

República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público



Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá D.C.
Sala Civil de Decisión

Magistrada Sustanciadora

SANDRA CECILIA RODRÍGUEZ ESLAVA

CLASE DE PROCESO	Verbal
DEMANDANTE	Carlos Julio Curiel Medina
DEMANDADO	Zurich Colombia Seguros S.A.
RADICADO	11001 31 03 039 2020 00425 01
PROVIDENCIA	Sentencia 041
DECISIÓN	Revoca sentencia de primera instancia
DISCUTIDO Y APROBADO	cuatro (4) de julio de dos mil veinticuatro (2024)
FECHA	Ocho (8) de julio de dos mil veinticuatro (2024)

Procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por el demandante Carlos Julio Curiel Medina contra la sentencia de 5 de diciembre de 2023, proferida por el Juzgado 39 Civil del Circuito de esta ciudad, al amparo de lo previsto en la Ley 2213 de 2022.

I. ANTECEDENTES

Carlos Julio Curiel Medina convocó a Zúrich Colombia Seguros S.A. para que se declare responsable civil y contractualmente del incumplimiento de pago de la prestación derivada de la Póliza Vida Grupo 00706539252, tras haber acaecido su incapacidad total y permanente.

En consecuencia, se le condene a sufragar los perjuicios materiales; en la modalidad de daño emergente, la suma de \$273'888.000.00, por concepto de la prestación asegurada; a título de lucro cesante \$17'261.334.72, correspondiente a intereses moratorios, causados a partir de 28 de julio de 2020.

Fundamento fáctico: Carlos Julio Curiel Medina tuvo un vínculo laboral con la empresa Drummond Limited Colombia y en virtud de este surgió el



beneficio convencional de ampararlo con la Póliza de Seguro Vida Grupo 000706534375 con QBE SEGUROS S.A., hoy ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., cuyo tomador fue la aludida empresa, durante la vigencia comprendida del 1º de octubre de 2016 hasta ese mismo día del año 2017. De igual manera, la misma compañía adquirió otra Póliza de Vida Grupo 706539252 con la citada aseguradora, desde esta última fecha y hasta el 1º de octubre de 2018.

Dentro de los riesgos amparados se incluyó el de incapacidad total y permanente o invalidez, por valor de veinticuatro sueldos mensuales.

Al señor Curiel Medina se le estructuró la pérdida de su capacidad laboral el 14 de junio de 2018, cuando aún estaba asegurado bajo la segunda relación contractual y el 28 de noviembre de 2019 obtuvo una calificación de 52.81%, mediante dictamen Número 17953503 – 9869 – 1. Como consecuencia, la empresa Drummond Limited Colombia dio por terminado su contrato de trabajo.

Todos los requisitos necesarios para acceder a la indemnización fueron satisfechos porque estuvo incapacitado temporalmente por el médico tratante de la EPS y de la medicina prepagada, que también fue producto de un beneficio convencional con Allianz Seguros Vida, por los lapsos de: 27 de mayo a 25 de junio, 27 de junio a 26 julio, 27 de julio a 25 agosto, 26 de agosto a 24 septiembre, 25 de septiembre a 24 octubre, 25 de octubre a 8 noviembre, 9 de noviembre a 23 noviembre, 24 de noviembre a 23 diciembre y 24 de diciembre a 7 enero 2018.

No obstante, la aseguradora demandada planteó una objeción bajo el argumento de que no se configuró el riesgo amparado, sumado a que la única forma de restarle validez al dictamen emitido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez es ante la justicia ordinaria laboral.

Afirma el actor que no es cierto que las incapacidades de la EPS no contemplan un periodo de 120 días calendario contados desde la fecha de



estructuración de la invalidez, pues se sumaron 600 días continuos y su empleadora las acogió; por demás, que en la cláusula no se prevé que se trate de una EPS, mientras que las expedidas lo fueron por los médicos de la medicina prepagada que tienen igual validez, conforme al Decreto 1333 del 2018 artículo 2.2.3.1.1.

Actuación procesal: El libelo se presentó el 19 de noviembre de 2020, se le dio trámite el 10 de marzo de 2021.

Luego de su notificación Zurich Colombia Seguros S.A. se opuso a las pretensiones e invocaron en su defensa las excepciones de mérito que denominó: i) *La configuración del amparo de Incapacidad Total y Permanente contemplado en la Póliza Vida Grupo 000706539252 NO se encuentra supeditada al cumplimiento de los requisitos previstos en el régimen normativo de la seguridad social;* ii) *Ausencia de requisitos que determinan la exigibilidad del amparo de ITP: Las circunstancias que informan el reclamo elevado por el accionante no cumplen las exigencias previstas en la Póliza;* iii) *Prescripción de las acciones y derechos emanados del Contrato de Seguro y de las normas que lo rigen;* iv) *El eventual compromiso indemnizatorio a cargo de ZURICH se encuentra limitado a la suma asegurada prevista en la Póliza Vida Grupo 000706539252;* v) *Nulidad relativa del Contrato de Seguro y compensación y,* vi) *Improcedencia de la causación de intereses moratorios.*

Evacuadas tanto la etapa probatoria como de alegaciones, el *a quo* profirió la decisión que dio por concluida la instancia, conforme se resume a continuación:

Sentencia impugnada: El funcionario declaró probada la excepción de falta de cumplimiento de las exigencias previstas en la póliza; en consecuencia, denegó las pretensiones del libelo, ordenó la terminación del proceso, el levantamiento de medidas cautelares; condenó en costas



al demandante y le impuso la sanción contemplada en el canon 206 del C.G.P. en cuantía de \$14'557.466,70.

Arribó a esta conclusión tras analizar los artículos 1036 y siguientes del Código de Comercio, las características del contrato de seguro, así como la legitimación que ostenta el beneficiario de este. Señaló que el artículo 2.2.3.3.3 del Decreto 780 de 2016, establece que, para la validez de las incapacidades emitidas por los médicos no adscritos a la EPS, el certificado de incapacidad por accidente, enfermedad de origen común debe ser expedido por el médico u odontólogo tratante debidamente inscrito en el registro especial de un talento humano de salud – RETUS- o por profesionales que se encuentran prestando su servicio social obligatorio, provisional.

Agregó que la incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a la red de prestadores servicios de salud de la entidad promotora en salud o entidad adaptada será validada por aquella a la que se encuentra afiliado el cotizante, a su vez que deberá ser pagada por esta, siempre y cuando cumpla las exigencias prenotadas. En ese orden, precisó que debía presentarse para la validación ante la EPS o entidad adaptada dentro de los quince días siguientes a su expedición, junto con la epicrisis, si se trata de internación, o el resumen de la atención cuando corresponda a servicio de consulta externo o atención ambulatoria.

Ante la existencia de dudas respecto de alguna incapacidad expedida por un profesional ajeno a la entidad, podrá someter a evaluación médica al afiliado a efectos de desvirtuarla o aceptarla, advirtió. Seguidamente, reseñó que tras el paso de ocho días hábiles sin que la EPS o entidad adaptada, hubiere validado o sometido a evaluación médica al cotizante, tenía la obligación de reconocer y liquidar la incapacidad dentro de los quince días hábiles siguientes a la prestación del certificado de incapacidad expedido por el médico u odontólogo no adscrito a su red, al igual que proceder a su pago durante los cinco días posteriores, siempre



y cuando el afiliado cumpla con las condiciones del artículo 2.2.3.3.1 de la citada reglamentación.

Aclaró que esa última previsión establece que para el reconocimiento de enfermedades de origen común se debe contar con el certificado de incapacidad expedido por el médico de la EPS, la entidad adaptada o validada por esta.

En referencia al caso en concreto, evocó la póliza 706539252, vigente del 1º de octubre de 2017 hasta ese mismo día de 2018, en la que se pactó como indemnización veinticuatro sueldos mensuales, y explicó que, si bien es la póliza afectada, según la demanda, en la contestación se indicó que las condiciones generales obedecen a la póliza 000706534375. Sumado a ello, tuvo en cuenta el certificado de incapacidades procedentes de Coomeva EPS, en la que figura que el actor estuvo incapacitado de 3 a 5 de enero, 7 y 8 de enero, de 15 de enero a 28 de febrero de 2018, las cuales se contabilizaron dentro del periodo de vigencia de las pólizas referidas exclusivamente a la anotada calenda.

Estimó el concepto favorable de rehabilitación del 20 de abril de esa anualidad expedido por Coomeva, la carta del 17 de octubre del año 2019, donde la misma se pronuncia sobre el reintegro laboral, carta del 7 de noviembre del año 2019 de Drummond, donde se deja constancia de la reincorporación del actor a su puesto de trabajo como supervisor de área.

El dictamen 17953503-9869-1 de 28 de noviembre de 2019 de la Junta Nacional de calificación de Invalidez, según el cual el 14 de junio de 2018 se estructuró la incapacidad total y permanente en el 52.81% de pérdida de capacidad, la Resolución SUV 66710 del 9 de marzo del año 2020, mediante la cual se concede una pensión por invalidez al actor. Adicionalmente, se aportó la carta del 14 de mayo del año 2020, por medio de la cual Drummond terminó el contrato de trabajo del actor por reconocimiento de pensión; el 15 de mayo del año 2020 obra una reclamación a la Compañía de Seguros, carta del 30 de mayo del año



2020, en la cual Drummond le informa al actor que de la liquidación le descontarían \$12'009.993 por concepto de incapacidades no reconocidas por la EPS.

También Drummond informó que el actor presentó otras incapacidades no reconocidas por la EPS, de 27 de mayo al 25 de junio, del 27 de junio al 24 de octubre del año 2018. De las declaraciones, el demandante, Carlos Julio Curiel manifestó que trabajó hasta el 20 de marzo del año 2020 antes del reconocimiento de la pensión de invalidez, se refirió a los padecimientos de 2018 y señaló que la EPS Coomeva no aceptó las incapacidades de médicos particulares, pero que sí tuvo incapacidad 120 días; sobre su reintegro informó que trabajó desde el 7 de noviembre del año 2019 hasta el 20 de marzo de 2020, pero que estaba en curso una tutela que salió a su favor, sin embargo, aclaró que luego del reintegro siguió incapacitado. El representante legal de la demandada manifestó que la reclamación no se hizo dentro del amparo temporal y se refirió a la parte demandante en tanto que le requirieron la certificación de incapacidad de Coomeva, pero que no cumplió formalmente con este requisito, entre otros aspectos relacionados con la póliza.

El actor fue valorado según las normas de Seguridad Social y en virtud de ello fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 52.81%, por lo anterior, le fue concedida una pensión de invalidez. Sin embargo, también aseveró que la certificación de las incapacidades durante el año 2018, según lo expuesto por la EPS del demandante, tan solo dan lugar a un total de 57 días, lo que se acompasa con la carta de Coomeva del 20 de abril del año 2018, donde consta el concepto favorable de rehabilitación y la carta del 17 de octubre del año 2019, donde la misma entidad se pronunció sobre el reintegro laboral.

Hecho que consideró relevante por dos razones; primero, porque justificó la reincorporación del demandante a sus labores el 7 de noviembre del año 2019 y, segundo, porque ello debilita la tesis de la situación incapacitante que le impidiera el actor laborar. Seguidamente, **recaba**



que dentro de las condiciones pactadas en la póliza 706539252 estaba que se debía acreditar que al beneficiario trabajador de la Drummond le habían reconocido incapacidades médicas por un término de 120 días desde la estructuración de la invalidez y que la pérdida de la capacidad laboral fuera igual o superior al 50%.

Explicó que las incapacidades concedidas no satisficieron las exigencias de los artículos 2.2.3.3.1 y 2.2.3.3.3 del Decreto 780 de 2016, para ser acogidas por no haber sido validadas por la EPS y, con mayor razón, si Coomeva se pronunció en sentido opuesto. **De modo que, determinó no haber acreditado los 120 días desde la fecha de estructuración de la incapacidad permanente, esto es, desde el 14 de junio del año 2018, lo que consideró suficiente para denegar las pretensiones.**

Desestimó el dictamen pericial de pérdida de capacidad laboral y afirmó que no podían aplicarse las reglas del Código General del Proceso para este medio de prueba, porque su finalidad era la de acceder a un reconocimiento pensional. En dicho dictamen se dejó registrado que inicialmente se le había concedido al actor una pérdida de capacidad laboral de 44.50% por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Atlántico y luego la Junta Nacional lo cuantificó en 45.7%; al tiempo que, por vía de tutela, se ordenó una nueva calificación y allí se dictaminó una pérdida de capacidad laboral en más de 52%.

Sostuvo que la disparidad de razonamientos, la imposibilidad de controvertirlos, que esa conceptualización únicamente vincula a las entidades del Sistema General de Seguridad Social, sumado a que el concepto técnico elaborado por Rubén Darío Reyes Díaz, identificó las inconsistencias en la elaboración del dictamen de la Junta Nacional, entre ellas, que se emitió un pronóstico de rehabilitación sin restricciones de movilidad, la variación en la pérdida de la capacidad laboral por exámenes que no existían al momento de realizar la valoración inicial, lo condujeron



a dudar de la cuantificación asignada al citante en la última que se le efectuó.

Recalcó que no se requería de un examen médico, físico o presencial pues el experto no se pronunció sobre una pérdida de la capacidad laboral, sino acerca del dictamen de la Junta, amparado en los soportes medico asistenciales, incluidas las valoraciones de medicina particular.

Por haber negado las pretensiones condenó en costas al accionante y lo sancionó conforme al artículo 206 del Código General del Proceso, en favor de la Rama Judicial, por el 5% de las pretensiones patrimoniales.

Apelación: El demandante interpuso el remedio vertical con el fin de que sea revocada la decisión de primer grado. Con tal propósito, formuló los reparos que sustentó conforme se sintetizan:

Con respecto al clausulado

Se olvidó de la condición de discapacidad del promotor y del contrato para concluir que no se verificó su permanencia por un periodo continuo no inferior de 120 días calendario contados desde la fecha de estructuración de la invalidez, durante la vigencia de la póliza y sin que fuera provocada por el asegurado. Acogió la tesis propuesta por la aseguradora relativa a la existencia de capacidades temporales expedidas por la EPS, lo que constituye un defecto fáctico por la indebida valoración probatoria.

El amparo se circunscribía a la incapacidad total o permanente acaecida durante la cobertura adicional, que derivara en lesiones orgánicas o alteraciones funcionales consistentes en una pérdida de la capacidad laboral igual o superior al 50%, cuya subsistencia fuera por el lapso prenotado desde su estructuración y mientras estuviera vigente el contrato. Por tanto, el único requisito que debía suplir el accionante era el de permanecer en ese estado desde el 14 de junio de 2018.



El dictamen 17953503-9869 de 22 de agosto de 2029 – sic- emitido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez cobró firmeza y para restarle eficacia debió demandarse ante la jurisdicción laboral.

Pronunciamiento de la parte contraria: El Tribunal carece de competencia para pronunciarse frente a aspectos que no fueron objeto de reparo concreto durante la apelación y por no cobijar la alzada la totalidad de la decisión, el fallo de segunda instancia debe ceñirse únicamente al debate propuesto.

La póliza únicamente ampara la invalidez que reúna los requisitos contractuales previstos por ella, la cual dista de los requisitos exigidos para la concesión de una pensión por invalidez en el esquema de seguridad social.

La configuración del siniestro comienza a partir de la producción del hecho que da lugar a la incapacidad total y permanente, el cual culmina con la correspondiente calificación de la pérdida de la capacidad laboral por parte de la junta de calificación de invalidez o entidad equivalente, con arreglo a los manuales de la misma. Si bien esta clase de seguros toma como punto de referencia algunos conceptos e instituciones traídos del régimen normativo de la seguridad social, tales como la fecha de estructuración, el órgano calificador, entre otros, no quiere decir que el asegurador no pueda exigir requisitos adicionales, incluso, diferentes a los establecidos en el aludido sistema, conforme a lo previsto en el artículo 1056 del C. de Co., en virtud de la delimitación prevista contractualmente:

*"Para todos los efectos de este amparo se entiende por incapacidad total y permanente o invalidez, la sufrida por el asegurado menor de setenta (70) años de edad, que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo adicional, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales **que resulten en una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%)**, que impidan a la persona desempeñar cualquier tipo de trabajo o actividad remunerada o desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia, **siempre que dicha incapacidad total y permanente o invalidez***



haya existido por un periodo continuo no menor de 120 días calendario contados desde la fecha de estructuración de la invalidez y se encuentre dentro de la vigencia del seguro y no haya sido provocada por el asegurado (...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original.).

Pese a que al recurrente le fue reconocida una pensión de invalidez, dicha circunstancia *per se* no lo hace acreedor de la prestación asegurada, pues no se halla sometida a tal reconocimiento debido a que le restaría todo sentido a la delimitación del riesgo.

El señor Carlos Julio Curiel Medina no cumplió a cabalidad los requisitos para acceder al amparo: a) ser menor de 70 años; b) no ser provocada intencionalmente; c) se manifieste, estructure y califique durante la vigencia de la póliza; d) imposibilidad de realizar actividades productivas como consecuencia de la incapacidad total o permanente; e) incapacidad manifestada por un lapso no inferior a 120 días, desde su estructuración y durante la vigencia de la póliza, así como, f) el estado de invalidez del asegurado se encuentre dictaminado a través de un calificador de la Seguridad Social.

El lapso requerido fue inferior puesto que únicamente refirió 80 días de incapacidad, aun cuando Drummond señaló que había cumplido 600 no se satisfizo el trámite de transcripción y convalidación de ellas. No se debe tergiversar o distorsionar la definición del amparo para no reunir las exigencias establecidas, entre ellas, el periodo de incapacidad, el manual de calificación.

Aunado a que el estado de invalidez debe aparejarse de conceptos como "*mejoría médica máxima*" y "*rehabilitación integral*", pues la misma no se gesta en un instante en vista que debe verificarse la evolución de las patologías que han precedido esa declaración. A lo que se agrega que el dictamen pericial del médico Rubén Reyes Díaz evidenció las contrariedades e inconsistencias del proceso de calificación de invalidez por adolecer de conceptos de mejoría medica máxima, trazabilidad del diagnóstico, manejo, tratamiento, posología de enfermedades o patologías, transcripción de incapacidades, de la historia clínica, el periodo



previsto, conceptos médicos que posiblemente estén involucrados en la “operación frenocomio”, además de no estar inhabilitado para desarrollar cualquier otra actividad o trabajo.

La estructuración no se gestó durante la vigencia de la póliza y se trató de hechos meramente potestativos [y dolosos] del asegurado por las inconsistencias expuestas que indican haber provocado dicho estado intencionalmente, mediante el empleo de conceptos médicos que no hallan correspondencia con la realidad. Las graves irregularidades e inconsistencias del proceso de calificación de invalidez conllevan a “*dar por fallida la condición*” y a la pérdida del derecho a la indemnización.

II. PROBLEMA JURÍDICO

¿Se cumplieron las exigencias para conceder al demandante la indemnización contemplada en las pólizas 000706534375 y 706539252?

III. CONSIDERACIONES

1. Es asunto averiguado que el contrato de seguro es aquel por medio del cual los contratantes pactan que uno de ellos, el asegurador, asuma el riesgo de un suceso incierto con miramiento en un marco legal y contractual; mientras que el tomador es quien traslada al primero la asunción de éste, siempre que acate las previsiones que lo rigen y sufrague la contraprestación acordada (C. Co.; art. 1037). En algunas ocasiones puede convenirse que la protección de las consecuencias derivadas de su ocurrencia sea en favor del segundo o en beneficio de un tercero, a quien le corresponderá el derecho de la prestación asegurada (art. 1038 a 1040, ib.) y deberá hacerse parte en el respectivo proceso, de ser el caso.

Ahora bien, tanto el tomador como el asegurador intercambian las expresiones de voluntad generadoras del contrato de seguro y asumen las obligaciones derivadas de él; mientras que los segundos, el asegurado



y el beneficiario, se predicen como interesados de los efectos económicos del aludido vínculo¹.

Cuando se hace alusión al seguro de personas, el interés gira en torno de su propia vida, la reclamación de alimentos y cuando acaezca la incapacidad o muerte que pueda aparejar un perjuicio económico (art. 1137, ib.).

Ahora bien, la configuración del siniestro conlleva a que el asegurado o beneficiario de noticia al asegurador de su ocurrencia, dentro de los tres días siguientes a la fecha en que se haya conocido o debido conocer, plazo que podrá ampliarse por las partes (art. 1075, ib.). De igual manera, le corresponderá demostrar su realización, así como la cuantía de la pérdida sufrida, de ser el caso. Por su parte el asegurador deberá demostrar aquellos hechos o circunstancias que le excluyan de indemnizar (art. 1077, id.).

La doctrina ha analizado este punto con miras a precisar que dicha comprobación se circunscribe a la existencia del evento mismo, en su más simple expresión, y de corresponder a una causa exceptuada, le compete acreditarlo al asegurador. Así, tras confrontar las dos conductas surge la identificación del siniestro, como la consecuente obligación a cargo de este último².

Al respecto la Corte Constitucional ha resaltado la libertad probatoria que debe regir en esta clase de relaciones aseguraticias, en procura del asegurado o beneficiario:

"(...) [L]as cláusulas restrictivas de los derechos de los usuarios del sistema asegurador deben estar '(...) redactadas y consagradas de manera previa, expresa, clara y taxativa, y el acceso a las mismas por parte del consumidor debe garantizarse de forma simple, oportuna y completa'³ Por lo cual, cada condición que opere en contra de los intereses de los consumidores tiene que estar específicamente consagrada en el pacto, de tal forma que no haya equívocos al momento de aplicarla. Con esto no sólo se busca salvaguardar el derecho al debido proceso de los usuarios, en el sentido de garantizar que las decisiones

¹ Sala de Casación Civil, sentencia SC5327-2018 del 13 de diciembre de 2018, radicación nº 68001-31-03-004-2008-00193-01.

² Ver Ossa G., J. Efrén. "Teoría General del Seguro. El Contrato". Bogotá-1991, Ed. Temis, 2º edición, pág. 421.

³ Ob, cit. Corte Constitucional, sentencia T-136 de 2013 (MP. Jorge Iván Palacio Palacio).



contrarias a sus intereses cuenten con un respaldo serio en las condiciones del contrato, sino que también se pretende equilibrar la relación asimétrica que existe entre las partes, protegiendo a quien no participa en la redacción del pacto como manifestación directa del principio de buena fe (art. 83, C.P.).

5.2.3. Ahora bien, Liberty Seguros S.A. podría afirmar en gracia de discusión que la finalidad última de la cláusula es centralizar la prueba del siniestro en una sola entidad, a pesar de que en ningún aparte se mencione expresamente su nombre o se haga referencia a ella. Empero, la Sala no puede aceptar esa interpretación. Primero, porque el objetivo de esa cláusula es definir y delimitar el riesgo asegurable. Una condición concretiza el significado de incapacidad total y permanente para efectos del contrato, pretendiendo que las partes tengan información suficiente acerca del hecho incierto, posible y aleatorio asegurado, y conozcan detalladamente el marco dentro del cual se puede hacer efectivo el amparo. Por eso se describen las características principales del riesgo, como las edades bajo las cuales opera, el porcentaje de pérdida de capacidad laboral exigida y/o las enfermedades que la generan, pero no se restringe la prueba del siniestro, ni mucho menos, se centraliza su acreditación en una sola autoridad calificadora.

En segundo lugar, la Sala no puede aceptar esa interpretación porque en todo caso las cláusulas confusas, ambiguas o vagas, deben interpretarse a favor del consumidor en virtud del principio hermenéutico pro costumatore. Como se dijo anteriormente, tanto la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia como la de la Corte Constitucional han aceptado ese criterio interpretativo en el contrato de seguros.

5.2.4. Está demostrado que el contrato de seguro pactado, no restringe la prueba del siniestro al dictamen de la Junta Regional de Calificación, porque esa condición no está claramente estipulada en el negocio jurídico. En consecuencia, estima la Sala que opera un sistema de libertad probatoria del siniestro, es decir, que la actora podía recurrir a otros mecanismos de evidencia para demostrar la ocurrencia del riesgo amparado.

5.2.5. La Corte Constitucional en la sentencia T-738 de 2011,⁴ sostuvo que cuando no podía demostrarse que hubiese restricciones a los medios probatorios con respecto al siniestro, la persona interesada podía recurrir a cualquier mecanismo para acreditar su ocurrencia, siempre y cuando se cumplan con los principios de conducencia, idoneidad y eficacia (...).

La libertad probatoria del siniestro no sólo tiene asidero en la jurisprudencia, sino que también se justifica desde la Ley y la Constitución. Los artículos que regulan la actividad probatoria en el contrato de seguro (1077 y 1080 del Código de Comercio)⁵ no estipulan mecanismos específicos para demostrar la realización del riesgo, como una garantía para quien tiene interés en probar la ocurrencia del mismo. Es tan así, que el artículo 1080 dispone específicamente que el asegurador debe proceder al pago de la indemnización al mes siguiente de que el interesado "(...) acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador", denotándose una tendencia meramente liberadora en la demostración del siniestro. Pero tiene que observarse también que la Constitución consagra que las actuaciones de los particulares "deben ceñirse a los postulados de la buena fe" (art. 83, C.P.), y que en el ámbito del derecho de los seguros esto debe interpretarse como una garantía de que la parte que tiene una posición de dominio no puede abusar de sus facultades, ni de aquellas prerrogativas que el sistema jurídico le confiere. En esta dirección, esa parte debe abstenerse de

⁴ Ob, cit. (MP. Mauricio González Cuervo).

⁵ Código de Comercio, artículo 1077: "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." Artículo 1080 (parcial): "El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 (...)."



imponer límites irrazonables a la libertad probatoria del siniestro con el objetivo de incumplir sus obligaciones como asegurador y desnaturalizar la finalidad del amparo.⁶

En ese orden de ideas, aunque se exija que el amparo deba estar bien delimitado en el contrato de seguro, ello no implica la imposición de alguna restricción probatoria a cargo del asegurado o beneficiario para acreditar la ocurrencia del riesgo, dado que la aseguradora no debe abusar de su posición de dominio e imponer ciertas cargas que desdibujen la naturaleza de este y la relevancia de sus obligaciones a cargo.

Ahora bien, lo antes precisado no es óbice para que se desatienda lo previsto en el artículo 44 del Decreto 1352 de 2013, respecto del respaldo probatorio que le asiste al dictamen de la entidad calificadora, bien del orden nacional o regional, pues en su tenor establece:

"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. Para efectos del proceso judicial, el Director Administrativo y Financiero representará a la junta como entidad privada del Régimen de Seguridad Social Integral, con personería jurídica, y autonomía técnica y científica en los dictámenes." (Se subraya).

Postulado sobre el cual se ha pronunciado el Alto Tribunal Civil para dilucidar:

"(...) [E]n cuanto a la competencia judicial para resolver sobre los debates concernientes a un dictamen de calificación de invalidez, el artículo 44 del Decreto 1352 de 2013 (incorporado al Decreto 1072 de 2015), es claro en indicar 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. Para efectos del proceso judicial, el Director Administrativo y Financiero representará a la junta como entidad privada del Régimen de Seguridad Social Integral, con personería jurídica, y autonomía técnica y científica en los dictámenes».

El citado precepto, de cuyo contenido nada dijo el tribunal aun cuando fue invocado por la aseguradora en su recurso de apelación, conduce a colegir que la hoy accionante no tenía una posibilidad seria de rebatir los fundamentos de la aludida experticia ante los jueces civiles.

⁶ Corte Constitucional, Sentencia T-902 de 3 de diciembre de 2013.



De hecho, fue justamente con base en esa limitante que la Superintendencia Financiera se abstuvo de estudiar de fondo los reparos que la aquí querellante le formuló a la cuestionada experticia, tema sobre el cual arguyó que, «conforme a la sentencia C-120 de 2020 de la Corte Constitucional, al analizar la constitucionalidad del artículo 41 de la Ley 100 de 1993, señala 'empresa aseguradora deber de acudir a la jurisdicción laboral para controvertir el dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez', ello por cuanto estas calificaciones repercuten o tienen injerencia en derechos a la seguridad social y al debido proceso en materia laboral, por lo que los cuestionamientos realizados por la entidad aseguradora demandada, deben ser demandados ante la autoridad competente, como así se realizó y aquí está probado al presentar demanda de nulidad de dictamen, la cual se demostró cursa en un juzgado laboral de Pasto, aclarándose por esta delegatura, que en esta instancia no es el estadio procesal oportuno para resolver sobre la suspensión al proceso por prejudicialidad, pues así lo prevé el artículo 170 del CGP. Así las cosas, encuentra esta delegatura demostrado el siniestro, con el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por la JRCI de Nariño, que además goza de presunción de legalidad». (Se resalta).

Bajo esa perspectiva como norte y con miramiento en la libertad probatoria que rige en materia aseguraticia, se abordará el *sub examine*.

2. En el caso bajo estudio se observa que la Póliza Vida Grupo 000706534375 expedida por QBE Seguros S.A. fue tomada por Drummond Ltd. el 10 de octubre de 2016 con una vigencia de 1º de octubre de esa anualidad y hasta aquel día del año siguiente, con el fin de cubrir los amparos por muerte – grupo; doble indemnización por muerte accidental – grupo; incapacidad total y permanente (ITP) – grupo; enfermedades graves – grupo; auxilio funerario – grupo y, vida - canasta familiar⁷.

Valga anotar que fueron descritos como amparo básico la vida, adicionales la incapacidad total y permanente, muerte accidental, al igual que los beneficios por desmembración accidental; de otra parte, se señaló una extensión para anticipo por enfermedades graves, canasta familiar por fallecimiento y auxilio exequial⁸.

La finalidad de pactar dicho convenio era la de asegurar a los *“TRABAJADORES AL SERVICIO DEL TOMADOR QUE TENGAN CONTRATO*

⁷ PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 1.

⁸ PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 1.



*LABORAL VIGENTE CON LA ENTIDAD TOMADORA*⁹; incluso, el grupo asegurado se definió como aquel *“constituido por los trabajadores del Tomador que tengan contrato laboral vigente con la entidad tomadora, siempre que a su ingreso a la póliza se encuentren en buen estado de salud de acuerdo con lo indicado en la condición Decima Quinta de Amparo Automático”*¹⁰.

Y su vigencia se previó *“DESDE OCTUBRE 01, 2016 HORA 0:00 HASTA OCTUBRE 01, 2017 HORA 0:00 RENOVABLE AUTOMATICAMENTE POR UN AÑO, DESDE OCTUBRE 01, 2017 HORA 0:00 HASTA OCTUBRE 01, 2018 HORA 0:00”*¹¹.

Valga anotar que en la póliza general también fue estipulado que la reclamación requería que el asegurador o beneficiario presentara a QBE Seguros S.A. el escrito junto a *“los documentos indispensables para acreditar la ocurrencia del siniestro y su cuantía, si fuere el caso, en los términos del artículo 1077 del Código del Comercio”*¹² (Se resalta). A la par, contempló que de hallarse demostrada la mala fe del asegurado o del beneficiario bien en la reclamación o durante la comprobación del derecho al pago del siniestro, se causaría la pérdida de dicha prerrogativa¹³.

Ahora bien, en el anexo 1, para el amparo adicional de invalidez – incapacidad total y permanente se contempló que cubría *“al asegurado si a consecuencia de un accidente o una enfermedad, se produce la incapacidad total y permanente o invalidez, tal como se define en el presente amparo”*¹⁴; asimismo, se excluían aquellas que se originaran con antelación a la vigencia del seguro, bien por enfermedad, lesión o condición preexistente y que hubieren sido diagnosticadas por su médico o se hubiere recibido tratamiento, servicio o suministro, prescripción de

⁹ PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 1.

¹⁰ PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 2.

¹¹ PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 1.

¹² PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 5.

¹³ PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 5.

¹⁴ PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 8.



medicamentos o que fueren aparentes a la vista y no pasaran inadvertidas¹⁵.

El valor asegurado ascendía a veinticuatro sueldos mensuales, por un monto máximo individual de \$2'400.000.00, sin incluir horas extras, bonificaciones, vacaciones, primas legales y extralegales.

En efecto, se describió la cobertura del asegurado "si a consecuencia de un accidente o una enfermedad, se produce la incapacidad total y permanente o invalidez, tal como se define en el presente amparo", que a reglón seguido especifica:

"(...) [S]e entiende por incapacidad total y permanente o invalidez, la sufrida por el asegurado menor de setenta (70) años de edad, que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo adicional, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que resulten en una Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) igual o superior al cincuenta por ciento (50%), que impidan a la persona desempeñar cualquier tipo de trabajo o actividad remunerada o desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia, siempre que dicha incapacidad total y permanente o invalidez haya existido por un periodo continuo no menor de 120 días calendario contados desde la fecha de estructuración de la invalidez y se encuentre dentro de la vigencia del seguro y no haya sido provocada por el asegurado.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente o invalidez, se considera como tal la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, eventos en los cuales, para que opere el amparo, no se requerirá que transcurra el periodo continuo de ciento veinte (120) días calendario de incapacidad total y permanente.

Para que se configure la Incapacidad Total y Permanente o la Invalidez, el asegurado debe ser calificado con una pérdida igual o superior al 50% de su capacidad laboral, y demostrar la calidad de incapacitado total y permanente o inválido mediante dictamen de calificación de pérdida laboral formalmente emitido y debidamente ejecutoriado por parte de la Junta Nacional o Regional de Calificación de Invalidez, Administradoras de Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laborales y Entidades Promotoras de Servicios de Salud.

De acuerdo con lo anterior, para proceder con el pago de la indemnización que corresponda, es necesario que la relación laboral del trabajador (Asegurado) con el Tomador, hubiere terminado por la justa causa de reconocimiento de la pensión de invalidez y que haya sido incluido efectivamente en la nómina de pensionados. En consecuencia, se debe acreditar la condición de pensionado mediante certificación emitida por el área de Recursos Humanos del Tomador Bogotá, en la que se indique la fecha de la desvinculación definitiva del trabajador por haber adquirido la pensión de invalidez, junto con el certificado de reconocimiento de

¹⁵ PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 8.



pensión por invalidez expedido por la Entidad encargada del pago de las mesadas pensionales. En todos los casos se ampara la incapacidad total y permanente cuando esta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo.”¹⁶ (se subraya).

De modo que se concibió que la fecha de estructuración de dicha condición se generaría cuando en el individuo acaeciera tal pérdida en su capacidad laboral, de forma permanente y definitiva, la cual debería documentarse con la historia clínica, exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica, indistintamente que sea anterior o coincidente con la época de su calificación. Aunado a que la firmeza del dictamen que tasara dicho porcentaje permitiría tenerlo en cuenta a partir de que tuviera lugar¹⁷.

Se agregó que la condición de inválido, bien por causa profesional o común, sin que se hubiere provocado intencionalmente, correspondería a la reducción de la habilitación laboral en una puntuación del 50%, en lo atinente a las *“habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social que le permiten desempeñarse en su trabajo habitual, debidamente calificada”* ¹⁸.

En esa línea, con la reclamación debía demostrarse la ocurrencia del siniestro *“mediante el dictamen de calificación de la INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE”*¹⁹, en el que se estableciera *“el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral y la fecha de estructuración de la INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE”*²⁰, porcentaje que debía ser igual o superior al cincuenta (50%) para que hubiera lugar a indemnización²¹.

Asimismo debían adjuntarse: copia de la cédula de ciudadanía; historia clínica completa; el concepto calificativo ejecutoriado emitido bien por la junta nacional o regional de calificación de invalidez, la entidad promotora del servicio de salud ora por las administradoras de fondos de pensiones y riesgos laborales; certificado de reconocimiento de pensión por invalidez

¹⁶ PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 9.

¹⁷ PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 9.

¹⁸ PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 9.

¹⁹ PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 10.

²⁰ PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 10.

²¹ PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 10.



expedido por la entidad encargada del pago de las mesadas pensionales; constancia proferida por recursos humanos del tomador, en la que se indique la fecha de la desvinculación definitiva por haber adquirido la pensión de invalidez; formulario SARLAFT del asegurado; así como el formato para pago cuando se trata de transferencia²².

Adicionalmente, se facultó a la aseguradora para exigir al asegurado pruebas que corroboraran la persistencia de la invalidez con antelación al pago de la indemnización²³.

Agréguese a lo dicho que, en el documento 000706539252 aparecen como tomador Drummond Ltd., asegurados los empleados al servicio de dicha compañía y entidad aseguradora Zurich Colombia Seguros S.A., expedida el 17 de octubre de 2017, cuya vigencia se convino "*[d]esde el 1 de Octubre de 2017 a las 00:00 horas, hasta el 30 de Septiembre de 2018 a las 24:00 horas. Con renovación automática por un año adicional desde octubre 01 de Octubre de 2018 a las 00:00 horas, Hasta el 30 de Septiembre de 2019 a las 24:00 horas*"²⁴.

En similares condiciones a las prenotadas se extendió esta relación para incluir como adicional el acaecimiento de la invalidez – Incapacidad total y permanente, por un valor asegurado de veinticuatro salarios mensuales con un tope máximo de \$2'400.000.00 de asignación básica sin incluir horas extras, bonificaciones, vacaciones, primas legales y extralegales²⁵. Sumado a que en el numeral 7 se estableció que regirían los términos y condiciones indicados en el clausulado vigente, con código de radicación ante la Superintendencia Financiera de Colombia²⁶.

2.1. Para acatar la carga que le incumbía al promotor, este arrimó al plenario la Resolución 2019-16378414 SUB 66710 de 9 de marzo de 2020 expedida por Colpensiones en la que da cuenta de los servicios prestados

²² PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 10.

²³ PDF 08CaraturaNo706534375; fl. 10.

²⁴ PDF 16Póliza000706539252; fl. 1.

²⁵ PDF 16Póliza000706539252; fl. 2.

²⁶ PDF 16Póliza000706539252; fl. 3.



por el señor Curiel Medina desde el 1º de marzo de 1989 y hasta el 29 de febrero de 2020; el tiempo de servicio correspondiente a un total de 10489 días laborados y 1498 semanas; la edad para aquel entonces, la cual correspondía a 52 años; el concepto emitido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez que estimó su pérdida de la capacidad laboral en 52.81% y cuya estructuración se efectuó el 14 de junio de 2018, mediante dictamen 17953503 – 9869 – 1 de 28 de noviembre de 2019²⁷.

En dicho acto administrativo se precisa que fue allegada la certificación de Coomeva EPS de 23 de diciembre de 2019 que da cuenta que el pago de incapacidades se efectuó hasta el 28 de febrero de 2018 y, en ese orden, debía concederse la prestación a partir del momento en que se inició la condición de invalidez – 14 de junio de 2018-. En ese mismo sendero se especificó que las semanas cotizadas se contabilizarían hasta ese entonces²⁸.

No obstante, se previno que el interesado quedaba sometido a controles médicos a fin de ratificar, modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión conforme al canon 44 de la Ley 100 de 1993²⁹.

En esos términos fue reconocido y ordenado el pago de una pensión de invalidez a favor del señor Curiel Medina³⁰. Aunado a que Colpensiones en respuesta de 19 de enero de 2022 precisó que verificó los aplicativos institucionales y no observó que al querellante se le hubiere suspendido

²⁷ PDF 01PoderDemandaVerbalYAnexos; fls. 15

²⁸ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fls. 15-25.

²⁹ *“Por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada tres (3) años, con el fin de ratificar, modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfruta su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiera lugar. Este nuevo dictamen se sujeta a las reglas de los artículos anteriores.*

El pensionado tendrá un plazo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de dicha solicitud, para someterse a la respectiva revisión del estado de invalidez. Salvo casos de fuerza mayor, si el pensionado no se presenta o impide dicha revisión dentro de dicho plazo, se suspenderá el pago de la pensión. Transcurridos doce (12) meses contados desde la misma fecha sin que el pensionado se presente o permita el examen, la respectiva pensión prescribirá.

Para readquirir el derecho en forma posterior, el afiliado que alegue permanecer inválido deberá someterse a un nuevo dictamen. Los gastos de este nuevo dictamen serán pagados por el afiliado (...).”

³⁰ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fls. 15-25 y PDF 59RTSDrummondLtda13Jun22; fls. 16-26.



la mesada pensional y menos aún que se hallare revocado el acto administrativo que reconoció dicha prestación económica³¹.

Requisito que, en consecuencia, se encuentra satisfecho, así como el de la edad requerida inferior a 70 años.

2.2. Deviene oportuno efectuar una precisión relacionada con el reconocimiento efectuado en ese acto administrativo, pues en su parte considerativa se enunció que la invalidez exigía que la persona *“por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral”*³² y dado que le fue reconocida dicha prerrogativa debe acogerse que no hubo mala fe o intención de causarse esa afectación.

Con mayor razón porque no se encuentra demostrada. La alusión que se hizo relativa a que existía un cartel que la Fiscalía denominó *“Frenocomio”* no resulta suficiente para desvirtuar la buena fe del apelante. Máxime, si el representante legal de la demandada en su interrogatorio adveró no haber tenido conocimiento que en esas investigaciones se hiciera alguna mención al demandante³³.

2.3. De otra parte, obra el concepto de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral ocupacional, elaborado por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez el 28 de noviembre de 2019, en el trámite de la segunda instancia tras ser solicitado por la Administradora del Fondo de Pensiones Colpensiones, en virtud del recurso que fue planteado contra la puntuación definida por la Junta Regional del Atlántico.

Se refirió que el señor Carlos Julio tenía 52 años – edad que fue considerada económicamente activa-, perteneciente al régimen contributivo en calidad de cotizante y adscrito a la EPS Coomeva, su actividad laboral era la de supervisor de cargue de trenes en la empresa

³¹ PDF 58RespuetsaColpensiones.

³² PDF 01PoderDemandaCerbalyAnexos; fls. 15-25.

³³ MP4 31Audiencia29Nov21Parte1ConInterrogatoriosParte; Min. 1'38"33".



Drummond Limited, en Valledupar, con antigüedad de cinco lustros. En la información clínica se indicó que el Juzgado 1º Promiscuo Municipal de Malambo, mediante sentencia de tutela, ordenó realizar una nueva calificación de forma integral, con inclusión de los diagnósticos que padecía el señor Curiel, luego de haber sido valorado por la AFP y la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Atlántico.

En virtud de ello se profirió el dictamen 17953503 – 9869 -1 de 28 de noviembre de 2019 con los diagnósticos de neuropatía por atrapamiento mediano derecho e izquierdo de miembro superior, úlcera péptica, restricción movimiento hombro derecho, neuropatía peroneo derecho e izquierdo motor, neuropatía tibial derecho e izquierdo motor, apnea del sueño leve, síndrome manguito rotador izquierdo sin deficiencia, diabetes mellitus “no IR 1 solo medicamento HB”, hipertensión esencial (primaria), trastorno depresivo de la conducta, hipoacusia neuro sensorial, unilateral audición irrestricta contralateral y trastorno disco cervical radiculopatía C5³⁴. En total, por las deficiencias se calculó el 31.01%.

Para dictaminar la afectación del rol laboral y ocupacional por los padecimientos reseñados, refirió que manipulaba cargas, llevaba dos años aproximadamente incapacitado, así como tres décadas trabajando. En la valoración de marcha independiente fue negativo punta de pies y talones, la movilidad de su columna cervical era completa, que vivía con su esposa y tres hijos, de los cuales dos eran profesionales y uno estaba estudiando. Este ítem fue estimado en 21.80%³⁵.

La Pérdida de la Capacidad Laboral se señaló en 52.81%, con origen común y estructurada el 14 de junio de 2018³⁶.

Al respecto, es oportuno resaltar que dicha determinación no ha sido invalidada, como tampoco tachada de falsa ni debatida ante el juez laboral como lo impone el canon 44 del Decreto 1352 de 2013, menos aún puede

³⁴ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 36.

³⁵ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 36.

³⁶ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fls. 26-39.



restársele efectos por haberse ordenado una nueva calificación por vía de tutela, en vista de no haberse considerado todas las patologías que aquejaban al trabajador.

Destáquese que el representante legal de la aseguradora cuando fue interrogado sostuvo que no interpuso demanda ante la jurisdicción laboral para controvertir el dictamen de pérdida de capacidad laboral³⁷. A lo que se añade que el estudio médico presentado para rebatir el valor probatorio de dicha experticia no es idóneo para ser invalidado ante el juez civil, con mayor razón si no valoró directamente al afectado, a diferencia de la práctica que adelantaron los calificadores con tal fin.

Por tanto, el dictamen se encuentra en firme y la propia aseguradora en su clausulado contempló que esa disminución de sus condiciones laborales podía ser refrendada a través de la cuantificación que estimara la EPS, la AFP o las calificadoras regionales o nacional en ese sentido.

De modo que se satisface el porcentaje exigido para proceder a la prenotada indemnización.

2.4. En lo atinente a la incapacidad de 120 días posteriores a la fecha de estructuración, esto es al 14 de junio de 2018, se observan varios formularios tendientes a solicitar el reconocimiento de incapacidades de origen común, licencias de maternidad y paternidad de Drummond Limited para los periodos de 27 de junio a 26 de julio³⁸; 27 de julio a 25 agosto³⁹, 25 de septiembre a 24 octubre⁴⁰, de 25 de octubre a 8 de noviembre⁴¹, 9 noviembre a 23 de noviembre⁴², de 24 de noviembre a 23 de diciembre de 2018⁴³ y 24 de diciembre de ese mismo año a 7 de enero de 2019⁴⁴, y para la anualidad postrera se pidió fueran acogidas las

³⁷ MP4 31Audiencia29Nov21Parte1ConInterrogatoriosParte; Min. 1'39"47".

³⁸ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 288.

³⁹ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 293.

⁴⁰ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 300.

⁴¹ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 293.

⁴² PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 325.

⁴³ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 333.

⁴⁴ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 337 HP.



causadas de 5 a 19 de septiembre⁴⁵, 20 de septiembre a 4 de octubre de 2019⁴⁶.

Asimismo, que dicha compañía para aquellas concedidas en los lapsos de 27 de mayo a 25 de junio⁴⁷, 27 de julio a 25 de agosto⁴⁸, 25 octubre a 8 noviembre⁴⁹, 9 a 23 de noviembre, 24 de noviembre a 23 de diciembre de 2018⁵⁰, informó que no fue reconocido el subsidio por no cumplirse con los requisitos establecidos por la EPS sobre la transcripción y reconocimiento del pago de la prestación económica por incapacidad o que el médico no pertenecía a la red, postulado que fue avalado por la misma empleadora en el oficio de 13 de junio de 2022⁵¹, carga aquella que, por demás, no podía ser trasladada al trabajador, tal como lo prevé el artículo 121 del Decreto 019 de 2012.

A la par, que, en misiva de 19 de junio de 2018, Coomeva EPS le indica que toda incapacidad expedida por médico u odontólogo no autorizado por la EPS debe ser aprobada en los términos y condiciones que señala para el efecto, para acoger tanto su validez como el reconocimiento económico⁵².

No obstante, no puede desconocerse que con posterioridad a la estructuración de la invalidez el señor Curiel, sí estuvo incapacitado por el término requerido, incluso cuando se hizo su valoración por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez se especificó que llevaba dos años incapacitado.

También aparecen todos los soportes médicos de valoración del señor Curiel, la historia clínica, exámenes practicados, epicrisis, los medicamentos que le fueron prescritos y el plan de manejo externo,

⁴⁵ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 353.

⁴⁶ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 356 y 365.

⁴⁷ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 375.

⁴⁸ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 304.

⁴⁹ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 308.

⁵⁰ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 317, 331-332

⁵¹ PDF 60RtaDrummondLtda13Jun22; fl. 3.

⁵² PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 376-.377.



inclusive respecto de las patologías del sistema osteomuscular, de las cuales el mandatario de la aseguradora demandada en sus alegaciones afirmó que carecían de trazabilidad, bastando con verificar las sendas consultas y diagnósticos relacionados con las mismas expedidos por especialistas en ortopedia y traumatología, así como en medicina física y rehabilitación, para arribar a tal conclusión.

En gracia de discusión, no puede perderse de vista que, tal como lo decantó la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008;

"En el Sistema de Salud, la persona competente para decidir cuándo alguien requiere un servicio de salud es el médico tratante, por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce al paciente.⁵³ La jurisprudencia constitucional ha considerado que el criterio del médico relevante es el de aquel que se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio; por lo que, en principio, el amparo suele ser negado cuando se invoca la tutela sin contar con tal concepto.⁵⁴

No obstante, el concepto de un médico que trata a una persona, puede llegar a obligar a una entidad de salud a la cual no se encuentre adscrito, si la entidad tiene noticia de dicha opinión médica, y no la descartó con base en información científica, teniendo la historia clínica particular de la persona, bien sea porque se valoró inadecuadamente a la persona o porque ni siquiera ha sido sometido a consideración de los especialistas que sí están adscritos a la entidad de salud en cuestión. En tales casos, el concepto médico externo vincula a la EPS, obligándola a confirmarlo, descartarlo o modificarlo, con base en consideraciones de carácter técnico, adoptadas en el contexto del caso concreto.⁵⁵

⁵³ Este criterio ha sido ampliamente acogido y desarrollado por la jurisprudencia constitucional. Puede consultarse al respecto, entre otras, las sentencias T-271 de 1995 (MP Alejandro Martínez Caballero), SU-480 de 1997 (MP Alejandro Martínez Caballero) y SU-819 de 1999 (MP Álvaro Tafur Galvis), T-414 de 2001 (MP Clara Inés Vargas Hernández), T-786 de 2001 (MP Alfredo Beltrán Sierra) y T-344 de 2002 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

⁵⁴ En varias ocasiones la Corte Constitucional ha negado el amparo de tutela solicitado por un accionante, por el hecho de solicitar un servicio de salud que fue ordenado por un médico que no está adscrito a la EPS a la que la persona se encuentra afiliada. Ver al respecto, entre otras, las sentencias T-378 de 2000 (MP Alejandro Martínez Caballero), T-741 de 2001 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra) y T-476 de 2004 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

⁵⁵ En la sentencia T-500 de 2007 (MP Manuel José Cepeda Espinosa), por ejemplo, la Corte consideró que el concepto emitido por un médico contratado por la accionante, según el cual era necesario practicar un examen diagnóstico (biopsia) para determinar la causa del malestar que sufría la persona (un brote crónico que padece en la frente que le generaba "una picazón desesperante"), obligaba a la EPS, que había considerado la patología en cuestión como de 'carácter estético' sin que hubiera ofrecido argumentos técnicos que fundamentaran dicha consideración, a evaluar la situación de la paciente adecuadamente, "(i) asignando un médico que tenga conocimiento especializado en este tipo de patologías y (ii) realizando los exámenes diagnósticos que éste eventualmente llegare a considerar necesarios".



En adición a lo anterior, en el plenario obra una historia clínica ocupacional de reincorporación expedida por Drummond Ltd. de 7 de noviembre de 2019, bajo la referencia: "APTO CON RECOMENDACIONES OCUPACIONALES ESPECIFICAS", en la que se resalta que debe practicar ejercicios dinámicos cuatro veces por semana – mínimo 30 minutos-, evitar el consumo de tabaco, conservar siempre adecuada higiene y dinámica postural, dieta baja en sal, grasas y carbohidratos, tomar suficientes líquidos, uso permanente de EPP, aunado a mantener un peso corporal óptimo. De la misma manera, se adujo como diagnósticos: diabetes mellitus II, hipertensión esencial (primaria) y bursitis de hombro derecho⁵⁶.

Sumado a lo dicho, ese mismo día fue remitido por el médico especialista de salud ocupacional de Drummond Ltd., con destino al departamento de Load Out y copiada al personal de Recursos Humanos, misiva en los siguientes términos:

"Con la presente les comunico que el trabajador Carlos Julio Curiel Medina (...) vinculado a la empresa desde enero 19 de 2004 como técnico mecánico del área de mantenimiento de load out durante 11 años, luego fue promovido a supervisor de la misma área. Por razones de alteraciones de su estado de salud se mantuvo en incapacidad médica fraccionada del mes de enero de 2018 hasta el día de ayer.

Hoy regresa para incorporarse después de incapacidad médica prolongada de más de 600 días de incapacidad, la cual se hace con las siguientes modificaciones que tendrán carácter de permanentes.

- 1. Reincorporar a su tarea habitual como supervisor de su respectiva área en horario extendido y en rotación 7 x 3, 7 x 4 exclusivamente de día.*

De antemano gracias por su atención y apoyo"⁵⁷ (Se resalta).

Según lo allí plasmado, el actor estuvo incapacitado desde enero de 2018 y hasta el 6 de noviembre de 2019, de modo que, si la estructuración se erigió el 14 de junio de 2018, era claro que estuvo imposibilitado para trabajar más allá del plazo exigido, aun cuando no devengase el beneficio económico de estas prestaciones. Es más, por no haberse reconocido

⁵⁶ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fls. 266-277.

⁵⁷ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 344 y PDF 17SolicitudDocumentosAsegurado11Junio20; fl. 136



ningún emolumento económico en la Resolución 2019-16378414 SUB 66710 de 9 de marzo de 2020 expedida por Colpensiones se ordenó el pago de las prestaciones pensionales a partir de la fecha de estructuración, esto es, desde el 14 de junio de 2018⁵⁸.

Adviértase, por demás, que el 17 de octubre de 2019, la EPS Coomeva extendió una carta a Recursos Humanos de Salud Ocupacional de Drummond con el fin de verificar el reintegro laboral del señor Carlos Julio, en la que hizo varias recomendaciones que debía satisfacer el empleador, a través del médico ocupacional del Sistema de Gestión de Seguridad Social y Salud en el Trabajo. Dentro de ellas, la verificación de otras evaluaciones médicas ocupacionales luego de la incapacidad y por reintegro a fin de determinar las condiciones de salud que pudieran verse agravadas o interferir en la labor, así como la incidencia frente a terceros, en razón de las situaciones particulares⁵⁹.

De modo que sí existe respaldo de la Empresa Promotora de Salud para señalar la viabilidad del reintegro hasta noviembre de 2019, tiempo superior a los 120 días posteriores al 14 de junio de 2018.

Agréguese a lo dicho que, milita el concepto de rehabilitación favorable de 20 de abril de 2018 que emitió la EPS Coomeva, por medio del cual informa a Colpensiones que para ese entonces el usuario contaba con 108 días de incapacidad continua y por ese motivo lo remitía para que le reconociera el subsidio económico por incapacidad temporal a partir del día 181. Además, se previno que el tratamiento del usuario no estaba terminado, su padecimiento correspondía a un trastorno depresivo recurrente no especificado, de origen general⁶⁰; por lo que, manifestó adjuntar el histórico de incapacidad y el comunicado de remisión al paciente⁶¹.

⁵⁸ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fls. 15-25.

⁵⁹ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 281-282.

⁶⁰ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 279 y 280.

⁶¹ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 278.



En ese orden de ideas y dada la libertad probatoria que existe al respecto, este Tribunal estima que deben avalarse las incapacidades concedidas al accionante puesto que denotan que estuvo impedido para laborar por las patologías que lo aquejaban en ese interregno, más aún cuando en parte alguna de la póliza de la cual deviene la obligación de la demandada de cubrir el riesgo asegurado, se vislumbre la condición de que aquellas debían ser expedidas o transcritas por la EPS a la cual se encontrare afiliado, amén que, en la sentencia T-508 de 2019 la Corte Constitucional se ocupó de determinar los parámetros optativos que establecen la vinculatoriedad de las órdenes proferidas por un profesional de la salud que no hiciere parte de dicha entidad, dentro de los cuales están, entre otros, *“(i) La EPS conoce la historia clínica particular de la persona y al conocer la opinión proferida por el médico que no está adscrito a su red de servicios, no la descarta con base en información científica; y, “iv) La EPS ha valorado y aceptado los conceptos rendidos por los médicos que no están identificados como ‘tratantes’, incluso en entidades de salud prepagadas, regidas por contratos privados”.*

2.5. En relación con la vigencia de la póliza, se sabe que *ab initio* la cobertura rigió del 1º de octubre de 2016 hasta ese mismo día del año 2017; seguidamente, se emitió un amparo que cobijaba del 1º de octubre de esa anualidad hasta el 30 de septiembre de 2018 y, finalmente, de acuerdo con lo confesado por el representante legal de la accionada, quien explicó que sí estaba pactada la renovación desde ese instante⁶².

Adicionalmente, obra una certificación de Zúrich en la que da cuenta de los pormenores del contrato de seguro amparado con la póliza 706539252 con vigencia del 1º de octubre 2017 a 1º de octubre 2018⁶³, es decir cuando tuvo lugar la estructuración. Memórese que se pactó:

“(…) En todos los casos se ampara la incapacidad total y permanente cuando esta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo”.

⁶² MP4 31Audiencia29Nov21Parte1ConInterrogatoriosParte; Min. 1'40"39" y 1'40"00".

⁶³ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 410-413 Ah.



De forma que, si el riesgo asegurado aconteció el 14 de junio de 2018, no cabe duda que acaeció en vigencia de este amparo adicional, aun cuando la pensión de invalidez hubiere sido reconocida mediante acto administrativo de marzo de 2020 y la desvinculación en mayo siguiente por esa causa.

Párese mientes en que el 8 de mayo de 2020, el señor Curiel le solicitó a su empleadora, por escrito, que lo desvinculara porque ya se encontraba activo en el fondo de pensiones⁶⁴ y fue con ocasión de esa petición que Drummond Limited Colombia describió que el señor Curiel Medina laboró para esa compañía con contrato a término indefinido desde el 19 de enero de 2004 y hasta el 30 de mayo de 2020, en la posición de supervisor de Load Out, con un salario integral de \$11'412.000 y que la terminación del contrato se produjo por habersele reconocido pensión de invalidez⁶⁵.

Lo mismo que, el 14 de mayo de 2020, se anunció que la culminación del vínculo laboral derivó del reconocimiento de pensión de invalidez, le indica que:

Ref.: Terminación de Contrato por Reconocimiento de Pensión de Invalidez

Apreciado señor Curiel.

Por medio de la presente se le comunica la decisión que ha tomado la Empresa de dar por terminado su contrato de trabajo con justa causa, con base en la causal que adelante se indica y una vez se cumpla el preaviso que por medio de esta carta se le da.

En efecto, el Fondo de Pensiones Colpensiones, por medio de la resolución No SUB 66710 del 9 de marzo de 2020, nos informa que le ha reconocido una PENSIÓN POR INVALIDEZ, la cual le fue asignada con anterioridad, por lo que se verificó que usted actualmente se encuentra en nómina de pensionados y recibiendo la correspondiente mesada pensional, tal como usted igualmente nos informó.

En consecuencia, y en concordancia con el Numeral 14 del Artículo 7 Literal a) del Decreto 2351 de 1965 que consagra como justa causa de terminación del contrato, el reconocimiento de la pensión por Invalidez estando al servicio de la Empresa, se procede a terminar el contrato de trabajo, decisión que se hará efectiva a partir del día 30 de mayo de 2020.

Para reclamar el valor final de sus prestaciones sociales y demás derechos a que haya lugar, usted será contactado por Recursos Humanos para que se acerque a

⁶⁴ PDF 59RTSDrummondLtda13Jun22; fls. 12 y 13.

⁶⁵ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 396.



las oficinas de Valledupar, ubicada en la Calle 12 No. 8-42, Of. 303 y 304, o verificar la forma en se otorgará esta (sic).

Si Usted lo desea podrá acercarse a la Unidad de Salud para efectos de realizarse los exámenes médicos de egreso dentro de los cinco días siguientes a la fecha de terminación del contrato.

*Atentamente,*⁶⁶.

Añádase que también fue aportada la ficha médica ocupacional de ingreso de 6 de noviembre de 2003⁶⁷.

En respaldo de lo anterior, es importante acotar que hasta aquel entonces podía elevarse la reclamación, pues uno de los requisitos era haber obtenido la pensión por invalidez y hallarse desvinculado por justa causa en virtud de ella.

Por consiguiente, era en esa época y no antes, que debía darse aviso a la aseguradora del siniestro acaecido, como en efecto sucedió el día 15 de mayo de 2020, puesto que el demandante elevó a Zúrich Colombia Seguros S.A. la mencionada petición aparejada de las copias de: la cédula de ciudadanía, la resolución expedida por Colpensiones, el dictamen de pérdida de la capacidad laboral emitido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la historia clínica y certificación bancaria, de acuerdo con lo allí descrito⁶⁸.

Aun así, en respuesta Zúrich le exigió que allegara la certificación de terminación del contrato por estar recibiendo pensión de invalidez, la historia ocupacional completa de Drummond, desde el ingreso hasta el retiro, el certificado de incapacidades de EPS Coomeva y el concepto de mejoría médica máxima de otorrinolaringología, con tres audiometrías seriadas con descanso auditivo de doce horas⁶⁹.

Sin embargo, en la objeción propuesta anunció la improcedencia del pago debido a que no se cumplían los presupuestos para activar la cobertura

⁶⁶ 17SolicitudDocumentosAsegurado11Junio20; fl. 3.

⁶⁷ 17SolicitudDocumentosAsegurado11Junio20; fl. 4 a 134.

⁶⁸ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 397-399.

⁶⁹ PDF 01PoderDemandaCerbalYAnexos; fl. 400, 401-404.



por no contar con el porcentaje de invalidez exigido y las incapacidades otorgadas no superar un período continuo de 120 días calendario desde su estructuración⁷⁰. Reparos que, como se esclareció, no hallan sustento alguno.

De modo que se despacharán desfavorablemente las defensas de *“Ausencia de requisitos que determinan la exigibilidad del amparo de ITP: Las circunstancias que informan el reclamo elevado por el accionante no cumplen las exigencias previstas en la Póliza y La configuración del amparo de Incapacidad Total y Permanente contemplado en la Póliza Vida Grupo 000706539252 NO se encuentra supeditada al cumplimiento de los requisitos previstos en el régimen normativo de la seguridad social.”*

En consonancia con lo antes explicado, tampoco puede aducirse con éxito que operó la prescripción si se considera que la presente acción se promovió el 19 de noviembre de 2020 y la época en que se tuvo conocimiento de haber accedido al reconocimiento pensional por la causa señalada se comunicó entre marzo y mayo de esa calenda. En ese orden de ideas no se cumplieron los dos años previstos para la extinción por la vía ordinaria y menos aún por la extraordinaria en materia de seguros.

Por esa potísima razón, no se encuentra probada la excepción de *“Prescripción de las acciones y derechos emanados del Contrato de Seguro y de las normas que lo rigen.”*

2.6. De otra parte, obra en el plenario una carta de Drummond Limited Colombia en donde describe que el señor Curiel Medina laboró y percibió un salario integral de \$11'412.000⁷¹, al igual que otra certificación del funcionario de recursos humanos de esa compañía en la que refiere que trabajó desde el 19 de enero de 2004 hasta el 30 de mayo de 2020, en la posición de Supervisor de Load Out con el salario integral previamente

⁷⁰ PDF 01PoderDemandaCerbalyAnexos; fl. 406-407.

⁷¹ PDF 01PoderDemandaCerbalyAnexos; fl. 396 y PDF 59RtaDrummondLtda13Jun22; fl. 40.



citado⁷² y las planillas de pago a Simple que refieren un IBC de \$7'988.400.00⁷³.

Y es que resulta oportuno recordar que el amparo cubría veinticuatro salarios por un monto máximo de \$2'400.000.00, lo que quiere decir que esa será la prestación a reconocer, esto es la suma de \$57'600.000.00.

Así las cosas, se advierte fundado el medio exceptivo intitulado como *"El eventual compromiso indemnizatorio a cargo de ZURICH se encuentra limitado a la suma asegurada prevista en la Póliza Vida Grupo 000706539252."*

2.7. En lo atañedor a la causación de intereses moratorios, se sabe que el canon 1080 del Código de Comercio prevé que *"El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun 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."*

A tono con el precepto citado, la Corte Suprema de Justicia puntualizó lo siguiente:

"A partir de ese canon, la Corte ha establecido que «los intereses moratorios» se pagarán desde: (i) El mes siguiente a la fecha en que el tomador o beneficiario pruebe el «siniestro» y la cuantía, aun extrajudicialmente, (Art. 1077 C.Co), (ii) La «ejecutoria de la sentencia» que ordena el pago, cuando la aseguradora objeta la reclamación y únicamente durante el trámite del proceso se acredita «el siniestro» y se determina su monto (SC5217-2019) y (iii) La notificación del auto admisorio de la demanda al demandado, si se demostró «el siniestro» con «la reclamación», pero el valor de la pérdida se logra «probar» "al interior del proceso judicial" (SC5681-2018).

Esas sentencias son aplicables para dos hipótesis distintas; fíjese que, en la primera, la existencia del «siniestro» y su «monto» solo pudieron demostrarse

⁷² PDF 59RtaDrummondLtda13Jun22; fl. 40.

⁷³ PDF 59RtaDrummondLtda13Jun22; fl. 49-51.



en el transcurso del proceso; en la segunda, el daño estaba acreditado, pero «la cuantía» se probó con la demanda.⁷⁴

Conforme al marco expuesto, no cabe duda de que al señor Curiel le asistía el derecho a percibir la indemnización reclamada por haber acreditado las circunstancias que le permitían acceder a ella al momento de la reclamación; empero, no puede pasarse desapercibido que su cuantía fue demostrada en el decurso del proceso, por cuanto fue con la certificación allegada por Drummond Ltd. que pudo establecerse el ingreso base salarial.

Además, por ser superior a \$2'400.000.00 y no poder exceder el amparo extendido el monto máximo a reconocer, esa cifra va a multiplicarse 24 veces, cuyo resultado corresponde a \$57'600.000.00, como ya quedó decantado.

En tal virtud, la generación de réditos sancionatorios deviene pacífica por no concurrir duda en su liquidación desde la intimación de la demandada, la cual se surtió por conducta concluyente el 1º de junio de 2021⁷⁵, en consideración a que se demostró el siniestro con la reclamación; empero, no el monto de la pérdida, el que fue acreditado al interior del proceso judicial con las planillas de Simple que fueron anejadas.

En ese orden de ideas, no resulta próspera la defensa rotulada "*Improcedencia de la causación de intereses moratorios*".

2.8. Finalmente, el medio exceptivo enarbolado como "*nulidad relativa del contrato de seguro y compensación no fue sustentada*", motivo por el cual para la Sala resulta improcedente estudiarla sin contar con los derroteros de la misma.

⁷⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia de 15 de octubre de 2020, rad. 11001-22-03-000-2020-01122-01.

⁷⁵ PDF 22AutoTieneNotificadoOrdenaCorrerTraslado.



3. Corolario de lo expuesto se revocará la decisión protestada, con la consiguiente condena en una proporción del 90% a cargo de la entidad aseguradora por salir airosa una de sus defensas.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, **en nombre la República de Colombia y por Autoridad de la Ley, el Tribunal Superior de Bogotá, Sala Quinta Civil de Decisión,**

RESUELVE

PRIMERO: REVOCAR la sentencia de 5 de diciembre de 2023, proferida por el Juzgado 39 Civil del Circuito de esta ciudad, para en su lugar:

"PRIMERO: DECLARAR civil y contractualmente responsable a Zurich Colombia Seguros S.A. por incumplir el contrato de seguro extendido mediante Póliza Vida Grupo 00706539252.

SEGUNDO: NEGAR las excepciones de mérito denominadas: "La configuración del amparo de Incapacidad Total y Permanente contemplado en la Póliza Vida Grupo 000706539252 NO se encuentra supeditada al cumplimiento de los requisitos previstos en el régimen normativo de la seguridad social; ii) Ausencia de requisitos que determinan la exigibilidad del amparo de ITP: Las circunstancias que informan el reclamo elevado por el accionante no cumplen las exigencias previstas en la Póliza; iii) Prescripción de las acciones y derechos emanados del Contrato de Seguro y de las normas que lo rigen; iv) Nulidad relativa del Contrato de Seguro y compensación e, v) Improcedencia de la causación de intereses moratorios."

TERCERO: ACOGER la defensa intitulada "El eventual compromiso indemnizatorio a cargo de ZURICH se encuentra limitado a la suma asegurada prevista en la Póliza Vida Grupo 000706539252."

CUARTO: CONDENAR a la demandada a pagarle al señor Carlos Julio Curiel Medina la suma de \$57'600.000.00 por concepto de la prestación asegurada, junto con los intereses moratorios causados sobre dicho monto, desde el 1º de junio de 2021 y hasta la fecha de su pago, los cuales serán liquidados a la tasa máxima legal permitida.

Dichos valores deberán satisfacerse dentro de los cinco (5) días siguientes a la ejecutoria de la presente decisión.2

SEGUNDO: IMPONER las costas procesales a cargo de la demandada en ambas instancias, en una proporción del 90%. Liquidense.



La Magistrada Sustanciadora fija como agencias en derecho para esta Sede la suma de \$1'400.000.00, cuyo pago deberá efectuarse en favor de la parte demandante.

TERCERO: DEVOLVER el expediente al estrado judicial de origen.

NOTIFÍQUESE

SANDRA CECILIA RODRÍGUEZ ESLAVA

Magistrada

CLARA INÉS MÁRQUEZ BULLA

Magistrada

ANGELA MARIA PELAEZ ARENAS

Magistrada

Firmado Por:

Sandra Cecilia Rodriguez Eslava
Magistrada
Sala Civil
Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Clara Ines Marquez Bulla
Magistrada
Sala 003 Civil
Tribunal Superior De Bogotá D.C.,

Angela Maria Pelaez Arenas
Magistrada
Sala 009 Civil
Tribunal Superior De Bogotá D.C.,

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

Código de verificación: **1dc11091ebad6336c8c31c829178c51f43a69b63d3829f8c9ead60b84782af1e**

Documento generado en 08/07/2024 02:31:03 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>