



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Laboral

GERARDO BOTERO ZULUAGA

Magistrado ponente

STL4077-2022

Radicación n. 97037

Acta 11

Bogotá, D. C., treinta (30) de marzo de dos mil veintidós (2022).

Se resuelve la impugnación interpuesta por **NATALIA ANDREA** y **JUAN PABLO CARRANZA GARCÍA** contra la sentencia del 23 de febrero de 2022, proferida por la **SALA DE CASACIÓN CIVIL DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA** dentro de la acción de tutela que promovieron los recurrentes contra la **SALA CIVIL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ**, trámite al que fueron vinculadas las partes y los intervinientes del proceso cuestionado en el libelo.

I. ANTECEDENTES

Los accionantes, a través de apoderado judicial, reclamaron la protección constitucional de los derechos fundamentales al debido proceso, a la igualdad, acceso a la administración de justicia y defensa, presuntamente

transgredidos por el Tribunal accionado, quien con la decisión cuestionada en el marco del proceso de responsabilidad civil contractual que promovieron frente a Seguros Bolívar S.A., con rad. 2018-00519, cometió errores insalvables lo que condujo al desconocimiento arbitrario de sus pretensiones

En consecuencia, solicitaron que se les amparen sus garantías fundamentales, y se «revoque» la decisión de 12 de agosto de 2021, y que, como consecuencia de ello, «se confirmé en todas sus partes la sentencia proferida» el 2 de junio del mismo año, de primera instancia, que sí les fue favorable a sus intereses.

Como respaldo de la queja, y, acorde con las pruebas que obran en el expediente, se logra extraer que, del certificado de la póliza No. 5167001430001, Héctor Julio Carranza Torres (q.e.p.d.) fue incluido dentro de la póliza de grupo denominada “Davida integral”, donde obró como tomador el Banco Davivienda S.A. y como asegurado la precitada persona natural, con un monto asegurado de \$75'000.000.00, donde se incluyeron como beneficiarios a los aquí accionantes como hijos del asegurado, con una participación del 50 % para cada uno, en tanto que, dentro de los amparos se incluyó, la vida, muerte accidental, beneficios por desmembración, incapacidad total y permanente.

Indicaron, que el asegurado falleció el día 7 de noviembre de 2016, a causa de un infarto del miocardio,

como se establece de la lectura de su historia clínica; que al efectuarse la declaración de asegurabilidad, el tomador, expresamente indicó, que no padecía de enfermedades congénitas, del corazón y/o arterias, VIH- Sida , tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B, enfermedad crónica del hígado y/o riñón, neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, varices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedad del páncreas o trasplantes.

Precisaron, que pese a lo anterior, la aseguradora, el 10 de febrero de 2017, objetó la reclamación, porque el causante incurrió en reticencia e inexactitud al momento de diligenciar el certificado de asegurabilidad, ya que, no declaró sinceramente su estado de salud, dado que de las historias clínicas se desprende que, antes de configurarse la relación aseguraticia tenía antecedentes de hipertensión arterial, reflujo gastroesofágico, enfermedad ácido péptica, esófago de Barret y apnea del sueño severa, para lo cual había recibido tratamiento médico, lo que a todas luces vició su consentimiento.

El Juzgado Treinta y Cinco Civil del Circuito de Bogotá, mediante sentencia, el 2 de junio de 2021, accedió a las pretensiones de la demanda, esto es, la declaratoria de responsabilidad de la aseguradora en el valor indemnizatorio asegurado, pero por apelación de la demandada, dicha decisión fue revocada por la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá, a través de fallo del 12 de agosto de esa anualidad.

Para los accionantes, si bien es cierto el deceso de su padre lo causó «*un Infarto del Miocardio, como consecuencia de un shock hipovolémico*», patologías ajenas a la «*hipertensión*» y el «*esófago Barret*» que padecía, y que «*eran adecuadamente controladas*»; la verdad, es que fue Davivienda S.A., quien, por una parte, ofreció la póliza de seguro de vida «*como consecuencia de la relación comercial*», y por la otra, «*diligenci[ó] la información (...), sin participación de la compañía de seguros, (...) omiti[endo] el deber de informar al señor Carranza Torres sobre las especialísimas condiciones del contrato*».

Finalmente agregan, que la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá, revocó en su integridad lo decidido por el Juzgado Treinta y Cinco Civil del Circuito de la misma ciudad, para en su lugar, declarar probado el medio de defensa denominado «*nulidad relativa del contrato (...) por reticencia e inexactitud*», omitiendo así, que la demandada no probó «*la mala fe*» del asegurado, ni la «*conexidad entre las preexistencias informadas en las historias clínicas (...) con el siniestro*», razones que estiman suficientes, para que se conceda el amparo.

II. TRÁMITE Y DECISIÓN DE INSTANCIA

La tutela se presentó el 10 de febrero de 2022, y mediante auto del día siguiente se dispuso la admisión contra la Sala accionada, y la vinculación de las demás partes del proceso.

El Juzgado Treinta y Cinco Civil del Circuito de Bogotá, luego de reseñar las actuaciones judiciales surtidas en el

proceso, en el cual los accionantes fungieron como demandantes, y a quienes la sentencia de segunda instancia les fue adversa, indicó que se atenía a lo que el juez de tutela definiera en el asunto.

Mediante fallo del 23 de febrero de 2022, la primera instancia constitucional negó el amparo con fundamento en la tesis de razonabilidad de la decisión cuestionada por los promotores del amparo, y en la exclusión de la tutela como una instancia adicional para objetar las conclusiones fácticas y jurídicas de las decisiones judiciales.

III. IMPUGNACIÓN

Inconformes con la anterior disposición, los accionantes la impugnaron, insistiendo en los argumentos plasmados en el libelo inicial, pero precisaron que se desconoció lo siguiente:

«(...) precedente de orden constitucional actuales, porque como se sostuvo en cada oportunidad, la aseguradora demandada no probó la relación de causalidad entre las preexistencias alegadas y la causa del fallecimiento. En este orden de ideas no debió prosperar la nulidad relativa del contrato de seguro deprecada por la aseguradora demandada, constituyendo la decisión de segunda instancia una vía de hecho.

(...)

5.- Conforme a la línea jurisprudencial de la Honorable Corte Constitucional para que en sede judicial se convalide el uso de la figura de la reticencia para negar la cobertura de un seguro de vida, el juez debe verificar que la aseguradora demandada haya, i) demostrado que el señor HECTOR JULIO CARRANZA actuó de manera dolosa con el propósito de engañar y sacar provecho de su omisión, ii) que desplego todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada en la

declaración de asegurabilidad y el estado real de salud del asegurado, pues las aseguradoras no pueden alegar la reticencia si conocían o podían conocer los hechos que dan lugar a ella, es decir si se abstuvieron de verificar la información declarada, y iii) igualmente demostrar una efectiva relación causal entre la preexistencia alegada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado.

Ni el fallo de segunda instancia ni la decisión que aquí se impugna se ocuparon del nexo causal entre la inexactitud alegada y el siniestro ocurrido. Supuesto que la Honorable Corte Suprema de Justicia ha considerado como requisito inobjetable para corroborar la nulidad relativa del contrato de seguros (STC5953-2021, 26 de mayo, rad.2021-00092-01), configurándose de esta manera una inadecuada o insuficiente motivación (CSJ STC, 4 de diciembre de 2009, radicado 2009-02174-00; CSJ STC, 10 de octubre de 2013, radicado 2013-01931-00)

6.- Como se ha sostenido de manera insistente, la aseguradora demandada no probó la necesaria relación de causalidad que exige el precedente constitucional de la Honorable Corte Constitucional y la línea jurisprudencial de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, por el contrario, obra en el expediente prueba suficiente, no desvirtuada por la demandada, que informa de manera clara y precisa sobre la causa del fallecimiento del señor Héctor Julio Carranza, en todo caso no relacionada con los antecedentes médicos alegados por la aseguradora demandada en la objeción formulada con ocasión de la reclamación formulada. (...)»

Acorde con lo anterior, solicitaron que se revoque el fallo impugnado y, en su lugar, se conceda el amparo.

IV. CONSIDERACIONES

La vía preferente de la tutela, establecida en el artículo 86 de la Constitución Política, permite a todo ciudadano acudir a la Rama Judicial en busca de una orden que impida un acto amenazante o lo suspenda, siempre que se trate de proteger ciertos y determinados derechos, definidos como fundamentales.

En este sentido se ha decantado jurisprudencialmente, que la acción de tutela es procedente contra providencias o sentencias judiciales, sólo si con las actuaciones u omisiones de los jueces, resultan violados en forma evidente, derechos constitucionales fundamentales; además que está limitada, primero a aquellas situaciones en las cuales el afectado no dispone de otro medio de defensa judicial, en cuyo caso se convierte en mecanismo principal y, en segundo lugar, cuando aun existiendo aquel, se utiliza como mecanismo transitorio con el fin de evitar un perjuicio irremediable.

En el asunto objeto de estudio, como quedó reseñado en los antecedentes de la decisión, se extrae que los impugnantes pretenden la revocatoria de la decisión de la primera instancia constitucional, que negó el amparo solicitado, para que, en su lugar, se protejan las garantías fundamentales alegadas en el libelo inicial y, como consecuencia, se deje sin efecto la providencia emitida por la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá, proferida el 12 de agosto de 2021, que revocó el proveído emitido por el Juzgado Treinta y Cinco Civil del Circuito de esta misma ciudad, que en principio había accedido a las pretensiones de la demanda, esto es, el reconocimiento de la indemnización o valor asegurado por su difunto padre, en la póliza que tomó con la demandada, a efectos de cubrir una relación comercial con el Banco Davivienda S.A.

Para los promotores del amparo, en síntesis, el Tribunal accionado desconoció la jurisprudencia constitucional

relacionada con la figura de la reticencia o inexactitud en el contrato de seguro y la aplicación del principio de buena fe, según los cuales, las aseguradoras sólo podrán eximirse de la responsabilidad de realizar el pago de la indemnización, cuando se encuentre debidamente probada la mala fe del tomador, que en este caso, era evidente que no fue acreditada, pues su difunto padre adquirió el seguro con plena conciencia de su estado de salud y confianza en el intermediario que diligenció los documentos, máxime que se trataba nada más y nada menos que del Banco Davivienda S.A., por cuenta de la relación comercial que había adquirido con ellos.

En primer lugar, cabe resaltar que en el asunto se cumplen los supuestos de inmediatez y subsidiariedad de la acción de tutela, pues con respecto a lo primero, el amparo se interpuso dentro del término que la jurisprudencia de esta Sala ha aceptado normalmente (seis meses) y sobre lo segundo, acorde con el art. 338 del CGP, es evidente que los accionantes no alcanzaban la cuantía del interés para recurrir en casación que la norma procesal exige, ya que, sus pretensiones no se acercaban siquiera a los 1.000 smmlv.

Aclarado lo anterior, y para responder al cuestionamiento de fondo, conviene traer los apartes de la decisión objetada, en que se refirió a dicho punto:

(...)

Mediando la situación que viene de describirse, ha de advertirse que si bien es cierto el formato de asegurabilidad no contenía preguntas que pudieran ser marcadas con sí o no, también es verdad que al final del dicho documento textualmente indica que: “-No firme sin antes leer este documento. -Si usted falta a la verdad

al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. –No firme sin antes recibir el clausulado. Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento exactamente a su situación o estado de salud y solicite mayor información.”, no obstante, hizo caso omiso y firmó el certificado en señal de aceptación de las condiciones allí plasmadas y a las que se ha hecho referencia a lo largo de esta determinación.

De lo todo lo anterior surge con diamantina claridad que para la época en la que se realizó el diligenciamiento del certificado de asegurabilidad -14 de noviembre de 2015- el de-cujus ya le aquejaban graves afecciones de salud, las cuales valga la pena reiterarlo, no fueron debidamente informadas en esa oportunidad.

En este contexto, conveniente resulta advertir que conforme lo dispone el canon 1058 del Código de Comercio, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurado. La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidas por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato de seguro.

De la misma forma, el canon 1158 de esa misma codificación preceptúa que: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”

Ahora bien, frente a este tópico la Sala de Casación Civil de Corte Suprema de Justicia, ha expresado que:

(...)

6. Si de la declaración de asegurabilidad suscrita por el tomador, en sí misma considerada, no se infería ningún motivo de sospecha de que la información en ella contenida no concordaba con la realidad, planteamiento que no fue confutado por el recurrente, mal podía, de un lado, imputarse negligencia a la aseguradora demandada por no haber constatado los datos allí suministrados; y, de otro, descartarse la nulidad relativa del contrato de seguro, por aplicación del mandato contenido en el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio.

Desde esta perspectiva, surge incuestionable que en verdad Héctor Julio Carranza Torres (q.e.p.d) incurrió en reticencia, lo que necesariamente conlleva a la nulidad del contrato, de ahí que en esta oportunidad no se comparten las consideraciones efectuadas por el Juez de primer grado, puesto que para este evento en particular no es necesario que se demuestre la mala fe, ni mucho menos, la relación de causalidad entre la causa eficiente de la

muerte del asegurado y las enfermedades que dejó de reportar ante la compañía aseguradora, como erráticamente se concluyó en la sentencia objeto de alzada.

7.- En tales circunstancias, de la jurisprudencia reseñada en precedencia surge indiscutible que la actora se expuso injustificadamente al riesgo, en la medida que, se insiste, ocultó información relevante que viciaron el consentimiento de la convocada, de ahí que ninguna responsabilidad contractual resulta procedente endilgarle a la Compañía Seguros Bolívar S.A.

En conclusión, emerge con claridad que el juez a quo equivocó su decisión al condenar a entidad aseguradora al pago de la reclamación, habida cuenta que de la valoración en conjunto del material probatorio que obra en el proceso se evidencia que el asegurado no atendió con estrictez los postulados de buena fe contractual contenido en el canon 871 del Código de Comercio, pues faltó a la verdad al declarar el estado de riesgo, de tal modo que esa carga de modo alguno podía trasladarle a la parte demandada.

Y es que pasó inadvertido la primera instancia que conforme lo establecen el artículo 167 del C.G.P., le correspondía a la parte demandante probar los supuestos fácticos en los cuales fundamenta sus pretensiones, en tanto que la sola afirmación de quien lo alega no es constitutiva de plena prueba del hecho o acto, ya que a nadie le es dado el privilegio de que su mero dicho sea prueba suficiente de lo que afirma, tal como lo ha precisado la H. Corte Suprema de Justicia en Sala de Casación Civil: (...)

8.- Puestas las cosas del anterior modo, es evidente que habrá de revocarse la condena impuesta al apelante convocado y, en su lugar, se acogerá la excepción de fondo propuesta por el demandado denominada: "Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia e inexactitud", en consecuencia, se negaran la totalidad de las pretensiones, en razón a que los elementos necesarios para que salga avante la responsabilidad civil contractual no convergen en el caso sometido a consideración de la Sala, quedando la misma relevada del estudio de los restantes reparos interpuestos por la llamada a afrontar esta litis, como también la apelación de la parte demandante ante la revocatoria de la sentencia del primer grado. (...)

Precisado lo anterior, encuentra la Sala, que contrario a lo que concluyó la homóloga civil, y sin hacerse un examen exhaustivo de las probanzas del expediente, el Colegiado accionado actuó de manera contraevidente e irrazonable con

lo que los medios de prueba demostraban en el proceso, lo que lo llevó a adoptar una tesis inversa a los parámetros jurisprudenciales constitucionales que se han consolidado para aplicar la figura de la reticencia como objeción para el pago de un seguro de vida.

Como quedó reseñado, el Tribunal convocado concluyó, que el asegurado, en los términos del artículo 1508 del Código de Comercio, había faltado a la verdad o había actuado con falta de sinceridad para el momento de la declaración de asegurabilidad, pues pese a conocer su estado de salud, no dio a conocer ese aspecto, sin importar si al final, de conformidad con la historia clínica, las afecciones no informadas fueron las que causaron la muerte, pues ese requisito no está previsto en la ley.

Sin embargo, a juicio de la Sala, la decisión censurada no encaja dentro de lo racional, pues pese a que en lo formal, tal conclusión pareciera que se ajusta a los criterios legales, como lo sostuvo el Juzgado convocado al trámite, el comportamiento de la entidad aseguradora al objetar el pago del seguro por una supuesta mala fe, con base en lo acreditado en el proceso, ha sido analizado en diversos casos de similares características por la jurisprudencia constitucional, en donde se ha destacado que el juzgador debe examinar las siguientes reglas para establecer si, realmente hay lugar a aplicar la reticencia contractual del artículo 1508 del Código de Comercio.

Así, para resolver este tipo de casos se debe tener en cuenta que: *“i) los contratos de seguros se rigen por el principio de*

buena fe que obliga a ambos contratantes y que se materializa en el deber de redactar el clausulado de las pólizas de seguros eliminando todo tipo de ambigüedad contractual, lo cual impone incluir con precisión y de forma taxativa las preexistencias que generan exclusión de cobertura del riesgo asegurado; ii) con el fin de determinar tales preexistencias, las aseguradoras tienen la carga de realizar exámenes médicos previos al tomador de la póliza para establecer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el seguro; iii) en caso de no realizar el examen médico previo, las aseguradoras tienen la carga de demostrar que la preexistencia era conocida con certeza y con anterioridad por el tomador del seguro, y que al no haberla reportado en la declaración de asegurabilidad éste incurrió en una mala fe contractual, ya que solo de esa forma es posible sancionar la conducta silente con la reticencia que establece el artículo 1058 del Código de Comercio; y, en todo caso; iv) no será sancionada si el asegurador conocía, podía conocer o no demostró los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia. (C.C T-393 de 2015).

Los anteriores parámetros fueron advertidos por el sentenciador accionado, pero los desechó, pues concluyó que, sin importar que la causa de la muerte haya sido otra, existían unas afecciones en la salud que no se reportaron en el formato de asegurabilidad, sin que el ordenamiento exija elementos adicionales como exámenes médicos previos o la inversión de la carga de la prueba en la aseguradora, para acreditar la mala fe del asegurado de la póliza, por lo que, con sólo dejar de informar el estado de salud, se debía tener por acreditada dicha mala fe.

En criterio de la Sala, resulta contraevidente esa conclusión, si como lo ha analizado la Corte Constitucional, las personas que contraen una obligación con una entidad

bancaria, diligencian el formato de aseguramiento pero no se les realiza ninguna valoración médica al principio, pero que por alguna circunstancia, bien por su labor profesional ora por un hecho común, sufren alguna enfermedad, que a la postre es la que tiene incidencia en la invalidez declarada o en la muerte, y luego se objeta el beneficio, porque supuestamente actuaron de mala fe al no haber declarado esas afecciones, allí se ha indicado que eso no puede ser catalogado de reticencia, pues quienes deben probar esa figura son las aseguradoras.

Se ha dicho igualmente, que, por el hecho de padecer una enfermedad, esto es, una preexistencia, pueda catalogarse de faltar a la verdad, ya que, en el momento del diligenciamiento la entidad debe ser diligente, para que, se realicen los exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado; si eso no se lleva a cabo, el asegurador es quien debe asumir la carga de los defectos, omisiones e imprecisiones en los cuales haya incurrido en el clausulado del negocio jurídico, dado que el tomador de la póliza simplemente se adhiere a los términos y condiciones plasmadas en el escrito, por lo que, siendo el asegurado la parte débil de esa relación, mal podría trasladársele esas irregularidades.

En el asunto, ciertamente como lo explicó el sentenciador accionado, para el 14 de noviembre de 2015, fecha de diligenciamiento del certificado de asegurabilidad, al señor Héctor Julio Carranza, ya le aquejaban unas enfermedades,

que no fueron informadas (hipertensión arterial, reflujo gastroesofágico, enfermedad ácido péptica, esófago de Barret y apnea del sueño severa), que en todo caso, no se encuentran especificadas o con una relación concreta en el aludido certificada, máxime que la historia clínica demostraba, que esas afecciones estaban siendo tratadas y controladas. Sin embargo, no se observa que la aludida entidad aseguradora, frente a esos antecedentes, haya ordenado algún tipo de examen médico, ni exigido al asegurado que allegara uno, con el propósito de establecer el real estado de salud, a efectos de tener claridad sobre el riesgo asumido y las posibles exclusiones o denominadas preexistencias.

Por el contrario, lo que se observa, como se dijo, es que simplemente obra en el formulario con una relación de posibles enfermedades graves y generales que puede sufrir cualquier persona; pero lo que es más grave, es que, para el sentenciador, eso no tiene importancia, ya que, según su criterio, el asegurado es quien está en la obligación de especificar cualquier eventualidad que conozca, sin imponerle obligación alguna al ente asegurador, esto es, avalando el sentenciador cualquier actuación de las entidades de este tipo para lograr las vinculaciones contractuales, sin ser cuidadosas en el tipo de riesgo que están asumiendo, o llevando a los deudores a impresiones y maniobras facilistas para que no informen su estado de salud, y cuando ocurra el siniestro, aquellas puedan anteponer una preexistencia para negar la cobertura y así alegar reticencia.

De manera que, por haber sido negligente la aseguradora al omitir la realización de los respectivos exámenes o diagnóstico del estado de salud de la actora, no es posible que, ante la ocurrencia del riesgo asegurado, aquella alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la deudora a la póliza de vida, con el agravante de que la historia clínica da cuenta de que el fallecimiento no tiene una relación directa con esas afecciones que se dejaron de informar, lo que puede ser constitutivo del énfasis de la buena fe al momento de la vinculación contractual y no la intención certera e inequívoca de engañar al organismo asegurador; como tampoco puede hablarse de mala fe, si como lo mencionó la propia aseguradora, todo demuestra que esas afecciones estaban siendo tratadas y controladas; de ahí, que tampoco se puede llegar hasta el extremo de exigir una declaración pormenorizada de todos los chequeos médicos, dado que diversas enfermedades pueden ser superadas con el tiempo y los cuidados para permitir el desempeño normal de las actividades cotidianas.

Por manera que, reitera la Sala, la entidad aseguradora fue negligente, pues pudiendo averiguar la información desde el momento de la suscripción del contrato, sólo vino a oponerse cuando se efectuó la reclamación, por lo que la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado sólo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora, quien en el momento del acuerdo pese al control realizado, es engañada al esconderse el estado de salud del deudor, lo que en este asunto no se configura.

La Sala, en sentencia CSJ STL7955-2018, sostuvo:

(...) Quiere destacar la Sala, que ese tipo de comportamientos de la aseguradora, configuran una discriminación para toda persona que por alguna razón presenta una afección a su estado de salud, pues bastaría que se indague cualquier consulta o chequeo al médico para establecer la mala fe en ella, desconociendo que la posibilidad de recuperación y acceso al mercado laboral es propio del principio de la dignidad humana para garantizar unos ingresos económicos para satisfacer las necesidades básicas; de paso, esa conducta también implicaría que cualquier persona con cierta dolencia no puede acceder al crédito, ni al amparo del mismo mediante una póliza de seguro que cubra la invalidez derivada de una enfermedad que ha evolucionado, hasta el punto de deteriorar la salud física y mental de la persona, erigiéndose igualmente en un acto discriminatorio (...).

Estas mismas reglas que se han venido explicando, fueron reiteradas en sentencia CSJ STL10871-2021.

Así las cosas, atendiendo a lo previamente expuesto, concluye la Corporación, que el Tribunal accionado vulneró el derecho fundamental al debido proceso de la parte accionante, al incurrir en esos evidentes errores de interpretación y valoración probatorios, que obliga a que se deje sin efectos la providencia cuestionada y, en su lugar, se ordene al sentenciador a que emita una nueva decisión que tenga en cuenta los parámetros jurisprudenciales sobre la aplicación de la figura de la reticencia expuestos en la parte motiva y los aplique al caso concreto.

V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: REVOCAR el fallo impugnado, por las razones expuestas en precedencia, para en su lugar, **AMPARAR** el derecho fundamental al debido proceso de los accionantes.

SEGUNDO: DEJAR sin efecto jurídico la sentencia que la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá, profirió el 12 de agosto de 2021, en el proceso verbal de responsabilidad civil contractual de Juan Pablo Carranza García y Natalia Andrea Carranza García contra Compañía de Seguros Bolívar, expediente No. 035-2018-00519-01.

TERCERO: ORDENAR al citado Tribunal que en el término de diez (10) días, contados a partir de la notificación de la presente providencia, profiera nueva decisión teniendo en cuenta lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

CUARTO: NOTIFICAR a los interesados a través de telegrama o por cualquier otro medio expedito.

QUINTO: REMITIR el expediente a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

Notifíquese, publíquese y cúmplase.

IVÁN MAURICIO LENIS GÓMEZ

Presidente de la Sala

OMAR ÁNGEL MEJÍA AMADOR

GERARDO BOTERO ZULUAGA

FERNANDO CASTILLO CADENA

LUIS BENEDICTO HERRERA DÍAZ