

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES



Radicación: 2022170564-132-000



Fecha: 2024-02-12 22:09 Sec.día 2290

Anexos: No

Trámite:: 506-FUNCIONES JURISDICCIONALES
Tipo doc:: 576-576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE
Remitente: 80010-80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO
Destinatario:: 80000-80000-DELEGATURA PARA FUNCIONES
JURISDICCIONALES

Referencia: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR – ARTÍCULOS 57 y 58 DE LA LEY 1480 DE 2011 Y ARTÍCULO 24 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO-.

Número de Radicación : 2022170564-132-000
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES
Actividad : 576 576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE
Expediente : 2022-4549
Demandante : MARÍA ANDREA HERNÁNDEZ

Demandados : COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Habiéndose surtido las etapas correspondientes, en cumplimiento al auto proferido en la audiencia del pasado 29 de enero del año 2024, en concordancia con lo establecido en el numeral 5 del artículo 373 del Código General del Proceso, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia procede a proferir la siguiente,

SENTENCIA

Las señoras **MARÍA ANDREA HERNÁNDEZ** y **MARÍA LUCÍA HERNÁNDEZ** por conducto de apoderado, formularon acción de protección al consumidor de la cual da cuenta los artículos 57 de la Ley 1480 de 2011 y artículo 24 del Código General del Proceso en contra de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** y **BANCO DAVIVIENDA S.A.**, pretendiendo el pago del saldo insoluto del crédito como indemnización en afectación al amparo de muerte por cualquier causa de la póliza de seguro de vida grupo deudores en la que fungió como asegurada la señora **MARÍA LUORDES GUIDO VIECO (Q.E.P.D.)** en virtud del crédito identificado con el número terminado en *** *3468 adquirido por ella con el **BANCO DAVIVIENDA S.A.**, con ocasión del fallecimiento del asegurado, pretendiendo también el pago de los intereses moratorios y condena en costas y agencias en derecho a las demandadas.

Demandada que fue admitida mediante auto que reposa en el derivado 002 del expediente, vinculando como demandadas a **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** y **BANCO DAVIVIENDA S.A.**, entidades debidamente notificadas, quienes se opusieron en oportunidad a las pretensiones de la demandada con la formulación de sendas excepciones de mérito (derivados 009, 012, 013 y 014), de las que se le corrió traslado a la parte actora quien recorrió las mismas solicitando pruebas adicionales como consta en los derivados 015 y 016, ingresando el proceso al Despacho para fijar fecha de audiencia (derivado 018).

Seguidamente se convocó a las partes a audiencia inicial precisando que se agotaría la etapa de la conciliación de conformidad con la regla sexta del artículo 372 al cual remite el artículo 392 del Código General del Proceso, la cual se declaró fallida y se convocó a las partes para la continuación de la audiencia como consta en el archivo de audio y vídeo adjunto al acta de audiencia que reposa en el derivado 041.

Agotadas las etapas procesales de que trata el artículo 392 el cual remite a los artículos 372 y 373 del Código General del Proceso, procede el despacho a resolver en derecho la controversia planteada, de conformidad con las pruebas legal y oportunamente allegadas al plenario y las disposiciones que regulan tanto al contrato de seguro como a la actividad aseguradora, ante la ausencia de discusión sobre la naturaleza del contrato base de controversia.

Para este propósito, encontrándose reunidos los presupuestos procesales para proferir un fallo de mérito, sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, partiendo de la competencia otorgada a la Delegatura conforme con los artículos 57 de la Ley 1480 de 2011 y 24 del Código General del Proceso, en virtud de la cual la Superintendencia Financiera de Colombia cuenta con las facultades propias de un juez para decidir de manera definitiva *“las controversias que surjan entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas relacionadas exclusivamente con la ejecución y el cumplimiento de obligaciones contractuales que asuman con ocasión de la actividad financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público”*, en ejercicio de la acción invocada por la actora y que el artículo 56 de la Ley 1480 de 2011 ha denominado Acción de Protección al Consumidor; corresponde al Despacho establecer si le asiste responsabilidad contractual a **COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. y/o al BANCO DAVIVIENDA S.A.** en virtud de la póliza de vida grupo deudor tomada por el **BANCO DAVIVIENDA S.A.** en el que fue vinculada la señora MARIA LOURDES GUIDO VIECO (Q.E.P.D.) en virtud del crédito identificado con el número terminado en 3468, respecto del amparo de vida con ocasión del fallecimiento de la señora MARIA LOURDES GUIDO VIECO el día 8 de enero de 2022 que funda solicitud de afectación del mismo y/o la información brindada respecto del mismo.

Al respecto, siendo pacífico entre las partes la existencia del contrato de seguro que sirve de fundamento de la acción, es del caso advertir el mismo corresponde a un contrato de seguro, el cual se encuentra regulado en el Código de Comercio en el Título V del LIBRO CUARTO, artículos 1036 al 1162, así como a las establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto-Ley 663 de 1993), el Decreto 2555 de 2010 y la Circular Básica Jurídica, entre otras disposiciones, debiéndose resaltar en materia de protección al consumidor la Ley 1328 del 2009, y en lo no regulado por esta, por la Ley 1480 del 2011 – Estatuto del consumidor-, atendiendo a que la actividad aseguradora presenta un interés público cuya actividad en el territorio nacional se encuentra restringida y regulada.

Debiendo resaltar que dentro de las citadas disposiciones, el artículo 1056 del Código de Comercio faculta a las compañías de seguros para que atendiendo unos parámetros económicos, legales, técnicos y actuariales –propios de la actividad aseguradora- pudieran éstas asumir, con la salvedad de los seguros obligatorios, los riesgos que le sean puestos a su consideración, al disponer que, *“Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurable o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”*.

Siendo expresión de la citada potestad, la posibilidad de determinar los riesgos cuya materialización entran a ser amparados por las entidades aseguradoras al momento de otorgar la cobertura, fuera mediante la definición del amparo o mediante el pacto de condiciones contractuales encaminadas a delimitar determinado riesgo, como fueran las exclusiones a las coberturas, las cuales al ser convalidada por el tomador del seguro, y aceptada por el asegurado, se constituye en ley para aquellos, conforme lo prevén los artículos 1602 del Código Civil y 871 del Código de Comercio.

Ahora bien, dado el escenario de protección constitucional en que se ejerce la acción de la referencia, y partiendo de los planteamientos efectuados por los opuestos procesales en sus diferentes intervenciones, se debe insistir que ni la facultad de delimitación de los riesgos dada por la ley a las aseguradoras, ni la naturaleza de adhesión del contrato de seguro, les permiten a las entidades sustraerse de las obligaciones establecidas por la ley, en especial aquellas de protección del consumidor financiero de que da cuenta el título I de la Ley 1328 de 2009.

Por lo que sea del caso reiterar lo expuesto por esta Superintendencia en diferentes decisiones, sobre la especial protección que le resulta exigible a la aseguradora frente a los deberes que para la protección de los consumidores estableció el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en sus artículos 100 y 184, así como la Ley 1328 de 2009, en particular las obligaciones de *“Entregar el producto o prestar el servicio debidamente, es decir, en las condiciones informadas, ofrecidas o pactadas con el consumidor financiero, y emplear adecuados estándares de seguridad y calidad en el suministro de los mismos”* y *“Suministrar información comprensible y publicidad transparente, clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado”* de conformidad con lo dispuesto en los literales b) y c) del artículo 7.

Y es que atendiendo al interés público que cobija la actividad aseguradora, es que el contrato incorpora las citadas regulaciones especiales en protección del consumidor, que resultan de imperativo cumplimiento para la entidad vigilada por la SFC, y constituyen lineamientos dentro de los cuales se cumplen las obligaciones contractuales pactadas, comoquiera que se trata de derechos del consumidor financiero protegidos *“durante todos los momentos de su relación con la entidad vigilada”*, como lo establece el artículo 5 de la misma ley.

En efecto, ha sostenido la Corte Constitucional en sentencia C-640 de 2010, respecto a la luz del régimen de protección al consumidor financiero:

“...la actividad financiera, bursátil y aseguradora es, pues, una actividad esencial para el desarrollo económico; constituye principal mecanismo de administración del ahorro del público y de financiación de la inversión pública y privada y está fundada en un pacto intangible de confianza. Se trata de la confianza por parte de los usuarios en que las obligaciones derivadas de la respectiva obligación serán rutinariamente satisfechas. Y esa confianza está a su vez cimentada en una regulación adecuada y en la convicción pública de que las entidades que hacen parte del sistema están vigiladas técnica y profesionalmente”.

Ya en punto de la actividad aseguradora, en la citada providencia, la Corte Constitucional, remitiéndose a lo dicho en la sentencia C-409 de 2009, afirmó que el mecanismo de previsión del riesgo que ofrece el sector asegurador formal:

“se fundamenta en el propósito de cumplir con la función social consistente no sólo en proteger el patrimonio del asegurado o amparar a los beneficiarios del seguro por los daños que ocasionó la ocurrencia del hecho riesgoso cubierto (que ya es mucho), sino en proteger la confianza y la seguridad que reclama la economía de mercado y en general el desenvolvimiento de la vida social y económica del mundo contemporáneo, intangibles valiosos propios a toda sociedad con un estadio medianamente avanzado de civilización, y por los cuales los seguros en general, representan aspectos vitales en las relaciones humanas”.

Así entonces, el ejercicio de la actividad aseguradora conlleva implícitamente el cumplimiento por parte de la entidad que a ello se dedica profesionalmente, de los deberes especiales que le son exigibles, correlativos al beneficio que ésta recibe por la prestación de sus servicios.

Bajo el anterior marco conceptual, téngase de presente que el acceso a la información adquiere mayor relevancia si se tiene en cuenta que en relaciones de consumo que surgen tanto de este tipo de negocio jurídico como de cualquier otro, el derecho a recibir información oportuna, clara, precisa e idónea es un derecho del consumidor, cuya prevalencia tiene sus cimientos desde la Constitución Nacional misma, cuando en su artículo 78 estatuyó que *“la ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización”*, postulado que se desarrolló en el ya varias veces citado título primero de la Ley 1328, donde a su vez se destaca, dentro de la contratación financiera, la obligación según la cual la información debe ser *“cierta, suficiente y oportuna”* y, en particular, que la que *“se suministre previamente a la celebración del contrato, deberá permitir y facilitar la adecuada comparación de las distintas opciones ofrecidas en el mercado”* para que *“el consumidor comprenda el contenido y funcionamiento de la relación establecida para suministrar un producto o servicio”*, al punto que el incumplimiento de la obligación da derecho al consumidor financiero *“de finalizar el contrato sin penalidad alguna, sin perjuicio de las obligaciones que según el mismo contrato deba cumplir”* (artículos 9 y 10).

De allí la importancia, que, en relación con el contrato de seguro, no sólo de la claridad de las cláusulas contenidas en la póliza sino del conocimiento y oportunidad que de las mismas deba brindarse a los consumidores por parte de las entidades aseguradoras, esto con el fin que tengan la oportunidad de optar, en caso de insatisfacción de sus necesidades, por emprender las acciones correspondientes, sin que tal deber pueda ser delegado en un tercero como pudiera ser el tomador de la póliza.

Lo anterior sin perjuicio de las prácticas de protección propia de los consumidores, a quienes corresponde, conforme el literal b) del artículo 6° de la norma en comento que dispone *“Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le posibiliten la toma de decisiones informadas”*. De lo anterior, se concluye que existen obligaciones tanto en cabeza de las entidades vigiladas de cumplir con lo ofertado, como de los consumidores, que deben informarse sobre los productos que piensan adquirir o emplear, todo ello en el marco del contrato suscrito entre las partes y siempre que sus disposiciones no conlleven cláusulas abusivas que restrinjan los derechos del consumidor financiero ni releven de responsabilidad a la entidad vigilada.

Y es que, en cuanto al deber de información se refiere, se tiene que el consumidor debe recibir información cierta, veraz y oportuna, a fin de menguar el desequilibrio existente entre las entidades financieras y aseguradora con el consumidor financiero. En palabras de la Corte Constitucional en sentencia T-136 del 2013 **DERECHO DE INFORMACION EN EL SISTEMA FINANCIERO Y ASEGURADOR-Prohibición de cláusulas y prácticas abusivas. El acceso completo, veraz y oportuno a la información -que es una condición elemental, inherente a toda actividad de consumo- adquiere especial trascendencia en el marco del sistema financiero, en razón a los contratos de adhesión que suelen ofrecer las entidades vigiladas en el mercado, a la complejidad de los términos contractuales que se manejan y al estado de indefensión en que se encuentran los usuarios. Siendo así, la información es una de las herramientas clave para empoderar al ciudadano en su ejercicio contractual, tanto antes de la celebración de un contrato, como durante su ejecución y aún después de la terminación del mismo, con el fin de precaver que la libertad contractual se emplee abusivamente en detrimento de otros derechos fundamentales. Es por ello que cualquier restricción injustificada al acceso a la información debe entenderse como una práctica abusiva, propiciada por el poder dominante del que gozan las entidades aseguradoras y bancarias”**.

A lo anterior, ha de sumarse lo referente a la debida diligencia que se requiere de las entidades vigiladas, soportadas en el principio contenido en el literal a) del artículo 3 de la Ley 1328 de 2009, en virtud del cual *“Se establecen como principios orientadores que rigen las relaciones entre los consumidores financieros*

y las entidades vigiladas, los siguientes: a) *Debida diligencia.* Las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia deben emplear la debida diligencia en el ofrecimiento de sus productos o en la prestación de sus servicios a los consumidores, a fin de que estos reciban la información y/o la atención debida y respetuosa en desarrollo de las relaciones que establezcan con aquellas, y en general, en el desenvolvimiento normal de sus operaciones. *En tal sentido, las relaciones entre las entidades vigiladas y los consumidores financieros deberán desarrollarse de forma que se propenda por la satisfacción de las necesidades del consumidor financiero, de acuerdo con la oferta, compromiso y obligaciones acordadas ...* c) *Transparencia e información cierta, suficiente y OPORTUNA.* Las entidades vigiladas **DEBERÁN SUMINISTRAR A LOS CONSUMIDORES** financieros 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”.

Aspecto que ha sido igualmente refrendado por el Tribunal Superior de Bogotá Sala Civil en sentencia del 3 de diciembre del 2021, Magistrado Ponente Ricardo Acosta Buitrago, expediente 11001-31-99-003-2020-01643-01 que conoció en segunda instancia el recurso de alzada contra la sentencia proferida por esta Delegatura en el expediente 2020-1643, al indicar lo siguiente:

“1. Esta causa se promovió como una acción del consumidor financiero, luego su análisis se debe agotar con atención a los principios que informan esta clase de asuntos, según lo dispuesto por las Leyes 1328 de 2009 y 1480 de 2011. En particular se destacan, del Título I de la primera regulación, contenido del “régimen de protección al consumidor financiero”, que su artículo 3 consagró i) la debida diligencia que las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia deben emplear en el ofrecimiento de sus productos o en la prestación de sus servicios a los consumidores, lo que implica que, en el desarrollo de sus relaciones, “se propenda por la satisfacción de las necesidades del consumidor financiero, de acuerdo con la oferta, compromiso y obligaciones acordadas” (literal a) y ii) la obligación de transparencia que les impone “suministrar a los consumidores financieros 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 vigilada” (literal c, ibídem), sin perjuicio de otras disposiciones aplicables al respecto.

A su vez, el artículo 7 asignó a las entidades vigiladas obligaciones en torno al producto que ofrecen, como “suministrar información comprensible y publicidad transparente clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado” (lit. c) y “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...” (lit. f). Esto encuentra eco en el artículo 23 de la Ley 1480 de 2011, al consagrar que “los proveedores y productores deberán suministrar a los consumidores información, clara, veraz, suficiente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea sobre los productos que ofrezcan (...).”

Las citadas disposiciones evidencian que “el consumidor ostenta una posición de especial protección en las relaciones jurídicas, cuya salvaguarda debe estar garantizada por el ordenamiento jurídico”, al reconocer “la existencia de asimetrías negóciales asociadas a la dinámica propia del mercado”.

Específicamente, sobre el acceso completo, veraz y oportuno a la información, como condición elemental, inherente a toda actividad de consumo, ha dicho la Corte Constitucional que ... “adquiere especial trascendencia en el marco del sistema financiero, en razón a los contratos de adhesión que suelen ofrecer las entidades vigiladas en el mercado, a la complejidad de los términos contractuales que se manejan y al estado de indefensión en que se encuentran los usuarios.

Siendo así, la información es una de las herramientas clave para empoderar al ciudadano en su ejercicio contractual, tanto antes de la celebración de un contrato, como durante su ejecución y aún después de la terminación del mismo, con el fin de precaver que la libertad contractual se emplee abusivamente en detrimento de otros derechos fundamentales. Es por ello que cualquier restricción injustificada al acceso a la información debe entenderse como una práctica abusiva, propiciada por el poder dominante del que gozan las entidades aseguradoras y bancarias”.

Por otra parte, la Corporación (Corte Constitucional) explicó: “entre los principios que deben regir las relaciones de las entidades financieras y los consumidores, según lo establece el literal a) del artículo 3 de la ley 1328 de 2009, se encuentra el relativo a la debida diligencia. De tal principio se deriva un verdadero derecho subjetivo del consumidor financiero a ser atendido de forma respetuosa. Ello implica que el comportamiento de las entidades financieras debe orientarse a la satisfacción de las necesidades del consumidor de conformidad con la oferta, el compromiso y las obligaciones acordadas”.

Lo anterior aunado a lo expuesto por la Honorable Corte Suprema de Justicia mediante sentencia: SC3791-2021. Magistrado ponente LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA Radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01. 1º de septiembre de 2021.

“El asegurador, cuando invoca la sanción de nulidad le corresponde demostrar las hipótesis normativas dichas. Acreditada la reticencia o inexactitud en la manifestación del estado del riesgo, a su vez, se prueba la mala fe de quien hizo la declaración contrariando la realidad. Lo mismo, empero, no sucede con la relevancia o trascendencia. La razón estriba en que la infidelidad en la declaración del estado del riesgo es un hecho atribuible al tomador o al asegurado, mientras que la posibilidad de celebrar o no el contrato o de hacerlo en condiciones más onerosas es una cuestión predicable del asegurador. Por eso se ha sostenido que la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza «(i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato» 11. Así que ajustado el seguro se presume su validez. Y quien pretenda probar en contrario le corresponde armar la prueba respectiva. Si es la aseguradora, acreditar la reticencia o inexactitud, y la incidencia del hecho en la emisión del consentimiento”.

Así las cosas, para el caso en cuestión, no solo se debe estar a las disposiciones que regulan al contrato de seguro, sino a las que establecen las condiciones de la actividad dentro del que se enmarca el de protección al consumidor, demás aplicable en el presente caso, atendiendo a que el actor como asegurado del amparo pretendido tiene la calidad de consumidor financiero. Elemento relevante en cuanto el desconocimiento o insatisfacción de obligaciones derivadas del negocio jurídico o de cualquier convención válida, imponen a la parte incumplida la carga de las consecuencias desfavorables, situación que en la doctrina y la jurisprudencia se ha denominado como “responsabilidad contractual”, en cuyo marco se analizará el caso concreto atendiendo la competencia de la Delegatura.

Definido lo anterior, en cuanto a la información suministrada a la consumidora asegurada hoy fallecida MARIA LORUDES GUIDO, se tiene que las demandantes en interrogatorio de parte manifestaron que la asesora comercial presentó dos veces en la casa de su mamá, la primera fue para ofrecerle un crédito por dos montos diferentes y la segunda visita fue para formalizar la solicitud del crédito, también manifestaron que para el mes de abril de 2021, la señora GUIDO (Q.E.P.D.) se movilizaba en caminador y lentamente, que tenía inconvenientes para su movilidad diaria. Aunado a lo anterior, la señora demandante María Lucía Hernández manifestó que estuvo presente cuando la asesora se presentó en la casa en la que convivía con su mamá, para la segunda visita de la asesora, momento en el que adquirió el crédito, argumentó que le hizo un cuadro Excel comparando los valores a solicitar en préstamo y le sugirió tomar el menor valor en préstamo y así lo hizo, también manifestó que su mamá firmó más de un documento, pero no recuerda cuantos, a la pregunta que le hizo el despacho sobre la información que le fue dada a

su mamá sobre el contrato de seguro aseveró que no se le suministró información alguna sobre el contrato de seguro, ni escuchó que se le preguntara sobre su estado de salud, tampoco recuerda que la asesora le haya dicho que leyera las condiciones o los documentos a la consumidora.

Aunado a lo anterior, se tiene que la parte actora reconoció que la firma inscrita en el documento intitulado “solicitud seguro de vida grupo deudores para crédito de consumo y comercial” aportado al proceso por las demandadas, corresponde a la de su señora madre MARIA LOURDES GUIDO DE VIECO (Q.E.P.D.), sin embargo, desconoció que la letra con la que se diligenció dicho documento fuera de la asegurada hoy fallecida, situación que fue corroborada por la profesional técnica que emitió el dictamen pericial decretado por solicitud de la parte actora y escuchada en audiencia en contradicción del dictamen, aunado a la manifestación de la asesora comercial en testimonio quien reconoció que esa era su letra.

Ahora bien, respecto de las X que aparecen en el documento en el acápite de “Declaración de Asegurabilidad” se evidencia que el dictamen no se refiere específicamente a estas, sino a las palabras que se inscribieron en el mismo, por lo que del dictamen no se puede determinar que las X no las haya marcado la señora consumidora; también se tiene que la asesora es testimonio manifestó que las X allí marcadas no las hizo ella y que en lo que ella recuerda le permitía a sus clientes leer y diligenciar especialmente dicho acápite, situación que no le queda clara al despacho porque al inicio del testimonio la asesora manifestó que no se acordaba de la señora MARIA LOURDES GUIDO VIECO (Q.E.P.D.) ni de la colocación del producto objeto del litigio específicamente, respondió desde lo que ella recordaba en su gestión comercial, lo anterior, sumado a que manifestó que quien debía diligenciar el documento era la consumidora pero que ella cree que seguramente le pidió el favor de que lo diligenciara para que ella lo haya hecho; esto en contraste con lo manifestado por la demandante que estuvo presente en la colocación del crédito y la correspondiente vinculación al contrato de seguro quien afirmó que su mamá solo tuvo los documentos para firmarlos, por lo que para el despacho no se demostró que efectivamente la asegurada haya diligenciado las preguntas del acápite intitulado como “declaración de asegurabilidad” del documento analizado.

Seguidamente, se tiene que la asesora respondió a la pregunta sobre si le entregó copia del documento “Solicitud de seguro de vida grupo deudores para crédito de consumo y comercial” a la señora GUIDO VIECO (Q.E.P.D.) manifestó que no, que ese documento no se le entrega a los consumidores y lo mismo respondió sobre la entrega o envió de las condiciones del contrato de seguro objeto del litigio, porque en su parecer son documentos que tienen “reserva bancaria”. Por todo lo anterior, encuentra el despacho que de la precitada situación y dadas las condiciones en las que se comercializó el contrato de seguro, no se le brindó a la consumidora asegurada la debida información respecto del contrato por ella adquirido, ni para que informara su estado de salud ya que no se evidencio que se le formularan una por una las preguntas enumeradas del 1 al 19, inscritas en la declaración de asegurabilidad, documento que fue diligenciado por el asesor comercial y respecto del cual la aseguradora alega la nulidad del contrato de seguro, situación que conlleva a que no se haya demostrado en el presente proceso la información que debió suministrar la aseguradora demandada a la consumidora demandante.

Definido lo anterior y el marco normativo, identifica el despacho que la controversia encuentra su fundamento en el proceso de reclamación adelantada ante la realización de un riesgo asegurado, la Delegatura se estará para su análisis a la verificación del cumplimiento de las cargas impuestas por el legislador tanto al asegurado/beneficiario como a la aseguradora en el artículo 1077 del Código de Comercio, siendo estas la que corresponde al asegurado de demostrar la ocurrencia del siniestro así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso, y al asegurador la de demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

Por lo que procede entonces el Despacho al estudio de los motivos de inconformidad expuestos por la demandada, los cuales se tradujeron en el único medio exceptivo intitulado como “NULIDAD DEL

*CERTIFICADO INDIVIDUAL QUE SE EXPIDIÓ CON OCASIÓN AL CRÉDITO No. **3468 POR RETICENCIA DE LA ASEGURADA*” argumentando que la asegurada faltó a su deber de informar el verdadero estado del riesgo respondiendo las preguntas establecidas en el acápite de declaración de asegurabilidad, porque no informó las enfermedades que le fueron diagnosticadas a la asegurada antes del inicio del contrato de seguro siendo el contrato de seguro de ubérrima buena fe.

Del precitado medio exceptivo propuestos por la aseguradora y analizado el presente caso a la luz del citado precepto normativo, tenemos que la controversia tiene por fuente la afectación del amparo de Muerte del asegurado por cualquier causa de la póliza del contrato de seguro vida grupo deudores identificada con el número 45155 certificado individual en el que fungió como asegurada la señora MARIA LOURDES GUIDO VIEDO (Q.E.P.D.) en calidad de deudora del crédito de consumo identificado con el número terminado en ****3468 cuyo tomador y beneficiario oneroso es el BANCO DAVIVIENDA S.A.

Al respecto, toda vez que de conformidad con el artículo 1046 del Código de Comercio, el contrato de seguro se prueba por confesión o por escrito, mediante la póliza de seguro, que contiene la información y documentales enunciadas en los artículos 1047 y 1048 de la misma codificación, vistas las documentales allegadas al plenario sin que fueran desconocidas en su oportunidad por los opuestos procesales, se encuentra que el aludido seguro, corresponde a los denominados seguros de grupo, catalogado como colectivo, en donde una persona natural o jurídica a nombre de terceros o con el fin de amparar un interés particular, asegura simultáneamente y bajo una misma póliza a un número plural de riesgos (en este caso el señor demandante), sin que las infracciones respecto de una de las personas o intereses afecten a los demás, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 1064 del Código de Comercio.

Ahora bien, visto que las partes tuvieron como hechos probados los siguientes:

1. La señora MARIA LOURDES GUIDO VIECO (Q.E.P.D.) celebró un contrato de crédito con el BANCO DAVIVIENDA identificado con el número terminado en ****3468 y fue desembolsado el 23 de abril de 2021.
2. Con ocasión del crédito solicitado la señora MARIA LOURDES GUIDO VIECO fue vinculada como asegurada a la póliza de vida grupo deudores número 45155 tomada por BANCO DAVIVIENDA S.A. en calidad de tomador y beneficiario, en la que fungió como aseguradora COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR.
3. La señora MARIA LOURDES GUIDO VIECO falleció el desde el 8 de enero de 2022.
4. Las demandantes presentaron solicitud de afectación y mediante comunicación fechada del 16 de febrero de 2022, se solicitó información adicional.
5. La aseguradora objetó la reclamación en el mes de mayo de 2022.
6. Mediante comunicación fechada del 12 de mayo de 2022 las demandantes presentaron reconsideración a la aseguradora.
7. Mediante comunicación fechada del 29 de junio de 2022 la aseguradora reitero la objeción.
8. La señora MARIA LOURDES MARIA LOURDES GUIDO VIECO antes de ingresar a la póliza padeció esclerosis múltiples.
9. La señora MARIA LOURDES GUIDO VIECO padeció Cáncer antes de ingresar a la póliza.

Por lo anterior, se tiene que la existencia de dicho contrato de seguro en el que la señora MARIA LOURDES GUIDO VIECO (Q.E.D.P.) fungió como asegurada y COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. como aseguradora, respecto del contrato de crédito identificado con el número terminado en ****3468 adquirido por el BANCO DAVIVIENDA S.A. y que para la vinculación de la asegurada se tuvo en cuenta

la solicitud de vinculación aportada al proceso por las demandadas, fechada del 21 de abril de 2021, respecto de la cual se probó que fue diligenciada por la asesora comercial y firmada por la asegurada.

Citado lo anterior y continuando con el análisis de la excepción propuesta por la aseguradora, en la que se argumentó que la asegurada hoy fallecida dejó de informar a la aseguradora su estado de salud, en la declaración de asegurabilidad. Y para este propósito se tiene que, en interrogatorio de parte practicado a las demandantes, se informó que cuando la señora MARIA LOURDES GUIDO VIECO (Q.E.D.P.), adquirió el contrato de seguro objeto del litigio no recibió copia de la declaración de asegurabilidad ni de las condiciones del contrato de seguro, situación que evidenció la demandante María Lucía Hernández, porque estuvo presente en el momento en el que su señora madre adquirió el crédito y el contrato de seguro, lo cual es coherente por lo manifestado por la asesora comercial quien manifestó que no le entregó copia de la solicitud del seguro, ni del clausulado del contrato de seguro a la asegurada, así como también le manifestó al despacho que no recordaba los detalles de como colocó el contrato de crédito y comercializó el contrato de seguro. Así mismo, las actoras manifestaron que conocieron las condiciones del contrato de seguro luego del fallecimiento de su señora madre quien fungía como asegurada, documentos a los que accedieron mediante derecho de petición solicitando información al banco, situación que conllevó a que no se demostrará el cumplimiento del deber de información que le asiste a la aseguradora.

Lo anterior aunado a que, si bien se demostró la existencia de enfermedades padecidas por la actora antes del inicio de vigencia del contrato, especialmente las denominadas como Esclerosis Múltiple diagnosticada en el año 2004 y Cáncer de mama diagnosticada entre 2017 y 2018, argumentando que al menos desde el año 2004 la actora tenía conocimiento de la enfermedad que padecía y que no lo informó a la aseguradora, a pesar de que en el numeral 7 de la declaración de asegurabilidad se le pregunta expresamente sobre un tumor o cáncer y respondió que no, sin embargo, en el caso en concreto se demostró que a la señora MARIA LOURDES GUIDO VIECO (Q.E.D.P.) no se le leyó pregunta por pregunta por la asesora comercial quien diligenció la declaración de asegurabilidad, aunado a que el cuestionario no pregunta expresamente por la esclerosis múltiple. Con el testimonio del médico asesor de la aseguradora se pretendió demostrar que, si la aseguradora hubiese tenido conocimiento de que la asegurada padecía de Esclerosis Múltiple y Cáncer de mama, no habría asumido el riesgo, manifestación que soporta en que se trata de una enfermedad degenerativa importante para retraerse de asumir el amparo básico de vida, pero de cara a la documentación que hace parte del contrato de seguro no se demostró el elemento subjetivo de que trata el artículo 1058 del Código de Comercio, toda vez que la aseguradora no allegó documentales adicionales que demostraran que si hubiese tenido conocimiento de que la asegurada hoy fallecida padecía dicha enfermedad se hubiere abstenido de celebrar el contrato de seguro que nos ocupa.

Por lo anterior y de conformidad con el acervo probatorio, no se evidencia que la aseguradora efectivamente indagó a la asegurada sobre su estado de salud y que, ante las preguntas expresas sobre tumores o cáncer, o en la pregunta sobre enfermedades neurológicas no informó la verdad, sino que no se tiene certeza de como se le dio la información y se le formularon dichas preguntas para que pudiera responder lo que le constaba.'

Es de destacar que, sobre este tipo de análisis, esto es, respecto de pólizas vida grupo deudores, la Sala Civil del Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá en la acción de protección al consumidor con radicado 003-2022-00773-01, al resolver sobre una apelación de sentencia proferida por esta Delegatura, señaló:

“En efecto, el censor aspira a demostrar la trascendencia de la información inexacta con el concepto del experto llevado a la contención, del que el delegado halló ausente material que ratifique su opinión sobre el grado de tarificación, así como las investigaciones efectuadas para llegar a la conclusión de que, si se hubiera conocido el real estado del riesgo, la contratación sería con una extraprima, probanza de la que,

afirma la Sala, especialmente se dirige a redundar en la presencia del cuestionario para establecer el estado de salud del usuario y la existencia de la retención, materias pacíficas en este contradictorio. Por igual, atestó que la patología de la dislipidemia y el bloqueo de rama conllevaba a la imposición de la prima extra del 150%, epílogo para el que –expresó– se apoyó en el “tarificador de la Swiss Re”, de aceptación internacional. Sin embargo, este laborio no tiene mérito para comprobar la trascendencia de la información omitida por el asegurado, en tanto no obra explicación de los resultados que arrojan los cuadros que aportó en un pantallazo, falencia que mina su poder suasorio. Además, al pretender sustentar su dictamen, destacó su experiencia en casos similares, empero esta se reduce a la cita de uno solo –del que no se acreditó que padeciera igual o similar patología– carencia así mismo reflejada sobre la afirmación de su intervención en más de 135.000 procesos de selección para la toma de los seguros de vida, de la que obra su exclusiva versión, debilidades que, en general, reducen el concepto al propio dicho del perito, sin acreditar que frente a la presencia de dislipidemia y el bloqueo, siempre se extraprima. En este orden, a pesar de la especial ascendencia suasoria que tiene la prueba pericial para llevar al fallador los hechos de los que carece de especializado conocimiento, ello no comporta que se deba aceptar el desenlace propuesto por el solo hecho de su arribo al contradictorio, en la medida que tal trabajo debe concitar las condiciones de solidez, claridad, precisión y calidad de sus fundamentos y la descripción de las fuentes a las que se acudió, para que en su análisis bajo las reglas de la sana crítica y auscultando la argumentación técnica y científica vertida en él, se obtenga la necesaria firmeza y seriedad conceptual, para que el juez, al definir el conflicto, se acoja a esas conclusiones. Aparte de lo anterior y con idéntica orientación para ratificar este segmento de la decisión confundida, se observa que en el proceso de perfeccionamiento del consentimiento de las partes obró una incuestionable y censurable laxitud, pues quien llenó el formulario fue la asesora, como atestiguó Sandra Martínez, a pesar de que las políticas de la aseguradora disponen que el cliente debe diligenciarlo. La condición de quién debe integrar el formato tiene importancia por cuanto el usuario, al leer el interrogatorio, tiene mayor propensión para recordar si ha sufrido alguna de esas patologías al paso que la composición por parte de un tercero mecaniza más el acto y, en particular y para el caso concreto, avizora lo irrelevante que resultaba esa información para estructurar la decisión de contratar por parte de la aseguradora, muy a pesar del asentimiento materializado con la imposición de su firma y las admoniciones sobre la insinceridad del asegurando”.

Así las cosas, se evidenció que a pesar de que la señora demandante tenía problemas de movilidad apoyándose en un caminador para caminar situación que pudo ser visible para la asesora que manifestó no recordar a la señora MARIA LOURDES GUIDO VIECO (Q.E.P.D.), tan así que fue ella quien se trasladó al domicilio de la señora GUIDO VIECO en dos ocasiones, lo cual podría derivar en que la asesora pudiera dudar de que todas las respuestas de la declaración de asegurabilidad fueran NO, de conformidad con el conocimiento que pudo tener de la dificultad de movilidad de la asegurada, encontrando el despacho que la precitada situación se enmarca en el conocimiento presuntivo que debió tener la aseguradora ante la condición física evidente de la asegurada.

Al respecto, se tiene que la Honorable Corte Suprema de Justicia mediante Sentencia SC-167-2023-2019-00025-01, Recordó los elementos de interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio Colombiano, norma en la que la pasiva funda su excepción, estableciendo lo siguiente:

“4.- Con relación a la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, la jurisprudencia de esta sala ha determinado las siguientes subreglas: (i) el precepto incorpora la obligación del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo; (ii) dicha prestación es entendida como una aplicación práctica del principio de la buena fe exenta de culpa aplicable en materia mercantil¹; (iii) la buena fe es entendida como un postulado de doble vía, por un lado implica la legítima creencia de la corrección del par negocial, por otro el deber de comportarse con lealtad, honestidad y probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución²; (iv) la declaración sincera del estado del riesgo busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en línea de principio, es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado³; (v) la manifestación

reticente o inexacta del tomador conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, siempre que la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora conduciría a la abstención de celebrar el contrato o ajustarlo en condiciones más onerosas para el tomador; (vi) la carga de la prueba de acreditar la reticencia, o inexactitud, y la trascendencia recae en cabeza de la aseguradora; (vii) de mediar cuestionario, la mendacidad del declarante hará prueba tanto de la reticencia como de la trascendencia de la información omitida para el aseguramiento⁴; (viii) si la declaración no está precedida de cuestionario, la anulación del vínculo estará sujeta a que el tomador haya encubierto con culpa circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo; (ix) si el asegurador se abstiene de recoger la declaración de asegurabilidad, de inspeccionar el estado del riesgo, se entiende que asume el riesgo cuya cobertura se le encomendó⁵; (x) si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del tomador, no se impondrá la nulidad, pero se reducirá la prestación hasta el porcentaje que represente la prima estipulada respecto de la que debió

pactarse de conocerse el estado del riesgo; (xi) las sanciones, entre ellas la nulidad relativa, no se impondrán, si el asegurador antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado, se allana a subsanarlos o los acepta expresamente⁶.

4.1.- La última regla enunciada es conocida como conocimiento presunto, o presuntivo, del asegurador sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad; su materialización de acuerdo con la jurisprudencia parte de reconocer que: (i) la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal en la durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual; (ii) debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo; (iii) no basta que se conforme con la declaración de asegurabilidad del tomador, cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo.

4.2.- Y, para demostrarlo en juicio, con arreglo a la jurisprudencia de esta corporación debe acreditarse, que: (i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas.

4.3.- Empero, al realizar este test, debe tenerse presente una pauta hermenéutica que parte de entender que el instituto del consentimiento presuntivo no es un remedio general para indultar o condonar notorias reticencias, sino un correctivo para preservar el contrato frente a controversias suscitadas a raíz de hechos que el asegurador debía y podía conocer, pero que no implica dejar de lado el celo, honestidad y transparencia, que el tomador debe observar cuando declara las circunstancias del riesgo que busca trasladar.

En este punto, se destaca, por su mayor claridad, la exposición sobre el tópico contenida en la sentencia SC de 11 de abril de 2002, Exp. 6825, donde se acotó que:

«Como se ve, al lado de la protección que la ley brinda al asegurador cuando sanciona con la nulidad del seguro las declaraciones viciosas que le impidieron conocer el real estado del riesgo, le exige que sea diligente, que use de esos especiales conocimientos que debe de tener en razón de ser un profesional, a fin de percatarse del real estado del riesgo, lo cual conlleva en muchas ocasiones un análisis de delicado equilibrio por parte del juzgador a efectos de que no quede en letra muerta la sanción de la nulidad relativa por reticencias so pretexto de que el asegurador no indagó por sí mismo por el real estado del riesgo, pues ésta no es obligación que la ley le imponga, sino deber profesional que es dable sopesar en cada caso, mediante un análisis obviamente posterior, pero en el cual el juzgador debe mentalmente ubicarse antes del perfeccionamiento del contrato de seguro, a fin de verificar cómo debió

haber actuado el asegurador frente al riesgo que se le propuso asumir. De allí que la Corte, en reciente ocasión haya señalado que “le corresponde al intérprete del seguro, en particular al juzgador del contrato, evaluar cuidadosa y racionalmente la conducta asumida por los extremos de la relación negocial a lo largo del iter contractual, con el propósito de establecer en primer lugar, si en efecto el tomador quebrantó la carga de declarar fidedignamente los hechos o circunstanciasu determinantes del estado del riesgo. Y en segundo término, sólo en caso de que sea conducente, si no obstante existir un vicio en la declaración de asegurabilidad, el asegurador conoció o debió conocer –por su calificado oficio- los hechos que le sirvieron de apoyatura, todo sin perjuicio del tópico de la carga de la prueba» (Sentencia del 2 de agosto de 2001, Exp. 6146)” (negrilla fuera del texto original)

Expuesto lo anterior, se evidencia que la aseguradora no ha demostrado en los elementos subjetivo y objetivo de que trata el artículo 1058 del Código de Comercio, que demuestre la nulidad relativa propuesta, ya que no se probó la debida información dada a la asegurada, ni la cual hubiese sido el actuar de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. para el año 2021, si hubiese conocido el estado de salud de la asegurada, además no se acreditan cuáles eran las políticas aplicables por la aseguradora con respecto a los padecimientos de Esclerosis múltiple frente a la póliza de vida grupo deudores relacionada con el crédito garantizado.

Además, las atestaciones de la representante legal de la referida aseguradora y del asesor médico no son suficientes para tener por acreditados los supuestos que den lugar a la declaración de nulidad pretendida por la aseguradora demandada, por cuanto adolecen del mismo respaldo probatorio, es decir, cuáles eran esas políticas de la entidad y su aplicación para el año 2021.

Aunado a lo expuesto, tampoco puede soslayar la Delegatura, de un lado, que la declaración de la representante legal se constituyó como elemento de convicción para la pretendida nulidad del contrato con posterioridad a la presentación de la demanda mas no al momento de la asunción del riesgo por parte de la aseguradora; y, de otro, que aun cuando no se desconoce la importancia que el cuestionario de asegurabilidad tiene para para la contratación y el análisis de riesgo por parte de la aseguradora, el mismo no tiene la virtualidad de demostrar que COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. se hubiera retraído de asumir el riesgo o asumirlo en condiciones más onerosas.

En este punto, es de señalar que el pretender otorgar el efecto del 1058 del Código de Comercio ante cualquier omisión en padecimiento o diagnostico conllevaría al absurdo de que cualquier condición médica en sí misma no decretada diera automáticamente el efecto pretendido, trasladando la carga impuesta por el legislador a la entidad aseguradora al consumidor, lo que sería contrario al principio de debida diligencia que poseen las entidades vigiladas por esta Superintendencia, como se expuso en decisión de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia SC 3791 de 2021 M.P. Luis Armando Tolosa Villabona

En consecuencia, la Delegatura declarará infundada la excepción denominada por la aseguradora como **“NULIDAD DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL QUE SE EXPIDIÓ CON OCASIÓN AL CRÉDITO No. **3468 POR RETICENCIA DE LA ASEGURADA”**.

Superado lo anterior y de conformidad con el artículo 1077 de Código de Comercio Colombiano, atendiendo que la controversia encuentra su fundamento en el proceso de reclamación adelantada ante la realización de un riesgo asegurado, la Delegatura se estará para su análisis a la verificación del cumplimiento de las cargas impuestas por el legislador tanto a la asegurada/beneficiaria como a la aseguradora en la precitada norma, siendo estas la que corresponde al asegurado de demostrar la ocurrencia del siniestro así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso, y al asegurador la de demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

Por lo anterior, se tiene para el caso en concreto que los términos del amparo que se pretende afectar establecen que se en el cual se pactó el amparo de incapacidad total y permanente en los siguientes términos:

en el que se pactó el amparo de muerte en los siguientes términos:

“1.1. Amparo básico del seguro. - muerte del asegurado.

La compañía cubre, durante la vigencia de la póliza y bajo los términos del contrato, el riesgo de muerte de los asegurados, ya sea por causa natural, accidental, homicidio o suicidio.

De conformidad con el clausulado aportado por la aseguradora demandada en atención a las pruebas decretadas de oficio y con la contestación de la demanda, documentales no tachadas o controvertidas por las partes. (aportado con la contestación de la demanda derivados 009 y 048 del expediente)

Así mismo, se encuentra probado y relevado de prueba por las partes que la señora MARIA LOURDES GUIDO VIECO falleció el 8 de enero de 2022, así mismo, se tiene que el crédito para el mes de enero del año 2022 se encontraba en un valor de VEINTISEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS CON CUARENTA Y SIETE CENTAVOS (\$26.570.612,47) como consta en el extracto del mes de enero de 2022 aportado con la demanda y por la entidad financiera con la contestación de la demanda, valor que corresponde a la cuantía para la fecha de siniestro, toda vez que se aseguró el saldo insoluto de la deuda como consta en el certificado individual aportado por la aseguradora.

Precisado lo anterior, se evidencia que el banco allegó certificación de venta de cartera de la obligación que nos ocupa, identificada con el número terminado en ****3468 a la Sociedad CCR JURIDICO S.A.S. en el mes de noviembre del año 2022 por ese valor VEINTISEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS CON CUARENTA Y SIETE CENTAVOS (\$26.570.612,47), situación que conlleva a que el demandante haya demostrado ocurrencia y cuantía en el presente proceso.

Seguidamente, sobre la pretensión de los intereses máximos moratorios, se tiene que el artículo 1080 del Código de Comercio establece *“El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad. (...)”* pretensión a la que se accederá en los términos de la precitada norma, condenando a la aseguradora demandada, COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. al pago de los intereses moratorios causados desde mes siguiente a la reclamación presentada por la parte actora, de la cual no se tiene fecha exacta de radicación, pero si se evidenció que esa se radicó antes del 11 de marzo del año 2022, ya que en esa fecha la aseguradora dio respuesta a la misma, por lo que si bien, no se tiene certeza de la fecha de presentación de la reclamación ante la aseguradora, se tomará como fecha de partida el 10 de marzo de 2022 un día antes de la primera respuesta de la aseguradora, respecto de la cual el mes siguiente se encontraría a partir del 10 de abril del año 2022, lo que conlleva a tener como probada la fecha desde la cual se pretende el pago de los intereses de que trata la norma en cita.

En consecuencia, se condenará a **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** al reconocimiento de la suma de VEINTISEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS CON CUARENTA Y SIETE CENTAVOS (\$26.570.612,47) y a los intereses correspondientes calculados desde el 10 de abril del año 2022 al tercero titular de la obligación comprada al **BANCO DAVIVIENDA S.A.** beneficiario oneroso de la póliza.

Superado lo anterior, procede el despacho a analizar la responsabilidad de la entidad financiera **BANCO DAVIVIENDA S.A.** respecto del crédito de consumo identificado con el número terminado en ****3468, se evidencia que de este surgen obligaciones a cargo de la consumidora financiera, por lo que encuentra el Despacho que la presente controversia gira en torno a un contrato de mutuo o crédito financiero, que se encuentra definido en el artículo 2221 del Código Civil como aquél en el cual: “... *una de las partes entrega a la otra cierta cantidad de cosas fungibles con cargo a restituir otras del mismo género y calidad*”. Esta definición resulta aplicable al ámbito mercantil, al tenor de lo dispuesto por el artículo 822 del Código de Comercio, salvo que en esta materia, el contrato es por naturaleza remunerado. En cuanto a las prestaciones que surgen para los intervinientes en un contrato de mutuo, ha dicho la doctrina que para el **mutuante**, en este caso la entidad financiera, la única obligación que surge es la de carácter constitutivo, cual es la entrega del dinero – oportunidad en la que nace el contrato mismo – mientras que para el **mutuario** lo es el pago de la remuneración convenida y la restitución de la suma mutuada. (RODRÍGUEZ Azuero, Sergio, *Contratos Bancarios*, Sexta Edición, Editorial LEGIS, reimpresión 2011, pág. 466).

Así mismo, se demostró que la entidad financiera gestionó lo tendiente a vincular al deudor a su póliza de vida grupo deudor tomada por dicha entidad, razón por la que le asisten obligaciones de información, por lo que no encuentra el despacho, probada la excepción intitulada como “*FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA RESPECTO DEL BANCO DAVIVIENDA S.A.*” Propuesta por la entidad financiera.

Ahora bien, si bien la entidad financiera gestionó la vinculación de la asegurada a la póliza objeto del litigio requiriendo la declaración de asegurabilidad estudiada y no se demostró la debida diligencia frente a la información dada a la asegurada, esto no significa per se la demostración de un daño atendiendo los elementos axiológicos de la responsabilidad, por lo que no se encuentra acreditada la responsabilidad del banco por parte de la actora, encontrándose probada así la excepción de oficio “*Falta de demostración de los elementos axiológicos de la responsabilidad contractual respecto del Banco Davivienda S.A.*”

Situación que lleva al traste las pretensiones del presente proceso respecto de la entidad financiera, absteniéndose de analizar los demás medios exceptivos formulados de conformidad con lo establecido en el inciso tercero del artículo 282 del Código General del Proceso.

Finalmente, esta Delegatura encuentra probado por la parte actora el pago en el que debió incurrir para allegar el dictamen pericial grafológico aportado al proceso en los derivados 077 y 078 que si bien fue atacado por las demandadas en especial por la carencia de sus anexos, lo cierto es que fue rendido por una profesional técnica en la materia que concluyó que la letra con la que se diligenció el formulario de solicitud de vinculación al seguro objeto del litigio no fue la de la señora MARIA LOURDES GUIDO VIECO (Q.E.P.D.), situación que fue corroborada por la asesora comercial quien reconoció su letra en el documento. Los gastos acreditados fueron la suma de DOS MILLONES DE PESOS (\$2.000.000) pagaderos a la profesional técnica que lo rindió, de conformidad con las documentales aportadas en el derivado 084 lo establecido en el numeral 8º del artículo 365 del Código General del Proceso. Adicionalmente, se fijará a título de agencias en derecho la suma de \$500.000.

Conforme con lo expuesto, la DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

En consecuencia, la **DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR NO PROBADAS las excepciones denominadas por la entidad aseguradora demandada como: “*NULIDAD DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL QUE SE EXPIDIÓ CON OCASIÓN AL CRÉDITO No. **3468 POR RETICENCIA DE LA ASEGURADA*” propuesta por COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. y “*FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA RESPECTO DEL BANCO DAVIVIENDA S.A.*” Propuesta por la entidad financiera demandada BANCO DAVIVIENDA S.A., por lo anteriormente expuesto.

SEGUNDO: DECLARAR PROBADA la excepción de oficio “*Falta de demostración de los elementos axiológicos de la responsabilidad contractual respecto del Banco Davivienda S.A.*” de conformidad con lo expuesto en esta decisión.

TERCERO: DECLARAR CONTRACTUALMENTE RESPONSABLE a COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. por el incumplimiento del contrato de vida grupo deudores identificado con el número 45155 certificado individual en el que fungió como asegurada la señora MARIA LOURDES GUIDO VIECO (Q.E.P.D.) al negar el reconocimiento y pago del amparo de muerte a las señoras demandantes con ocasión del fallecimiento de la señora GUIDO VIECO (Q.E.P.D.).

CUARTO: CONDENAR a COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. al pago de la suma de VEINTISEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS CON CUARENTA Y SIETE CENTAVOS (\$26.570.612,47), al tercero que compró la cartera del crédito amparado identificado con el número terminado en ****3468 adquirido en vida por MARIA LOURDES GUIDO VIECO (Q.E.P.D.) a CCR JURIDICO S.A.S. dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la ejecutoria de esta decisión.

QUINTO: CONDENAR a COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A. al pago de los intereses causados en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio, desde el 10 de abril del año 2022 a las señoras demandantes MARÍA ANDREA HERNÁNDEZ y MARÍA LUCÍA HERNÁNDEZ dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la ejecutoria de esta decisión.

SEXTO: El cumplimiento de la orden que se imparte en esta sentencia deberá ser acreditado por COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., dentro de los CINCO (5) días hábiles siguientes contados a partir de la expiración del plazo otorgado para el mismo, advirtiéndose que el incumplimiento de las órdenes aquí impartidas puede ocasionarle la sanción de que trata el numeral 11 del artículo 58 de la ley 1480 de 2011.

SEPTIMO: Negar las demás pretensiones de la demanda.

OCTAVO: Condenar en costas a la parte demandada, incluyendo como gastos la suma de \$2'000.000 y \$500.000 a título de agencias en derecho.

Cumplido lo anterior, por Secretaría archívese el expediente.

La anterior decisión se notifica a las partes en estrados.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



EDUARD JAVIER MORA TELLEZ
80010-COORDINADOR DEL GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO

Copia a:

Elaboró:
EDUARD JAVIER MORA TELLEZ
Revisó y aprobó:
EDUARD JAVIER MORA TELLEZ

<p>Superintendencia Financiera de Colombia DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES Notificación por Estado</p>
<p>La providencia anterior se notificó por anotación en estado fijado Hoy <u>13 de febrero de 2024</u></p> <p> MARCELA SUÁREZ TORRES Secretario</p>