

Declarativo
Demandante: Yurany Tatiana Soler González.
Demandado: BBVA Seguros de Vida y otro.
Rad. 003-2022-00773-01

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ
SALA CIVIL

MAGISTRADO PONENTE:
LUÍS ROBERTO SUÁREZ GONZÁLEZ

Proyecto aprobado y discutido en la sala de decisión del 21 de marzo de 2023. Acta 10.

Bogotá D. C., veintiuno de marzo de dos mil veintitrés

Procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada respecto de la sentencia proferida por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera dentro del proceso propuesto por Yurany Tatiana Soler González contra BBVA Seguros de Vida y Banco BBVA S.A.

ANTECEDENTES

1. Pretendió el extremo actor que se le ordene a la sociedad aseguradora pagar el “saldo insoluto del crédito hipotecario” tomado por el señor Alexander Rodríguez Fernández, garantizado con un seguro de vida, que en la subsanación de la demanda cuantificó en la cantidad de \$169.101.064. Edificó tal pretensión en la existencia del mutuo y de la mencionada aseguranza, negocios celebrados en el año 2017, el padecimiento de Alexander de SARS COV 2 –que determinó su deceso el 25 de julio de 2021–, la solicitud de aplicación del seguro al saldo del crédito y la objeción a dicha reclamación.

2. Notificada la parte pasiva del auto admisorio, por medio de su procurador judicial contestó los cargos formulados, oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones y formuló las defensas fundadas en la ausencia de legitimación en la causa por pasiva y activa, y la nulidad relativa del contrato, por cuanto el asegurado fue reticente, al no declarar con sinceridad su estado anormal de

salud, pues asistía a controles por “hipercolesterolemia, hemibloqueo anterior izquierdo, bloqueo incompleto de rama derecha, trastorno de ansiedad” cuadro clínico por el que se le indagó en el cuestionario elaborado por la aseguradora, contestando de manera negativa y que, de haber sido conocida la realidad por la demandada, habría provocado el cambio sustancial de las condiciones del seguro.

3. Agotado el trámite de instancia, se profirió sentencia en la que se declaró el éxito de las pretensiones y, en consecuencia, se ordenó a la aseguradora que pagara a la entidad crediticia, en su calidad de beneficiario oneroso, la suma de \$179'900.860 más intereses moratorios a liquidar desde el 9 de octubre de 2021 hasta el día del pago. De manera oficiosa, absolvió al banco después de reflexionar que él no fue el causante del daño y, por tanto, desestimó las excepciones interpuestas.

Para ello, en lo pertinente a la alzada, partió de la existencia del contrato de mutuo y del seguro de vida grupo deudores. Así mismo, destacó la especial protección que la ley le brinda a los consumidores, entre ellos al financiero, citando la regulación especial y general que disciplinan la materia conflictiva. Al analizar la excepción de nulidad relativa ante la falta de sinceridad del asegurado en la declaración del estado del riesgo concluyó que el señor Alexander Rodríguez fue falaz al responder el cuestionario que se le formuló sobre unas patologías que posteriormente sirvieron de apoyo a la objeción presentada respecto de la reclamación de la cobertura ante la ocurrencia del siniestro, por lo que concluyó que existió la reticencia reclamada, precisando que entre esos padecimientos y el siniestro no es necesario un nexo causal.

Empero, citando providencias de la Corte Constitucional y de la Corte Suprema, explicó que no toda reticencia o inexactitud conducen a la declaración de la invalidez del seguro, por cuanto es necesario comprobar –carga de la aseguradora– que de haber conocido el estado real del riesgo no habría contratado o lo habría hecho en condiciones diferentes, facticidad que no halló demostrada al restarle mérito a lo declarado por el representante de la

aseguradora y al concepto técnico del médico Duque Posada y no encontrar prueba “documental” que permita establecer “cuál el grado del riesgo” para cobrar una prima extra o no contratar. A continuación, detalló que de las políticas para la contratación del seguro de vida de la convocada solo se describe como motivo de abstención para contratar la relación estatura peso del usuario. Respecto del dictamen del galeno, atestó que a pesar de que él manifestó que en esas condiciones se extraprimaba con un 150%, de esta conclusión no obra prueba de los procedimientos realizados por el perito o de tarifas aplicables a esas patologías que avalen ese epílogo, tarificación que tampoco se contempló en las políticas de contratación. Acto seguido, al evaluar que la aseguradora no demostró algún excluyente de responsabilidad, declaró que estaba obligada a pagar el amparo de vida por la suma de \$179'900.860 más intereses de mora, tal como lo regula el artículo 1080 comercial, erogación que debe realizar a favor del Banco BBVA como beneficiario oneroso y el saldo reembolsarlo a la demandante. Finalmente, absolvió al banco demandado por no haberse probado que hubiera causado el daño reclamado.

4. De manera oportuna la aseguradora demandada cuestionó lo así decidido, expresando que está probada la nulidad relativa del contrato ante la reticencia demostrada y que la condena supera los límites de lo solicitado, incongruencia que también se presentó respecto de la condena al pago de intereses. Dentro de los tres días siguientes y ante esta corporación los amplió en los términos que a renglón seguido se extracta:

4.1. Porfió en la existencia de la reticencia, pues entre los años 2015 al 2017 al señor Rodríguez se le diagnosticó trastorno de ansiedad, dolor precordial, mareo y desvanecimientos, hipercolesterolemia aislado, hemibloqueo anterior izquierdo y bloqueo incompleto de rama derecha, padecimientos que el usuario negó que sufría –lo que lo llevó a presumir que el riesgo es normal– a pesar de que de manera expresa se le cuestionó sobre ello, descartando el juzgador, sin razón atendible, las dos pruebas que militan en la actuación –interrogatorio del demandado y dictamen del experto– para exigir una tarifaria prueba documental.

Insistió en que la prueba indebidamente valorada –dictamen del médico Duque Posada– se describen las patologías que sufría el señor Rodríguez, experto con vasta experiencia que ha participado en más de 130.000 procesos de suscripción y quien afirmó que cuando a un asegurado se le diagnóstica, como consecuencia del electrocardiograma, bloqueo de la rama izquierda, obraba la extraprima del 150%. Adicionó que Alexander también mintió en la relación peso estatura, porque declaró que medía 1.64 centímetros y pesaba 66 kilogramos, cuando lo cierto es que esos datos corresponden a 1.58 metros y 70 kilos de peso.

La providencia cuestionada se aparta de la doctrina probable que pregona que el acatamiento de ese deber de información –de naturaleza precontractual– determina la expresión del consentimiento de la aseguradora para contratar o abstenerse de hacerlo, aunado a que los motivos de esa infidelidad son irrelevantes, contingencias que llevaron al legislador a imponer la sanción de la nulidad relativa, sin excepción alguna, en particular porque “la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento, es decir, si contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas”.

4.2. Se impusieron condenas superiores a las solicitadas en la demanda, pues solo se exoró la condena “al saldo insoluto del crédito hipotecario” y si ello se practicó en uso de las facultades para fallar ultra petita no existió motivación alguna.

5. La parte demandante se opuso a las razones exhibidas en la impugnación. Explicó que, de acuerdo con su historia clínica de las consultas efectuadas en el año 2016, no fue remitido al cardiólogo y, por ende, no existía diagnóstico relacionado con problemas del corazón. En consecuencia, para cuando se tomó el seguro no había antecedentes cardíacos, polémica que se dirime al compás de las siguientes

CONSIDERACIONES

1. La declaración del estado del riesgo es un tema de cardinal importancia en la celebración del contrato de seguro, pues por su intermediación el asegurador conoce las particularidades propias del hecho futuro e incierto que se pretende amparar, e igualmente sirve para valorar la conveniencia de contratar o no, por lo que se exige que en el cumplimiento de esta carga de información, el candidato a tomador la cumpla de manera veraz y oportuna, en franca exteriorización del axioma de la buena fe, informadora especial de los contratos de confianza, como lo es el de seguro.

Tendiendo a proteger este principio, el legislador consagró de manera positiva un riguroso régimen de sanciones, en caso de que el asegurando omita cumplir con la carga de información evocada, del que se advierte no opera de manera mecánica ni objetiva, por cuanto no toda reticencia o inexactitud provocan de suyo la nulidad relativa, siendo de rigor que el juzgador proceda a determinar las circunstancias en que se expidió la información, comoquiera que si la versión falaz o distorsionada fue advertida por la sociedad aseguradora durante la etapa de expresión del consentimiento, o ella debió conocerla dado el carácter profesional con que actúa en este específico ramo, en estas eventualidades el legislador de manera expresa, dispuso la inaplicabilidad de la sanción.

2. En el caso que ocupa la atención de la Corporación, el delegado de la Superintendencia concluyó que existió reticencia al no haber reportado las dolencias que se describieron en las citas médicas, las cuales ya se especificaron en esta providencia; sin embargo, preservó la validez del contrato apoyado en que –a pesar de esa omisión– no se probó que la aseguradora, de haber conocido esas desatenciones no habría celebrado el contrato o lo habría hecho en condiciones diferentes, para lo que era necesario que se estableciera probatoriamente “cuál el grado del riesgo” existente para el momento de la contratación. A esta conclusión arribó después de sentar que el trabajo pericial no tiene justificación en torno a las conclusiones adoptadas sobre la real

condición de salud de Alexander, tanto así que de observar la historia clínica del consumidor el experto corroboró que había síntomas –no relevantes– mas no un diagnóstico de esa patología, la cual solo se hace patente en el año 2020 y, además, no hay respaldo sobre la tarifa de la extraprima para la época del ajuste de la aseguranza.

3. De revisar la actuación surtida, de inmediato se advierte que sobre la presencia de la reticencia no hay discusión, lo cual significa que para la época de ajuste de la aseguranza el usuario calló, sin razón, sobre el dolor en el pecho y, si se quiere, sobre los episodios de ansiedad y demás estados patológicos descritos en la historia médica del paciente -aún la diversidad de datos respecto de la relación peso altura, sobre la que se viene a enfatizar en la alzada-, por lo que resulta infértil que la sustentación redunde sobre esa probada insinceridad. En sentido adverso, el debate queda reducido a la juridicidad de la exigencia de que la aseguradora tuviera que demostrar que de haber conocido ese engaño en la información se hubiera retraído de contratar, o lo habría hecho en condiciones más onerosas, por cuanto para el fallador la falacia aceptada no conduce irreflexivamente a la invalidez, en la medida que para ello es necesario que la misma sea trascendente o relevante para forjar y, en su caso, viciar el consentimiento de la aseguradora, al paso que el recurrente porfía en que al incurrirse en reticencia, la nulidad opera sin excepción alguna y, por demás, porque la formulación de la pregunta sobre las condiciones del asegurado comprueba la importancia que el estado de salud tiene para estructurar la expresión de su avenencia con el contrato.

Para dirimir este desencuentro, ha de partirse de la trascendencia de la declaración del estado del riesgo para materializar, en debida forma, el consentimiento impoluto de la aseguradora, que en los seguros de vida se mide por el estado de salud del asegurado, porque ello permite “que la entidad aseguradora, oportuna, reflexiva y suficientemente pueda valorar la conveniencia de ‘asumir el riesgo’ o, por el contrario, de abstenerse de hacerlo -inhibición contractual (art. 1.055, C. de Co.) ... máxime cuando ella ocupa el ‘rol’ de destinataria del deber en cuestión, consustancial a su calidad de

desinformada –y por tanto pasible de tutela *iuris*–, dado que es el futuro tomador el que, por regla, está en condiciones de hacer cognoscible lo que la sociedad aseguradora desconoce acerca de su estado, en general” deber que ha de cumplirse sinceramente, esto es, con idoneidad “para ilustrar el justiciero deseo que le asiste al legislador, consistente en que el asegurando, con responsabilidad y solvencia, asuma tan revelador compromiso, base fundamental del asentimiento del asegurador, quien ha depositado su confianza en su cocontratante”¹, en tanto que el asegurador “está a merced del asegurado, pues normalmente para estimar el estado de riesgo, aquel requiere de información de ordinario reservada, puesto que la salud personal viene a estar asociada a la intimidad del asegurado”².

No obstante, la misma ley condiciona la declaratoria de nulidad por reticencia solo respecto de aquellos “hechos o circunstancias que, conocidas por el asegurador, lo hubiere retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas” o cuando la aseguradora ha conocido o debió conocer el estado del riesgo³ o si hay allanamiento, expreso o tácito de los vicios, previsión normativa que condujo a la Corte a puntualizar que «no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la *intentio* del asegurador”⁴.

Así mismo, no llama a hesitación que el interrogatorio que formula la entidad aseguradora sobre las condiciones de salud del asegurando es denotativo de la jerarquía que este tema tiene para la estructuración de la aseguranza, “pues precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento, es decir, si contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas.”⁵ Sin embargo, ello no obsta para que se inquiera sobre la entidad de esa desinformación, en tanto que la invalidez no brota de manera automática y, por ende, a pesar del cuestionario queda en pie “la facultad judicial de apreciar en cada caso la

¹ CSJ. Sentencia S-152 de 2001.

² Corte Suprema de Justicia, sentencia del 19 de diciembre de 2005. Exp. 566501.

³ C. de C. artículo 1058.

⁴ CSJ. Sentencia de 2 de agosto de 2001.

⁵ SC 25 de mayo de 2012. Rad. 2006-00038-01.

trascendencia de la omisión o inexactitud”⁶, teniendo como norte la condición de profesional en la materia que tiene el demandado y su especializada propensión para detectar el real estado del riesgo, pesquisa agotada por el funcionario de primera instancia.

Lo expuesto gana mayor acento en tratándose del seguro de personas tomado por un consumidor, sujeto de quien se reconoce se encuentra en un plano de desigualdad frente a su contraparte en el campo de la información, conocimiento especializado, capacidad económica, etc.– también predicable de la contratación –vía adhesión–, acaso que, entre otras razones, motivó la expedición de las leyes 1328 de 2009 y 1480 de 2011, especialmente tuitivas del extremo débil de esa relación económica, incorporando variados mecanismos de protección, en tanto que “la relación de consumo constituye una particular categoría que surge entre quienes se dedican profesionalmente a elaborar o proveer bienes o prestar servicios con quien los adquiere con el fin de consumirlos; y es precisamente el consumidor, quien, por encontrarse en condiciones de vulnerabilidad económica y de desequilibrio, el destinatario de un especial auxilio normativo; por supuesto que la profesionalidad del productor, que lo hace experto en las materias técnicas y científicas en torno de las cuales realiza su labor, su sólida capacidad económica, su vocación para contratar masivamente, las modalidades de contratación a las que acude, entre muchas otras peculiaridades, lo sitúan en un plano de innegable ventaja comercial que reclama la intervención de legisladores y jueces con miras a restablecer el equilibrio perdido”⁷. Con similar orientación, el alto tribunal evocó que el artículo 34 del Estatuto del Consumidor dispone “que dichas cláusulas se interpretan a favor de la parte adherente y que en caso de duda prevalecen las cláusulas más favorables para éste.”⁸

Esa dualidad normativa motiva armonizar el artículo 1058 con las reglas inscritas en la ley 1480 de 2011, que rige este tipo de relaciones, pensamiento

⁶ CSJ. Sentencia de 1 de junio de 2007.

⁷ Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 30 de abril de 1999.

⁸ SC4527-2020.

destacado por la Corte al afirmar que el gobierno de este tipo de conflictos, está “integrado por la normatividad del Código de Comercio en lo concerniente al contrato de seguro que sirvió como fuente a sus recíprocas obligaciones, y, adicionalmente, las disposiciones de protección al consumidor financiero dado que entre los contratantes se hallaba una entidad vigilada por la Superintendencia Financiera, y el Estatuto del Consumidor que consagra normas especiales relacionadas con las condiciones negociales generales y contratos de adhesión con alusión específica a los de seguros.”⁹

4. En concordia con lo anterior, la discusión que plantea la alzada recae, entonces, en la prueba de la relevancia que la mendacidad del candidato a asegurado tuvo en la estructuración del contrato, temática sobre la que, para el censor, hay material suficiente para concluir que de haber conocido su poderdante de estas contingencias habría extraprimado, tal como lo narró el representante legal de la entidad y lo corroboró el médico experto, sin que sea necesario acudir a la prueba documental que reclamó el juzgador, para ratificar esas versiones, como vedada tarifa probatoria. Sobre esta última atestación, en verdad el funcionario incurrió en un lapsus al destacar que “no obra en el plenario documental alguna de la cual se pueda establecer de manera objetiva cuál es el grado de riesgo asumido por la aseguradora”, empero ello no comporta la inclusión de una tarifa de prueba que contradiga los granados principios de la libertad demostrativa, valoración integral y sana crítica imperantes en el ordenamiento adjetivo, en particular porque el juzgador analizó las probanzas existentes y simplemente extrañó que de aquellas expresiones no haya otro material que le proporcione la suficiente fuerza demostrativa para confirmar el dicho, en especial –agrega la Sala– porque la ponencia del representante legal, como “protagonista en la controversia” tiene un relativo valor suasorio, el cual se puede superar “si el relato resulta coherente, contextualizado y existen corroboraciones periféricas, como por ejemplo documentos u otros medios de juicio que lo sustenten, es digno de credibilidad y, por tanto, debe ser apreciado en comunión con ellos a fin de

⁹ Corte Suprema de Justicia. SC1301-2022.

esclarecer los hechos que importan para la definición de la litis”¹⁰; empero, la citada impropiedad no tuvo poder decisivo en la definición de la litis.

En efecto, el censor aspira a demostrar la trascendencia de la información inexacta con el concepto del experto llevado a la contención, del que el delegado halló ausente material que ratifique su opinión sobre el grado de tarificación, así como las investigaciones efectuadas para llegar a la conclusión de que, si se hubiera conocido el real estado del riesgo, la contratación sería con una extraprima, probanza de la que, afirma la Sala, especialmente se dirige a redundar en la presencia del cuestionario para establecer el estado de salud del usuario y la existencia de la reticencia, materias pacíficas en este contradictorio. Por igual, atestó que la patología de la dislipidemia y el bloqueo de rama conllevaba a la imposición de la prima extra del 150%, epílogo para el que –expresó– se apoyó en el “tarificador de la Swiss Re”, de aceptación internacional.

Sin embargo, este laborío no tiene mérito para comprobar la trascendencia de la información omitida por el asegurado, en tanto no obra explicación de los resultados que arrojan los cuadros que aportó en un pantallazo, falencia que mina su poder suasorio. Además, al pretender sustentar su dictamen, destacó su experiencia en casos similares, empero esta se reduce a la cita de uno solo –del que no se acreditó que padeciera igual o similar patología– carencia así mismo reflejada sobre la afirmación de su intervención en más de 135.000 procesos de selección para la toma de los seguros de vida, de la que obra su exclusiva versión, debilidades que, en general, reducen el concepto al propio dicho del perito, sin acreditar que frente a la presencia de dislipidemia y el bloqueo, siempre se extraprima.

En este orden, a pesar de la especial ascendencia suasoria que tiene la prueba pericial para llevar al fallador los hechos de los que carece de especializado conocimiento, ello no comporta que se deba aceptar el desenlace propuesto

¹⁰ CSJ. Sentencia STC9197 de 2022.

por el solo hecho de su arribo al contradictorio, en la medida que tal trabajo debe concitar las condiciones de solidez, claridad, precisión y calidad de sus fundamentos y la descripción de las fuentes a las que se acudió, para que en su análisis bajo las reglas de la sana crítica y auscultando la argumentación técnica y científica vertida en él, se obtenga la necesaria firmeza y seriedad conceptual, para que el juez, al definir el conflicto, se acoja a esas conclusiones.

Aparte de lo anterior y con idéntica orientación para ratificar este segmento de la decisión confutada, se observa que en el proceso de perfeccionamiento del consentimiento de las partes obró una incuestionable y censurable laxitud, pues quien llenó el formulario fue la asesora, como atestiguó Sandra Martínez, a pesar de que las políticas de la aseguradora disponen que el cliente debe diligenciarlo. La condición de quién debe integrar el formato tiene importancia por cuanto el usuario, al leer el interrogatorio, tiene mayor propensión para recordar si ha sufrido alguna de esas patologías al paso que la composición por parte de un tercero mecaniza más el acto y, en particular y para el caso concreto, avizora lo irrelevante que resultaba esa información para estructurar la decisión de contratar por parte de la aseguradora, muy a pesar del asentimiento materializado con la imposición de su firma y las admoniciones sobre la insinceridad del asegurando.

5. Respecto del apartamiento de la Superintendencia de la doctrina probable que sobre el artículo 1058 ha sentado la Corte, el recurrente citó la sentencia SC de junio 1 de 2007 y el salvamento de voto a la providencia SC3791 de 2021, evocando –en específico– que el cuestionario tiene como fin establecer el estado del riesgo, es propio de la relación precontractual y por él la aseguradora forma su consentimiento y que no es necesario determinar el elemento intencional para mentir ni una relación de causalidad entre lo callado y el siniestro, ya que el contrato se afecta en su misma raíz. Adicionalmente, señaló que, según la sentencia SC de 1 de septiembre de 2010, la existencia de la pregunta es suficiente para demostrar la relevancia de esos hechos para contratar. De revisar la decisión fustigada, de inmediato aflora que sobre estas materias el fallador no contradijo o confrontó la extractada orientación doctrinal

en la medida que la condena se apoyó en el pensamiento de la Corte, también inscrito en la sentencia de junio 1, que expresa que, a pesar de esas contingencias, el juez conserva la potestad de analizar la importancia de la infidelidad y que no toda reticencia conduce, irremediablemente, a la nulidad.

6. Finalmente, sobre la extralimitación del delegado al haber condenado al pago de la suma de \$179.900.860, el cual se aplicará, inicialmente, al monto del crédito y a favor del beneficiario oneroso y el saldo para la demandante, así como la imposición de los intereses moratorios no pedidos por la actora – temática que se resuelve de manera conjunta dada la identidad de los cuestionamientos– en verdad, el fallador acudió al dato objetivo de la suma asegurada con réditos de mora desde el día 9 de octubre de 2021, sin explicar las razones para adoptar esas medidas no inscritas en las pretensiones, específicamente si ello obedecía al ejercicio de las potestades que el artículo 58 numeral 9 de la Ley 1480 de 2011 le otorga para decidir, infra, extra y ultra petita a que se refiere el censor, o porque debieran atestarse de oficio.

Para abordar el tema, conviene precisar que, en línea de principio, la congruencia debe observarse en todo tipo de sentencias, porque con aquella se garantiza el debido proceso y el derecho de defensa y contradicción de las partes, evitando inoportunas sorpresas derivadas de la resolución de materias no propuestas en tiempo, o por aspectos que cualitativamente no formaron parte de la querrela, razón que explica que el artículo 305 adjetivo puntualice que el fallo deberá ser consonante con las pretensiones, las excepciones, con las súplicas de la reconvención y los hechos que las fundamentan, comoquiera que en este tema se impone el principio dispositivo que rige al proceso civil. Empero, tal axioma no es absoluto y admite salvedades, por las que el juez puede separarse de las pautas trazadas, como sucede "a) cuando halle probados los hechos que constituyen una excepción, debe reconocerla oficiosamente, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse; b) en lo atinente a los presupuestos procesales, por cuanto tocan con la validez formal del proceso y cuya ausencia, en algunos casos, impone un fallo inhibitorio [en principio proscritos en el orden jurídico]; c) lo

relacionado con cuestiones que atañen al orden público como sucede con la nulidad absoluta del acto o contrato, cuando ella aparezca de modo manifiesto, y d) los pronunciamientos sobre prestaciones mutuas en los eventos de nulidad o resolución del contrato, etc.”¹¹.

Otra de las excepciones que permiten al juzgador superar el contenido de lo pedido por el demandante se materializa en los procesos de protección del consumidor, pues el numeral 9 del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011 lo autoriza resolver “sobre las pretensiones de la forma que considere más justa para las partes según lo probado en el proceso, con plenas facultades para fallar infra, extra y ultrapetita”¹². Sin embargo, esa habilitación no es infinita por cuanto ella esta circundada por lo justo para “ambas partes” y que haya sido objeto de debate al surgir esa equitativa orientación de las pruebas recaudadas, precisándose que esa facultad no es un beneficio exclusivo del consumidor, del que *ad libitum* y de forma irrestricta pueda hacer uso el juzgador, por cuanto ese fallo no se adopta en conciencia y según su leal saber y entender.

Así las cosas, al imponer el fallador una condena no solicitada en las pretensiones a ella podría arribarse de manera motivada y posterior al “análisis crítico y juicioso de las pretensiones que el solicitante considera pertinentes para hacer efectiva la garantía de un servicio o producto, así como de sus fundamentos, su oposición y las probanzas recaudadas para respaldar las posturas de las partes”, siendo de importancia evocar que en esta clase de procedimientos también impera el principio dispositivo y que el estatuto del consumidor regula alternativas de solución del conflicto por las que puede optar el interesado, como lo es, a guisa de ejemplo, el cumplimiento de lo contratado o la devolución del precio pagado.

En consecuencia, como en el contradictorio no hubo lugar a discutir la procedencia de la condena al pago del saldo a favor de la demandante – después de cancelar el crédito al beneficiario oneroso– ni tampoco se exoró el

¹¹ CSJ, sentencia del 15 de mayo de 1985.

¹² CSJ. Sentencia STC5704 de 2021.

reconocimiento de intereses moratorios, pretensiones renunciables que se habrían podido hacer valer para abrir la discusión de su procedencia y aún para reflexionar sobre la consideración de que era lo más justo “para las partes” y aquellas aspiraciones no son declarables de oficio, se revocará este segmento de la decisión cuestionada, limitándose la condena al monto de \$169.101.064, expresamente señalado en la subsanación de la demanda.

DECISIÓN

En armonía con lo expuesto, la Sala Civil de Decisión del Tribunal Superior de Bogotá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley

RESUELVE

PRIMERO. Modificar el ordinal Quinto de la sentencia impugnada el cual quedará así: CONDENAR a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. a pagar, dentro de los quince (15) días siguientes a la ejecutoria de esta decisión, al Banco BBVA, como beneficiario oneroso, el valor de \$169.101.064 correspondientes al saldo insoluto del crédito hipotecario número 0013-0744-40-9601152991 a Julio 25 de 2021, sin que haya lugar a intereses de mora.

SEGUNDO: Confirmar en lo demás la sentencia impugnada.

TERCERO: Sin costas en esta instancia ante el triunfo parcial del recurso.

Notifíquese.

LUIS ROBERTO SUÁREZ GONZÁLEZ

Magistrado Ponente

KATHERINE ANDREA ROLONG ARIAS

Magistrada

ADRIANA SAAVEDRA LOZADA

Magistrada

Firmado Por:

Luis Roberto Suarez Gonzalez
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Dirección Ejecutiva De Administración Judicial
División De Sistemas De Ingeniería
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Adriana Saavedra Lozada
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 001 Civil
Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Katherine Andrea Rolong Arias
Magistrada
Sala 008 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: **4411bac53e9f721f3f5d74b89d74cc6c4ba9ace72b78892d5260632bfc5ddb11**

Documento generado en 21/03/2023 02:51:46 PM

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