al riesgo asegurado por exclusión de este y, de otro, la imposibilidad de haber replicado los dictámenes médico legales aportados con la demanda, desaprobación pretensional que la actora recrimina alegando que no le asiste razón al excepcionante como quiera que no tuvo la virtualidad de demostrar probatoriamente su defensa.

14.- En primer lugar, el tema a tratar por la corporación será lo concerniente a la falta de la cobertura alegada como causal de exclusión del riesgo, por supuesto que de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 1047 del Código de Comercio, la póliza de seguro debe expresar las condiciones generales y



particulares del contrato, aplicables las primeras para todos los contratos de similares características, en tanto que las segundas definen el alcance de la relación contractual a un caso individual. Por tanto, se tiene que la vigencia del contrato, la delimitación de los riesgos a que esté expuesto el interés del asegurado, con la precisión de su alcance positivo a través de la descripción del amparo y su extensión, así como del negativo con la definición de las exclusiones o eventos no amparados, constituyen elementos ineludibles para la plena eficacia del seguro, por lo que las exclusiones depositadas en cada póliza contribuyen a delimitar el riesgo asegurado para lograr su individualización. En este orden de ideas, para la Sala, en el caso concreto, el siniestro corresponde al estado de invalidez del asegurado o su estado de incapacidad total y permanente de acuerdo con lo pactado en el contrato, por lo cual, conforme a lo previsto en el Código de Comercio, al asegurado le bastará con demostrar la ocurrencia del siniestro, siempre y cuando el medio probatorio elegido sea idóneo, conducente y pertinente, y que sea presentado en la vigencia del contrato y a la empresa aseguradora le corresponde demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad, al tiempo que al asegurado en la póliza le atañe actuar de buena fe, declarando sinceramente todos los hechos y circunstancias que encierran el estado de riesgo que la aseguradora pretende asumir, generándose un riesgo de doble vía: (i) de un lado, mediante la absolución de un cuestionario que la aseguradora suministre, con el propósito de formular preguntas específicas; (ii) a través de una declaración espontánea en la cual el asegurado informa, según su criterio, los hechos y circunstancias que rodean el riesgo, circunstancias que implican que las personas digan la verdad de forma libre, espontánea y sin que exista presión o coacción, conforme lo pregonó la carta política de 1991, según la cual establece la buena como un principio en el que gravitan las actuaciones de los particulares y de las entidades públicas.

15.- Así las cosas, en materia de pólizas de seguro de vida grupo, el legislador estableció que la buena fe en la declaración de riesgo establece uno de los elementos esenciales para la eficacia de la cobertura concedida, ya que a partir de ella se pueden identificar plenamente los riesgos que podrían ser amparados por el asegurador, así como las correspondientes exclusiones, forjándose, así en el contrato de seguro una figura de ubérrima buena fe como quiera que la

conducta de los contratantes debe enmarcarse, en rigor, a la verdad con relación a los hechos que se declaran, vale decir, tener el más alto grado de calidad y claridad al momento de pactar el acuerdo de voluntades, cuya valoración judicial descubrirá el verdadero actuar de cada uno de los contratantes a fin de determinar, a ciencia cierta, la acción u omisión que pueda alterar el equilibrio del negocio.

En este asunto a no dudarlo, advierte el Tribunal, conforme a las probanzas aportadas, así lo haya expresado de manera diferente el demandado en su escrito de contestación, esto es que el amparo declarado por el asegurado no tenía cobertura, se está bajo un típico caso de reticencia por enfermedades preexistentes, por supuesto que de la lectura de los certificados individuales allegados como soporte de la acción y de los documentos traídos a la mano por la aseguradora no se evidencia que en las exclusiones mencionadas en el clausulado se haya estipulado falta de cobertura en el riesgo asegurado como quiere hacerlo ver el contendiente, pues se reitera, del documento que contiene la fallida objeción se extrae, con claridad, que la intención de no pago de la indemnización del amparo de invalidez, pérdida o inutilización por enfermedad, devino de la preexistencia de “una enfermedad” con anterioridad a la fecha de ingreso al grupo de asegurados a lo que se suma, con vehemencia, lo plasmado en los certificados individuales y en el documento rotulado “solicitud para seguro de vida grupo”, circunstancias que arruinan la alzada formulada en orden a derruir la sentencia cuestionada, por supuesto que de la endeble declaración que en ese papel se estipuló se avizora más bien una agravación objetiva del estado del riesgo no imputable al asegurado pues conforme a lo acopiado en el proceso la entidad aseguradora conocía y conoció los hechos o circunstancias que finalmente, alegando enfermedad preexistente, negó el pago del siniestro que, valga decirlo, ante la extemporaneidad de la objeción de la que fue objeto la reclamación, la primera de las referidas excepciones declinan ante las pretensiones puesto que celebrado el contrato o por lo menos expedidos los certificados individuales, es incuestionable que la entidad demandada se allanó a subsanar ese aspecto toral del contrato, aceptando esa circunstancia de manera expresa ora tácitamente, aspecto al que se suma, para abundar en más argumentos que permitan a la sala disuadir el tema bajo estudio, la atestación que puso el asegurado en el documento “solicitud para seguro de vida grupo”,

referente a la autorización que le dio a la empresa demandada para consultar el historial clínico en orden a que tomara la decisión de contratar o no.

16.- Es que, como se tiene sentado por la ley y la jurisprudencia, el contrato de seguros es un contrato *uberrimae fidae*, surgiendo de ese principio, al menos, dos criterios: (i) la integración leal y honesta del clausulado contractual y (ii) la obligación del asegurado de declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo. En relación con el primer precepto se tiene que, en desarrollo del principio de la buena fe, las cláusulas del contrato de seguro deben ser acordadas con claridad, sin vacíos ni ambigüedades, de lo contrario, se entienden contrarias a quien las pactó. Frente al particular el artículo 1624 del Código Civil, establece: *“las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que haya debido darse por ella”*. En lo que concierne al contrato de seguros, por lo general, las entidades aseguradoras son quienes lo estructuran para lo cual utilizan contratos de adhesión, es decir, imponen el contenido del negocio, generando en el asegurado una exigua participación en la elaboración de este, aspecto que impone que sea protegido, máxime cuando la aseguradora estipula condiciones indeterminadas, ambiguas o vagas contra los intereses del asegurado que por ello deben ser interpretadas a favor del consumidor financiero.

En efecto, si se desmigaja parte del citado documento, es palmario que en la casilla destinada para la declaración de asegurabilidad no se evidencia que la demandante haya padecido, por lo menos antes de conformar el elenco que integran la póliza, alguna de las enfermedades allí enlistadas, salvo la pregunta genérica referente a “sufre(n) de alguna otra enfermedad(es)”, que al tenor de los criterios jurisprudenciales, por lo menos esa expresión, rompe el propósito del principio “pro consumatore”, que persigue proteger a los usuarios del contrato y evitar los elementos que generan inseguridad en la ejecución del mismo. Bajo esta línea de orientación, se tiene que cuando las aseguradoras delimitan el contenido del contrato de seguros, deben abstenerse de incurrir en cláusulas abusivas, práctica que está expresamente prohibida en el artículo 11

de la Ley 1328 de 2009, lo que implica, de paso, que no *“pueda luego alegar en su favor las ambigüedades o los vacíos del texto por ella preparado”*.

Con relación al segundo criterio, esto es, la obligación del asegurado de declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, cabe destacar que conforme al principio de la buena fe y lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, éste debe declarar *“sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo”*, información que constituye una obligación precontractual la cual debe proporcionarse según las instrucciones de la aseguradora quien podrá adoptar un cuestionario abierto o cerrado, que en todo caso debe ser claro y desprovisto de tecnicismo, en tanto que la aseguradora será quien investigue el estado del riesgo, a través, por ejemplo, de la exigencia de exámenes médicos al asegurado que permitan determinar aquellas circunstancias que incidan en la realización del contrato, la onerosidad y las exclusiones del mismo, entre otros particulares.

En este asunto a no dudarlo, para esta sede tripartita, es claro que la actora cumplió al dedillo con esas exigencias, por supuesto que además de haber aportado con la reclamación copia de la historia clínica, en el documento antes mentado, también la asegurada autorizó a la entidad demandada para solicitar historial clínico y otros, circunstancia que la extrae del inventario de reticentes y/o mal informantes.

Frente al particular, esta Corporación en la Sentencia T-222 de 2014, dijo:

*“la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro. La Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora, pues en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades (...). En criterio de esta Sala, la preexistencia puede ser eventualmente una manera de reticencia. Por ejemplo, si una persona conoce un hecho anterior a la celebración del contrato y sabiendo esto no informa al asegurador dicha condición por evitar que su contrato se haga más oneroso o sencillamente la otra parte*

*decida no celebrar el contrato, en este preciso evento la preexistencia sí será un caso de reticencia. Lo mismo no sucede cuando una persona no conozca completamente la información que abstendría a la aseguradora a celebrar el contrato, o hacerlo más oneroso. Por ejemplo, enunciativamente, casos en los que existan enfermedades silenciosas y/o progresivas. En aquellos eventos, el actuar del asegurado no sería de mala fe. Sencillamente no tenía posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir. Es desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo. Mucho menos, para el caso del seguro de vida grupo de deudores, suministrar con preciso detalle su grado de discapacidad. Ahora bien, ¿quién debe probar la mala fe? En concepto de esta Corte, deberá ser la aseguradora. Y es que no puede ser de otra manera, pues solo ella es la única que puede decir con toda certeza (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii), que se abstendrá de celebrar el contrato. Precisamente, la Corte Suprema también ha entendido que esta carga le corresponde a la aseguradora. Por ejemplo, en Sentencia del once (11) de abril del 2002, sostuvo que “las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad” (subraya por fuera del texto). Lo anterior significa que la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe. En síntesis, la reticencia significa la*

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

17.- La segunda defensa formulada en este certamen por el apelante, de entrada, habrá de decir la Sala, sin mayores alocuciones que tampoco tiene visos de prosperidad, por cuanto el artículo 44 del decreto 1352 de 2013, informa que las controversias que se susciten en relación con los dictámenes emitidos en firme por las Juntas de Calificación de Invalidez, serán dirimidas por la Justicia Laboral Ordinaria de conformidad con lo previsto en el Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, mediante demanda promovida contra el dictamen de la junta correspondiente, argumento refrendando en su párrafo, según el cual: “Frente al dictamen proferido por las Junta Regional o Nacional solo será procedente acudir a la justicia ordinaria cuando el mismo se encuentre en firme, agregando el siguiente artículo que los dictámenes adquieren firmeza cuando: a) Contra el dictamen no se haya interpuesto el recurso de reposición y/o apelación dentro del término de diez (10) días siguientes a su notificación; b) Se hayan resuelto los recursos interpuestos y se hayan notificado o comunicado en los términos establecidos en el presente decreto; c) Una vez resuelta la solicitud de aclaración o complementación del dictamen proferido por la Junta Nacional y se haya comunicado a todos los interesados. . En suma, cuando se trate de analizar la actuación de las juntas de calificación de invalidez el juez debe verificar el cumplimiento del debido proceso en el trámite efectuado de cara a la información obrante en el expediente de forma tal, que al momento de determinar lo relativo a la pérdida

de la capacidad laboral, se corrobore la realización de una valoración integral y completa de toda la historia médica del paciente.

18.- Aunque la tardía dolencia del recurrente, relacionada con el posible fraude procesal que pudiera existir en la construcción del dictamen médico legal allegado al plenario, que finalmente concluyó con la pérdida de capacidad laboral en el porcentaje ya referido en líneas anteriores y en la fecha de estructuración, ha de advertir, categóricamente la sala, no obstante no haber sido materia de excepción, que tampoco podrá salir avante esa reclamación, por supuesto que no deja de ser una apreciación sin rasgos probatorios dado que el replicador solo se limitó a esbozar en los alegatos esa circunstancia, que valga decirlo, para nada le resta eficacia al fallo cuestionado ni a la decisión que esta Corporación ha de tomar para decidir la cuestión en discusión.

En efecto, para la sala es evidente que el recurrente no allegó la prueba que soportara su dicho ni tampoco demostró que los funcionarios que emitieron en su momento el concepto médico legal estuvieran involucrados en denuncias penales o que hubieran sido investigados por tales conductas, ora condenados o que los exámenes relacionados con la supuesta elaboración de conceptos de pérdida de capacidad laboral hubieran sido estructurados de forma fraudulenta. En todo caso, lo cierto es que para el proceso los referidos dictámenes como no fueron cuestionados oportunamente son ley para el asunto bajo estudio y, por tanto, prueba suficiente para atener las suplicas de la demanda.

19.- Corolario de lo precedentemente expuesto, el Tribunal confirmara la sentencia apelada, condenando en costas a la parte perdedora en cuantía de dos salarios mínimos legales mensuales vigentes, las cuales serán liquidadas de manera concentrada por el juez de instancia.

## DECISIÓN

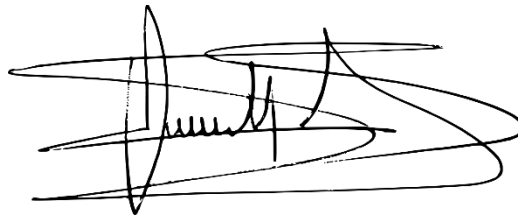
Por lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, Sala Civil - Familia – Laboral, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley, **RESUELVE: CONFIRMAR** la sentencia proferida por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Valledupar - Cesar, el 31 de octubre de

2018, dentro del proceso Ejecutivo de mayor cuantía impetrado por Claudia Patricia Cujia Rondón contra la compañía Seguros de Vida Suramericana S.A.

CONDENAR en costas en esta instancia a la compañía Seguros de Vida Suramericana S.A. en cuantía de tres (3) salarios mínimos legales mensuales vigentes. liquídense en legal forma.

Devuélvase el expediente al juzgado de origen una vez cumplidos los trámites propios de esta instancia. Déjense las constancias del caso en el sistema justicia siglo XXI.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



**ÓSCAR MARINO HOYOS GONZÁLEZ**

Magistrado Ponente



**JHON RUSBER NOREÑA BETANCOURTH**

Magistrado



**HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA**

Magistrado