

## **Sentencia T-658/17**

**ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA**-Procedencia para el pago de póliza cuando se trata de sujetos de especial protección constitucional y los medios ordinarios no son idóneos

**ACCION DE TUTELA CONTRA PARTICULARES**-Procedencia excepcional

**ACCION DE TUTELA CONTRA PARTICULARES CUANDO EL AFECTADO SE ENCUENTRA EN ESTADO DE INDEFENSION**-Frente a entidades particulares del sistema financiero y asegurador

*La jurisprudencia constitucional ha determinado la viabilidad de la acción constitucional contra particulares que ejercen actividades bancarias y aseguradoras, dado que generalmente se presenta un desequilibrio natural, pues el cliente o usuario se encuentra en una posición de indefensión frente a las empresas con las cuales contrata dichos servicios, toda vez que dichos establecimientos gozan de una posición dominante en el mercado frente a los usuarios.*

**ACCION DE TUTELA PARA DIRIMIR CONFLICTOS DERIVADOS DE UN CONTRATO DE SEGUROS**-Procedencia excepcional

**CONTRATO DE SEGUROS**-Reiteración de jurisprudencia

**CONTRATO DE SEGUROS**-Características

**CONTRATO DE SEGUROS**-Elementos esenciales

**PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS**

**RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGURO**

**PREEXISTENCIA EN EL CONTRATO DE SEGURO**-Concepto

*Se entiende por preexistencias “aquellas afecciones que ya venían aquejando al paciente en el momento de suscribir el contrato, y que por tanto, no se incluyen como objeto de los servicios, es decir no se encuentran amparadas, y mientras que la reticencia implica mala fe en la conducta del tomador del seguro. Eso es lo que se castiga”.*

**DEBIDO PROCESO EN CONTRATO DE SEGUROS**-Obligación de las aseguradoras de probar el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro

**DERECHO AL MINIMO VITAL Y AL DEBIDO PROCESO EN CONTRATO DE SEGUROS**-Orden a compañía de seguros realizar

trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo contenido en la póliza denominada Vida Grupo Individual Deudor

Referencia: Expediente T-6.240.369  
Acción de tutela instaurada por Luis Fernando López en contra de Colmena Seguros S.A.

Magistrado Sustanciador:  
ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO

Bogotá D.C, veintisiete (27) de octubre de dos mil diecisiete (2017)

La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional integrada por los Magistrados Alejandro Linares Cantillo, Antonio José Lizarazo Ocampo y Gloria Stella Ortiz Delgado, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha pronunciado la siguiente:

## **SENTENCIA**

En el trámite de revisión de los fallos proferidos por el Juzgado Séptimo Municipal Penal con Funciones de Control de Garantías de Bogotá en primera instancia y el Juzgado Veinte Penal del Circuito con Función de Conocimiento de Bogotá en segunda instancia, dentro de la acción de tutela promovida por Luis Fernando López en contra de Colmena Seguros S.A.

### **Cuestión previa**

La sustanciación del proceso de la referencia correspondió, en principio, al magistrado Alejandro Linares Cantillo quien preside la Sala Tercera de Revisión. No obstante, al presentar el proyecto ante la mencionada Sala, este no obtuvo la mayoría de los votos requeridos para su aprobación. En consecuencia, el expediente debió ser rotado al funcionario que seguía en orden alfabético, para que elaborara la nueva ponencia, a saber, el magistrado Antonio José Lizarazo Ocampo.

## **I. ANTECEDENTES**

### **1. Solicitud**

El 24 de febrero de 2017<sup>1</sup>, el señor Luis Fernando López, presentó acción de tutela contra la compañía Colmena Seguros S.A., con el objeto de que le fueran protegidos sus derechos fundamentales a la vida digna, mínimo vital, vivienda digna y seguridad social, presuntamente vulnerados por la entidad demandada al

---

<sup>1</sup> Folio 1, Cuaderno 1.

no hacer efectiva la póliza Vida Grupo Individual Deudor que suscribió, con el argumento de que existió una reticencia por parte del asegurado.

## 2. Hechos relevantes

**2.1.** El 8 de abril de 2010, el Banco Caja Social le otorgó al señor Luis Fernando López un crédito de vivienda<sup>2</sup> por valor de \$13'.000.0000, cuyo desembolso fue realizado el 22 de noviembre de 2010 a un plazo de 240 meses<sup>3</sup>.

**2.2.** Para respaldar dicho préstamo el accionante suscribió la siguiente póliza:

-Vida Individual Deudor Crédito Hipotecario No. 199174895131<sup>4</sup>.

Certificado individual de seguro No. 32773.

Fecha de diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad: 02/03/10.

Amparos: básico de vida, incapacidad total y permanente, enfermedades graves y beneficio por hospitalización.

**2.3.** El día 15 de febrero de 2015, el demandante sufrió un accidente cerebro vascular.

**2.4.** Según el Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral remitido al accionante por la EPS Capital Salud con fecha 13 de septiembre de 2015<sup>5</sup> y que fue elaborado por la Doctora Mireya Amparo Rojas Rincón, profesional médica adscrita al Centro de Rehabilitación Integral (CIFEL) señaló que éste tiene un 51% de pérdida de capacidad laboral. La fecha de estructuración corresponde al 30 de septiembre de 2015<sup>6</sup>.

En el mencionado dictamen, el diagnóstico motivo de calificación y el resumen del caso, se consignaron en los siguientes términos:

### DIAGNÓSTICO MOTIVO DE LA CALIFICACIÓN

SECUELA INFARTO CEREBRAL	EPILEPSIA
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	

<sup>2</sup> Adicionalmente, el 7 de mayo de 2014, el accionante adquirió con la citada entidad financiera otra obligación - crédito de libre destino- por un valor de \$4'.000.000 a un plazo de 48 meses y la respaldó con la póliza Vida Grupo Deudor Crédito de Consumo No. 30013632714 con fecha de diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad el 20 de abril de 2014, cuyos amparos son: básico de vida, incapacidad total y permanente, enfermedades graves y beneficio por hospitalización.

<sup>3</sup> Esta afirmación la hace el accionante y es reiterada por Colmena Seguros S.A. y el Banco Caja Social en la contestación de la demanda de tutela, folios 58 a 79 y 80 a 122, Cuaderno 1.

<sup>4</sup> Esta póliza inicialmente fue suscrita con la compañía Liberty Seguros y actualmente es administrada por Colmena Seguros S.A.

<sup>5</sup> La Entidad Promotora de Salud en la que se encuentra afiliado el demandante.

<sup>6</sup> El dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral del 13 de septiembre de 2016 se encuentra en el folio 11, Cuaderno 1.

Cabe resaltar que CIFEL es un centro especializado, que tiene dentro d de sus funciones, realizar la calificación de pérdida de capacidad laboral de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Este dictamen fue solicitado por la EPS a la que se encuentra afiliado el accionante y elaborado por dicho Centro, quien a su vez tiene un convenio con la EPS Capital Salud y con Colmena Seguros S.A., entre otras.

## RESUMEN DEL CASO

ANTECEDENTE DE EPILEPSIA DESDE LOS DOCE AÑOS DE EDAD, EN TRATAMIENTO CON ACIDO VALPROICO DOS VECES AL DIA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL CON ACV ISQUEMICO EN TALLO CEREBRAL, EN FEBRERO DE 2015 COMO CAUSA DE UNA EMERGENCIA HIPERTENSIVA, HOSPITALIZADO DURANTE 7 DIAS, CON SECUELA DE HEMIPARESIA DERECHA FACIAL CENTRAL, CON DETERIORO DE LA MEMORIA Y DE LA MOTILIDAD (SIC) DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, ADICIONALMENTE PRESENTÓ EPISODIO DEPRESIVO MODERADO, EN TRATAMIENTO ACTUAL POR PSIQUIATRÍA.

OCUPACIÓN: SE DESEMPEÑÓ COMO ZAPATERO INFORMAL. NO COTIZA AFP.NO LABORA DESDE HACE MAS DE UN AÑO. REQUIERE CALIFICACION PCL.

Dentro de las deficiencias encontradas al señor Luis Fernando López se señalaron:

1	DEFICIENCIA POR DISFUNCIÓN DE EXTREMIDAD SUPERIOR DOMINANTE POR ALTERACIÓN SNC
2	DEFICIENCIA POR TRASTORNOS DE LA POSTURA, LA MARCHA Y EL MOVIMIENTO
3	TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DEL HUMOR

Los porcentajes de pérdida de capacidad ocupacional se presentaron así:

DEFICIENCIA	26%
ROL OCUPACIONAL	25%

**2.5.** Según el peticionario debido a la pérdida de su capacidad laboral no pudo seguir trabajando<sup>7</sup>, lo que generó el incumplimiento en el pago de las cuotas pactadas en el crédito hipotecario por la disminución de sus ingresos mensuales.

**2.6.** Al existir mora en el pago de las cuotas del referido crédito, el Banco Caja Social inició contra el señor López un proceso ejecutivo hipotecario para exigir el pago de la deuda.

**2.7.** Por este motivo, el demandante, en varias oportunidades, le solicitó a Colmena Seguros S.A. afectar “*el amparo de Incapacidad Total y Permanente*” de la póliza Vida Grupo Individual Deudor, sin embargo, dicha entidad negó sus peticiones en éstos términos:

-En los oficio No.161066 y No.172207 del 17 de agosto y 21 de octubre de 2015<sup>8</sup>, la compañía demandada objetó la reclamación al encontrar que no se

<sup>7</sup> Según el demandante laboraba en la empresa Shoes Sport y devengaba un salario de \$ 800.000 mensuales.

adjuntó el dictamen emitido por la Junta de Calificación de Invalidez, “*el cual resulta indispensable para conocer además del porcentaje de la pérdida de capacidad laboral del asegurado, la fecha del siniestro (Estructuración de la Invalidez)*”.

Así mismo, la aseguradora advirtió que de acuerdo con la historia clínica de marzo de 2010 el asegurado había recibido tratamiento por epilepsia e hipertensión arterial y al no informarlo es acreedor de la sanción consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, por incurrir en reticencia y/o inexactitud en la información relacionada en la declaración del seguro.

-En la respuesta CSC-4480 del 18 de octubre de 2016<sup>9</sup>, la entidad demandada nuevamente objetó la solicitud de indemnización presentada por el señor López para lo cual reiteró los argumentos expuestos.

-En el comunicado CSC-2698 del 19 de julio de 2016<sup>10</sup>, la aseguradora accionada al responder la solicitud presentada por el peticionario de reconsiderar la objeción a las reclamaciones por la posible afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente de la referida póliza insistió en su negativa y reiteró las consideraciones consignadas en las comunicaciones del 17 de agosto y 21 de octubre, ambas del 2015.

**2.8.** Inconforme con la respuesta, el demandante presentó acción de tutela, alegando el actuar arbitrario de la aseguradora demandada, lo cual tiene efectos directos en sus derechos fundamentales al mínimo vital y vivienda digna, entre otros, debido a que es un sujeto de especial protección constitucional, calificado con el 51% de pérdida de capacidad laboral. Igualmente, puso de presente que el inmueble objeto del crédito hipotecario, constituye el único bien que posee y actualmente se encuentra en trámite para embargo y secuestro.

### **3. Pretensiones**

Luis Fernando López solicita que se tutelen los derechos fundamentales invocados y, como consecuencia de ello, se ordene a Colmena Seguros S.A. que haga efectiva la Póliza de Vida Individual Deudor por el amparo de Incapacidad Total y Permanente con el fin de que la deuda hipotecaria contraída con el Banco Caja Social sea cubierta en su totalidad.

### **4. Oposición a la demanda**

Mediante Auto del 27 de febrero de 2017<sup>11</sup>, el Juzgado Séptimo Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá, avocó el conocimiento de la acción de tutela presentada por Luis Fernando López, corrió traslado de la misma a Colmena Seguros S.A. y vinculó de manera oficiosa al Fondo Nacional del

---

<sup>8</sup> Folios 78 a 81, Cuaderno 1.

<sup>9</sup> Folios 83, Cuaderno 1.

<sup>10</sup> Folios 82, Cuaderno 1.

<sup>11</sup> Folios 104 a 107, Cuaderno 1.

Ahorro, Banco Caja Social, Juzgado de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de la Sede Descentralizada de Kennedy y a la EPS Capital Salud.

#### **4.1. Respuesta de la entidad accionada**

La entidad accionada<sup>12</sup>, a través de apoderado, se opuso a las pretensiones de la acción de tutela, al considerar que no se ha vulnerado derecho fundamental alguno al accionante.

En primer lugar, la aseguradora demandada en su respuesta realizó un análisis del contrato de seguro, destacando que tiene naturaleza mercantil, se rige por la voluntad de las partes y consta de unas condiciones generales y particulares. Con respecto a la póliza “*Seguro de Vida Grupo Deudores*”, indicó la compañía de seguros que ésta consiste en un producto que se hará efectivo, cuando se demuestre la ocurrencia del siniestro en los términos establecidos en el artículo 1077 del Código de Comercio<sup>13</sup>.

Así mismo, señaló las condiciones generales de la referida póliza, para lo cual hizo referencia al numeral 1.6.2:

*“Para efectos de este seguro, se entiende por incapacidad total y permanente del asegurado menor de 70 años, la incapacidad estructurada durante la vigencia del presente seguro y calificada medicamente con un grado de invalidez igual o superior al 50%, con base en el manual de calificación de invalidez del sistema de seguridad social vigente al momento de la reclamación, dentro del cual no se entienden incluidos los regímenes especiales, como lo son el magisterio, las fuerzas militares y de policía entre otros”.*

*Para efectos de determinar la cobertura de la Incapacidad Total y Permanente se entenderá que la fecha de estructuración de la Incapacidad Total y Permanente constituye la realización del riesgo, es decir, la fecha del siniestro. Una vez pagada la indemnización por Incapacidad Total y Permanente terminan los amparos de Muerte, Enfermedades Graves y Beneficio por hospitalización, cesando la responsabilidad de la Compañía de Seguros (...).*

#### **EXCLUSIONES DE LOS AMPAROS**

*Exclusiones para muerte o Incapacidad Total y Permanente*

*Ningún beneficio es pagadero bajo este amparo si:*

*“La muerte o incapacidad del asegurado es causada u originada por cualquier causa o enfermedad física o mental preexistente que haya sido diagnosticada o conocida por el asegurado y no declarada con anterioridad a la contratación del seguro”.*

---

<sup>12</sup> Folios 58 a 72, Cuaderno 1.

<sup>13</sup> Artículo 1077. CARGA DE LA PRUEBA: “Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso”.

La aseguradora indicó que, una vez consultadas sus bases de datos, el accionante se encuentra asegurado en esta aseguradora en virtud de la póliza de Vida Grupo Deudores y de Vida Individual Deudor del Banco Caja Social, conforme a la siguiente información:

<b>Póliza</b>	<b>No. De certificado Individual de Seguro</b>	<b>Fecha de Diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad</b>	<b>Estado actual de la póliza</b>
Vida Individual Deudor Crédito Hipotecario No.199174895131	32773	02 de marzo de 2010	Reclamación objetada
Vida Grupo Deudor Crédito de Consumo No.30013632714	4347943	30 de abril de 2014	Reclamación objetada

La compañía de seguros accionada destacó que en relación con las pólizas 32773 y 4347943, el señor Luis Fernando López presentó una reclamación como consecuencia del padecimiento de *“secuelas de evento cerebro vascular por emergencia hipertensiva y epilepsia”*<sup>14</sup>.

Así mismo, la aseguradora informó que había dado respuesta a dichas reclamaciones, objetando la solicitud de indemnización, debido al *“evidente incumplimiento de parte del asegurado al momento de adquirir el seguro, de declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinaban el estado de riesgo, es decir, sus verdaderas condiciones de salud”*<sup>15</sup>.

Aseguró también, que de conformidad con la historia clínica aportada por el accionante en la reclamación<sup>16</sup>, le informó a éste que las patologías por las cuales solicitó la indemnización, las venía padeciendo desde antes de adquirir el seguro y no fueron informadas a la aseguradora con el fin de evaluar las condiciones en que podría hacer efectiva su reclamación. Específicamente, en el formato de calificación de pérdida de capacidad laboral se consignó que los antecedentes de epilepsia se presentan desde los 12 años de edad.

Así las cosas, el asegurado fue reticente, pues no informó sobre su estado de salud cuando diligenció las declaraciones de asegurabilidad, a pesar de que fue consultado concretamente sobre su estado, condiciones y antecedentes de salud, razón por la cual no resulta procedente autorizar el pago de ninguna indemnización.

Por otra parte, indicó la compañía de seguros que la acción de tutela no está contemplada para hacer efectivo el cumplimiento de un contrato de seguro, toda

<sup>14</sup> Folio 62, Cuaderno 1.

<sup>15</sup> Folio 63, Cuaderno 1.

<sup>16</sup> Las historias clínicas del señor López con fecha 28 de septiembre de 2009 y 4 marzo de 2010, establecen que el asegurado padecía *“epilepsia e hipertensión arterial”*, lo cual según la aseguradora significa que antes de tomar el seguro, ya tenía dichas enfermedades. (Folio 63, Cuaderno 2).

vez que el pago u objeción del mismo, obedecerá a las condiciones pactadas en el contrato, así como los límites y condiciones de dicho acuerdo de voluntades.

Si el accionante no está de acuerdo con la objeción al pago del seguro reclamado, cuenta con otros medios de defensa distintos a la tutela para manifestar y debatir su inconformidad. De ahí que, en el presente caso, la acción constitucional resulta improcedente y no procede siquiera como mecanismo transitorio, pues no se acreditó la existencia de un perjuicio irremediable que haga viable el amparo constitucional.

A la aseguradora no se le puede endilgar la vulneración de ningún derecho fundamental del señor López, toda vez que su actuación se enmarca dentro de la legalidad al probar fehacientemente que los diagnósticos, patologías y padecimientos que sustentan la solicitud del asegurado, son preexistentes al contrato de seguro y los mismos no fueron declarados<sup>17</sup>.

## **4.2. Respuesta de Terceros Oficiados**

### **4.2.1. Fondo Nacional del Ahorro**

El Fondo Nacional del Ahorro manifestó que, al revisar su base de datos, encontró que el 17 de febrero de 2009, el señor Luis Fernando López solicitó un crédito hipotecario por valor de \$13.599.969. No obstante, después de recibir la aprobación, el actor desistió del mismo<sup>18</sup>. Así las cosas, el fondo no tiene la calidad de tercero en la demanda en cuestión, ya que finalmente no desembolsó crédito alguno. En consecuencia, advirtió carencia de legitimación en la causa por pasiva, oponiéndose a la totalidad de las pretensiones por considerar que no ha violado derecho fundamental alguno<sup>19</sup>.

### **4.2.2. Banco Caja Social**

El Banco Caja Social se opuso a la totalidad de las pretensiones y solicitó la desvinculación de la presente acción constitucional por falta de legitimación en la causa por pasiva, al considerar que la entidad competente para verificar cualquier tema relacionado con el contrato de seguro, en este caso, es la compañía de seguros demandada. Así mismo, aseguró el banco que no ha vulnerado los derechos invocados por el señor López. Como consecuencia de lo anterior, solicitó que se le desvinculara del trámite tutelar<sup>20</sup>.

### **4.2.3. Juzgado Civil Municipal de Descongestión de Kennedy<sup>21</sup>**

---

<sup>17</sup> Folio 71, Cuaderno 1.

<sup>18</sup> Su desistimiento se presentó el 4 de mayo de 2010 según consta en el Folio 145, Cuaderno 1.

<sup>19</sup> Folios 144 a 148, Cuaderno 1.

<sup>20</sup> Folios 108 a 110, Cuaderno 1.

<sup>21</sup> Por medio del Acuerdo No.PSAA15-10402 del Consejo Superior de la Judicatura, se crearon las redes desconcentradas, para esa época el despacho se llamaba Juzgado Primero de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de la Localidad de Kennedy. Ahora bien de conformidad con el Acuerdo No.PSAA16-10512 del 29 de abril de 2016, el Despacho actualmente se denomina Juzgado Civil Municipal de Descongestión de Kennedy. (Folios 100 y 101, Cuaderno 1).

El Juzgado Civil Municipal de Descongestión de Kennedy señaló que conforme al acta de reparto del día 14 de diciembre de 2015 le correspondió el conocimiento de un proceso hipotecario radicado con el No.11001410375120150116100, proveniente del Juzgado Veintiocho Civil Municipal de Bogotá adelantado por el Banco Caja Social en contra del señor Luis Fernando López<sup>22</sup>.

Bajo este contexto, indicó que mediante Auto del 19 de enero de 2016, se profirió mandamiento de pago por las sumas establecidas en los pagarés correspondientes y conforme a la solicitud del demandante (Banco Caja Social) se decretó el embargo del inmueble objeto de gravamen identificado con el folio de matrícula No. 50S-40532572, decisiones que fueron notificadas al demandado de manera personal a través de su apoderada, quien actúa como profesional del derecho, mediante la figura del amparo de pobreza<sup>23</sup>.

Con relación al reconocimiento y pago del contrato de seguro celebrado entre el señor López y la aseguradora demandada, advirtió que no es un asunto que el juzgado deba resolver por cuanto se trata de un conflicto inter partes, tema ajeno al proceso hipotecario. Como consecuencia de lo anterior, solicitó que se declare la improcedencia de la acción de tutela, pues el accionante puede acceder a los mecanismos de defensa para la protección de sus derechos. Aunado a lo anterior, no se ha vulnerado derecho fundamental alguno<sup>24</sup>.

#### **4.2.4. EPS Capital Salud**

A pesar de que la EPS Capital Salud fue notificada de la demanda de tutela, no se pronunció al respecto.

## **II. DECISIONES JUDICIALES OBJETO DE REVISIÓN**

### **1. Primera instancia**

El 10 de marzo de 2017, el Juzgado Séptimo Penal con Función de Control de Garantías de Bogotá<sup>25</sup> resolvió “*DENEGAR por improcedente la acción de tutela impetrada por Luis Fernando López*” al considerar que no cumplió con el requisito de inmediatez, pues transcurrió un término muy amplio entre la ocurrencia de los hechos generadores de la presunta vulneración de los derechos fundamentales y la solicitud de amparo.

Por otra parte, argumentó el juzgado que de los hechos de la demanda se advierte que el señor Luis Fernando López al diligenciar el formulario<sup>26</sup>, “*faltó a la verdad, por cuanto tras la reclamación efectuada, dicha entidad logró establecer que de acuerdo a su historia clínica con antelación a la suscripción de dicho*

---

<sup>22</sup> Folio 53 a 55, Cuaderno 1.

<sup>23</sup> Ídem.

<sup>24</sup> Folio 55, Cuaderno 1.

<sup>25</sup> Folios 165 a 176, Cuaderno 1.

<sup>26</sup> Solicitud/Certificado Individual de Seguro de Vida grupo Deudores – “*Declaración de Asegurabilidad*”. (Folio 172, Cuaderno 1).

*documento ya padecía las patologías por las cuales solicita la afectación de la póliza, tales como epilepsia en tratamiento e hipertensión controlada*”<sup>27</sup>.

Consideró el fallador que el actor acudió al mecanismo de tutela como una vía principal, sin tener en cuenta que el legislador desarrolló el ámbito de la jurisdicción ordinaria al que por regla general se debe acudir para resolver este tipo de controversias, por lo tanto, tampoco se cumple con el requisito de subsidiariedad.

Para el *a quo* no es suficiente la simple manifestación del demandante acerca de su estado de indefensión en la que se encuentra, porque además se requiere que éste acredite el perjuicio alegado y, en el presente caso, no demostró la ausencia de recursos para solventar sus necesidades y las de su familia, por lo cual sus argumentos no encuentran sustento<sup>28</sup>.

## **2. Impugnación**

El 17 de marzo de 2017, el señor Luis Fernando López presentó escrito de impugnación<sup>29</sup>. Resaltó la importancia de que el juez constitucional de aplicación a la Sentencia SU-442 de 2016, pues es claro que cuando se trata de un sujeto de especial protección constitucional debe estudiarse el requisito de inmediatez con mayor flexibilidad.

Adicionalmente, afirmó el actor que a su juicio, el juez no valoró de manera adecuada el material probatorio allegado al proceso por las siguientes razones: (i) existe un proceso hipotecario en su contra, y su inmueble está en trámite de remate; (ii) existe un dictamen de pérdida de capacidad laboral, que es un documento que prueba su invalidez y por consiguiente su calidad de sujeto de especial protección constitucional; y (iii) actualmente no cuenta con los ingresos suficientes para pagar la deuda contraída<sup>30</sup>.

De otra parte, indicó el accionante que el juez incurrió en error al considerar que la jurisdicción ordinaria es un medio idóneo y eficaz para la protección de sus derechos, pues debido a su estado de salud y al riesgo inminente de perder su vivienda, no resulta razonable que deba soportar dicho proceso además de que no cuenta con recursos para pagar un abogado. Teniendo en cuenta lo anterior, considera que el *a quo* incumplió con las reglas jurisprudenciales en materia de procedibilidad de la acción de tutela<sup>31</sup>.

## **3. Segunda instancia**

El 28 de abril de 2017, el Juzgado Veinte Penal del Circuito con Función de Conocimiento de Bogotá, resolvió confirmar el fallo de primera instancia<sup>32</sup>.

---

<sup>27</sup> Folio 172, Cuaderno 1.

<sup>28</sup> Folio 173, Cuaderno 1.

<sup>29</sup> Folios 188 a 201, Cuaderno 1.

<sup>30</sup> Folio 192, Cuaderno 1.

<sup>31</sup> Ídem.

<sup>32</sup> Folios 13 a 27, Cuaderno 2.

Al respecto, manifestó el *ad quem* que no se cumple con el requisito de subsidiariedad por lo cual se torna improcedente la acción de tutela, ya que ésta sólo procede cuando se han agotado oportunamente los recursos o medios de defensa judiciales previstos por el legislador para obtener la protección de los derechos presuntamente vulnerados o cuando se acude a este mecanismo de manera transitoria para evitar un perjuicio irremediable<sup>33</sup>, lo cual en este caso no aconteció.

### **III. ACTUACIONES ADELANTADAS ANTE LA CORTE CONSTITUCIONAL Y PRUEBAS RECAUDADAS EN SEDE DE REVISIÓN:**

1. El Magistrado Sustanciador<sup>34</sup> en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, y con el ánimo de obtener los elementos de juicio necesarios para adoptar una mejor decisión, el día 22 de agosto de 2017, emitió un auto en el que decretó la práctica de pruebas, en los siguientes términos<sup>35</sup>.

*“PRIMERO: Por Secretaría General de esta corporación, OFÍCIESE al señor Luis Fernando López, para que dentro de los tres (3) días siguientes al recibo de la notificación de esta providencia, complemente la información suministrada en la acción de tutela y exprese lo que considere pertinente. De esta manera, se le solicita al accionante que proceda a informar:*

- 1. ¿Cuáles son sus ingresos y gastos mensuales y a cuánto ascienden?*
- 2. ¿De dónde obtiene dichos ingresos?*
- 3. En el caso de no contar con un ingreso fijo. Explique a esta Corte, ¿Cómo solventa sus gastos mensuales de sostenimiento?*
- 4. Teniendo en cuenta que en la página web del Registro Único de información - RUAF se constata la afiliación al régimen contributivo en Compesar E.P.S., y al fondo privado de pensiones Porvenir, explique a la Corte ¿De dónde obtiene los recursos para sufragar estos aportes como independiente?*
- 5. Explique a este despacho si ha iniciado algún proceso ante la Jurisdicción Ordinaria por los hechos referidos en la acción de tutela interpuesta y, si es del caso, en qué estado se encuentra dicho proceso.*
- 6. ¿Quiénes integran su grupo familiar, qué edad tiene cada uno, qué actividades realizan y de ellos quiénes se encuentran a su cargo?*

*SEGUNDO: Por Secretaría General de esta corporación, OFÍCIESE al Banco Caja Social para que dentro de los tres (3) días siguientes al recibo*

<sup>33</sup> Artículo 6 del Decreto 2591 de 1991.

<sup>34</sup> El Magistrado Sustanciador en principio fue el Doctor Alejandro Linares Cantillo.

<sup>35</sup> Folios 12 y 13, Cuaderno 3.

*de la notificación de esta providencia, complemente la información suministrada en la acción de tutela y exprese lo que considere pertinente. De esta manera, se le solicita al accionado que proceda a informar:*

- (i) ¿Qué actuaciones o trámites ha realizado para reclamar ante la Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A., la efectividad de las pólizas de vida grupo deudores suscritas por Luis Fernando López de la que es tomador y beneficiario el Banco Caja Social?*
- (ii) ¿Qué soporte, acompañamiento o asesoría ha prestado y de qué tipo al señor Luis Fernando López en el procedimiento de reclamación ante la aseguradora?*

*TERCERO: Por Secretaría General de esta corporación, OFÍCIESE al Juzgado de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de la Sede Descentralizada de Kennedy y al Juzgado Primero Civil Municipal de Descongestión de Kennedy para que dentro de los tres (3) días siguientes al recibo de la notificación de esta providencia, complemente la información suministrada en la acción de tutela y exprese lo que considere pertinente. De esta manera, se le solicita al accionado que proceda a informar:*

- (i) ¿Qué actuaciones se han realizado a la fecha dentro del proceso ejecutivo hipotecario No. 11001410375120150116100 adelantado por el Banco Caja Social contra Luis Fernando López?*
- (ii) ¿En qué estado se encuentra el proceso antes referido?*
- (iii) ¿Para cuándo se prevé el eventual remate?*
- (iv) ¿Por qué razón, a pesar de que el Juzgado de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de la Sede Descentralizada de Kennedy fue vinculado al proceso de acción de tutela de referencia, quien da respuesta a la demanda es el Juzgado Primero Civil Municipal de Descongestión de Kennedy?*

*CUARTO: Por Secretaría General de esta corporación, OFÍCIESE a la Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A., para que dentro de los tres (3) días siguientes al recibo de la notificación de esta providencia, complemente la información suministrada en la acción de tutela y exprese lo que considere pertinente. De esta manera, se le solicita al accionado que proceda a informar:*

- (i) ¿Qué actuaciones ha realizado el Banco Caja Social, en su calidad de tomador y beneficiario del contrato de seguro de vida grupo deudores?*
- (ii) Aporte copia de los contratos de seguro de vida grupo deudores suscrito por el señor Luis Fernando López dentro del crédito de vivienda bajo el No. \*\*\*5131 y para el crédito de libre inversión No. \*\*\*\*2714.”*

2. Como respuesta de lo anterior, el día 8 de septiembre de 2017, la Secretaría General de esta Corporación, puso en conocimiento del Magistrado Sustanciador las comunicaciones del demandante, el representante legal para asuntos judiciales del Banco Caja Social, el Juez Primero Civil Municipal de Descongestión de Kennedy y de la Secretaria General de Colmena Seguros S.A., las cuales se recibieron durante el término establecido en el auto anterior. A continuación se relaciona cada una de las respuestas.

### **2.1. Luis Fernando López**

El accionante brindó respuesta a los cuestionamientos hechos por el Magistrado Sustanciador en los siguientes términos<sup>36</sup>:

“(…)

*A la primera pregunta:*

*Mis ingresos mensuales son variables y dependen en gran medida de mi estado de salud. Pero puedo decir que en un mes en donde tenga un buen desempeño en el trabajo informal actual, puedo llegar a devengar ingresos de hasta 450.000. No tengo ningún otro ingreso en la actualidad*

*Mis gastos mensuales varían. Sin embargo, en la actualidad estoy haciendo abonos al crédito con el banco que me prestó el dinero para adquirir mi vivienda pues me han indicado que si dejo de pagar se verán obligados a solicitar el remate de la vivienda. Esos abonos son de 300.000 pesos mensuales. Yo hago esos abonos porque de todas formas, así no tuviera en donde vivir, debo pagar un canon de arrendamiento. En cuanto los otros gastos, para llegar al trabajo informal que tengo, debo pagar el transporte que asciende a 4 mil pesos diarios lo que equivale a 20 mil pesos semanal y cerca de 80 mil pesos mensuales. A veces este gasto asciende pues me dirijo al Consultorio jurídico de la Universidad Javeriana en donde me brindan apoyo en asuntos legales de su competencia. Lo que me sobra lo uso para atender mis necesidades básicas de alimentación. En cuanto a este último gasto, mi esposa suele ayudarme con proveerme alimentación y pagar los servicios públicos de la casa.*

*A la segunda pregunta:*

*Yo obtengo mis ingresos del trabajo informal que tengo en una fábrica y distribuidora de calzado ubicada en el Barrio Santander de Bogotá. Antes de mi situación de discapacidad, yo trabajaba en esta industria y el dueño del taller actual me tiene vinculado de manera excepcional para ayudarme a sufragar mis gastos. Yo no puedo asistir todos los días al taller porque debo visitar especialistas médicos con frecuencia. En todo caso, mi pago es de 2 mil pesos por zapato que maquille y en una buena semana puedo*

---

<sup>36</sup> Folios 26 y 27. Cuaderno 1.

*maquillar hasta 50 pares, con lo cual puedo llegar a llevar hasta 100 mil pesos semanales a mi casa.*

*A la tercera pregunta:*

*Tal y como expliqué en la respuesta a la primera pregunta, cuento con la solidaridad de mi esposa quien a pesar de sus limitaciones económicas ha sido generosa en hacer un esfuerzo y pagar los servicios públicos y proveer el alimento necesario en el hogar. Yo trato de ayudar en la medida de lo posible pues sus ingresos también son restringidos y tiene obligaciones.*

*A la cuarta pregunta:*

*Me causa inquietud el hallazgo de la corte en su búsqueda en el RUAF toda vez que yo estoy en el régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud. Así lo demuestra la fotocopia del carné que aportó junto con este escrito. Puede tratarse de un tema de homonimia. En cuanto a la afiliación al fondo de pensiones Porvenir, desconozco el motivo, pero podría atribuirse a que en el pasado yo estuve vinculado a alguna compañía que haya realizado aportes y por tal motivo me encuentre afiliado que es diferente a estar activo y aportando. Para tal fin, y por total transparencia en la decisión, autorizo al despacho para que oficie a ambas entidades consultando si estoy vinculado en la actualidad a ellos y el estado de mi afiliación con el fin de corroborar el momento del último aporte.*

*A la quinta pregunta:*

*No he iniciado ninguna acción ante la jurisdicción ordinaria por los hechos de la acción de tutela interpuesta.*

*A la sexta pregunta:*

*Mi grupo familiar está integrado por mi compañera, Luz Marina Ramos, que tiene 49 años y yo, Luis Fernando López que nací el 19 de septiembre de 1969, es decir, que cumpla el próximo mes 48 años. Además mi esposa tiene un hijo de 24 años, llamado Jorge Humberto Muñoz Ramos, quien estudia una carrera técnica. Mi compañera Luz Marina trabaja en una fábrica donde producen productos relacionados con el caucho. Ella allá devenga un salario mínimo.”*

Finalmente, anexó fotocopia del carné de Capital Salud EPS. En dicho documento consta que hace parte del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## **2.2. Colmena Seguros S.A.**

Colmena Seguros S.A. precisó que las actuaciones efectuadas por el Banco Caja Social fueron las siguientes: (i) recepción del aviso del siniestro, (ii) cálculo y elaboración de la certificación del saldo de la deuda del crédito amparado por el seguro en los términos que señala el artículo 1077 del Código de Comercio, relativo a la cuantía de la reclamación y (iii) remisión al asegurador de los documentos radicados por el señor Luis Fernando López junto con la certificación del saldo de la deuda. Así mismo, adjuntó copia de la solicitud o certificado individual de seguro de vida grupo deudores suscritos por el actor y los documentos relacionados con el crédito hipotecario y de libre inversión<sup>37</sup>.

### **2.3. Banco Caja Social**

La entidad financiera señaló que, revisados los sistemas de información, los días 5 de junio de 2015 y 18 de octubre de 2016 envió Colmena Seguros S.A. las reclamaciones presentadas por el señor Luis Fernando López encaminadas a solicitar la aplicación de la cobertura de la póliza del seguro de vida. Frente al acompañamiento que realiza la entidad bancaria aseguró que esta actividad inició con la entrega de la copia de la póliza del seguro de vida, además se le informó al demandante *“de manera diáfana y comprensible las condiciones pactadas al momento de suscripción de la solicitud de certificado individual, el proceso de reclamación, las condiciones particulares para el pago de indemnizaciones y los documentos que se requieren presentar dependiendo de la cobertura que se pretende afectar”*. Actualmente, la entidad bancaria ha adoptado medidas tendientes a capacitar a los asesores de servicio, para que ayuden y orienten a los clientes frente a los servicios y las reclamaciones<sup>38</sup>.

### **2.4. Juzgado Primero de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de la Localidad de Kennedy**

El Juzgado Primero Civil Municipal de Descongestión de Kennedy<sup>39</sup> hizo un breve recuento de los antecedentes de la solicitud de amparo y de todas las etapas del proceso hipotecario. Así mismo, señaló que el inmueble objeto de la litis, se encuentra en estado de "eventual remate", según lo establecido en el artículo 448 del Código General del Proceso, sin que exista una fecha exacta de su ocurrencia, toda vez que no se ha surtido el secuestro y el avalúo del inmueble<sup>40</sup>.

## **IV. CONSIDERACIONES**

### **1. Competencia**

Esta Sala de Revisión de la Corte Constitucional es competente para conocer del asunto en cuestión y proferir sentencia dentro de la presente acción de tutela, con

---

<sup>37</sup> Folios 34 a 95. Cuaderno 3.

<sup>38</sup> Folios 96 a 99. Cuaderno 3.

<sup>39</sup> Folios 100 a 101. Cuaderno 3.

<sup>40</sup> En la respuesta también se especificó que a través del Acuerdo No. PSAA15-10402 del Consejo Superior de la Judicatura, se crearon las sedes desconcentradas, para esa época el despacho se denominaba Juzgado Primero de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de la Localidad de Kennedy, pero de conformidad con el Acuerdo No. PSAA16-10512 del 29 de abril de 2016 actualmente se denomina Juzgado Primero Civil Municipal de Descongestión de Kennedy.

fundamento en los artículos 86, inciso 2 y 241 numeral 9 de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

## **2. Procedibilidad de la acción de tutela**

Inicialmente la Sala debe entrar a establecer si se cumplen los requisitos de procedencia de la acción de tutela en el presente caso.

### **2.1 Legitimación por activa**

El artículo 86 de la Constitución Política reconoce el derecho de toda persona de reclamar mediante acción constitucional la protección inmediata de sus derechos fundamentales. Este precepto constitucional se desarrolla en el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991, según el cual: *“la acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán auténticos. También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud”*.

En el caso bajo examen, el accionante se encuentra legitimado para interponer la presente acción de tutela, no sólo porque actúa directamente, sino también porque solicita la protección de sus derechos fundamentales al mínimo vital, vida digna, vivienda digna y seguridad social, presuntamente vulnerados por la decisión de Colmena Seguros S.A. al no hacer efectiva la póliza Vida Grupo Individual Deudor que suscribió, con el argumento de que existió una reticencia por parte del asegurado.

### **2.2 Legitimación por pasiva**

Conforme el artículo 86 superior la solicitud de amparo puede interponerse contra cualquier autoridad pública que por su acción y omisión amenace o dañe derechos fundamentales. Igualmente, la misma norma señala que la acción de tutela es procedente contra particulares en cuatro eventos, principalmente: i) cuando éstos prestan un servicio público, ii) cuando su proceder afecte el interés colectivo, iii) cuando éstos actúan frente a ciudadanos que se encuentran en estado de subordinación o, iv) en estado de indefensión<sup>41</sup>.

En el presente caso, la Sala observa que la accionada es Colmena Seguros S.A., empresa de carácter particular que ejerce la actividad aseguradora, por lo tanto es menester determinar si frente a esta entidad se cumple con alguno de los presupuestos que permiten la procedencia excepcional de la acción tutelar en su contra.

---

<sup>41</sup> T-282 de 2016.

La Corte, en la Sentencia T-463 de 2017 frente al particular señaló que (i) la actividad aseguradora si bien es de interés público<sup>42</sup>, no puede ser catalogada como un servicio público<sup>43</sup>, toda vez que la suscripción y reclamación de pólizas no corresponden a una labor que deba ser prestada de forma regular, permanente y continua, sino al objeto de un contrato cuyo objeto es amparar la ocurrencia de un riesgo<sup>44</sup>; y (ii) no existe una afectación al interés colectivo, pues el asunto consiste en una reclamación a título personal con fundamento en la celebración de un contrato de seguro; no obstante (iii) sí se presenta un estado de subordinación o indefensión del accionante respecto de la compañía accionada.

Frente a este tema, la jurisprudencia constitucional ha determinado la viabilidad de la acción constitucional contra particulares que ejercen actividades bancarias y aseguradoras, dado que generalmente se presenta un desequilibrio natural, pues el cliente o usuario se encuentra en una posición de indefensión frente a las empresas con las cuales contrata dichos servicios, toda vez que dichos establecimientos gozan de una posición dominante en el mercado frente a los usuarios.

Precisamente, respecto de las empresas aseguradoras esta Corporación destacó en la Sentencia T-058 de 2016 que éstas a través de contratos de adhesión determinan el valor de las primas, el monto de los deducibles, el régimen de garantías y las exclusiones con fundamento en las cuales niegan el pago del riesgo asegurado. De ahí que, el estado de indefensión del cliente se proyecta no solo cuando solicita la adquisición de un producto que asegure sus intereses sino también cuando pretende el reconocimiento de las prestaciones que amparan el riesgo asegurado.

En el asunto objeto de estudio la Sala observa que se cumple el requisito de legitimación por pasiva, toda vez que de la exposición del demandante se infiere su posición de indefensión ante la aseguradora, quien presuntamente está incumpliendo, sin justificación, las obligaciones derivadas del contrato de seguro que suscribieron en el año 2010, lo cual va en contra de sus intereses y, a su juicio, pone en riesgo sus derechos fundamentales a la vida digna, mínimo vital, vivienda digna y seguridad social, al tratarse de una persona con un 51% de pérdida de capacidad laboral.

### 2.3 Inmediatez

---

<sup>42</sup> El artículo 335 de la Constitución Política establece que “*las actividades financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos de captación a las que se refiere el literal d) del numeral 19 del artículo 150 son de interés público (...)*”.

<sup>43</sup> El artículo 430 del Código Sustantivo del Trabajo define a los servicios públicos como: “*toda actividad organizada que tienda a satisfacer necesidades de interés general en forma regular y continua, de acuerdo con un régimen jurídico especial, bien que se realice por el Estado directa o indirectamente, o por personas privadas*”. Por su parte, el artículo 3 de la Ley 80 de 1993, reitera la misma definición al considerar a los servicios públicos como aquellos “*que están destinados a satisfacer necesidades colectivas en forma general, permanente y continua, bajo la dirección, regulación y control del Estado, así como aquéllos mediante los cuales el Estado busca preservar el orden y asegurar el cumplimiento de sus fines*” (Subrayado fuera de texto original).

<sup>44</sup> Corte Constitucional, Sentencia T -058 de 2016 (MP Luis Guillermo Guerrero Pérez; AV Gabriel Eduardo Mendoza Martelo y Alejandro Linares Cantillo).

El principio de inmediatez de la acción de tutela tiene como objetivo la protección de la seguridad jurídica y los intereses de terceros, y no se refiere a una regla o término de caducidad, lo cual resulta opuesto a aquello establecido en el artículo 86 de la Constitución Política. La satisfacción de este requisito debe analizarse bajo el concepto de plazo razonable y considerando las condiciones de cada caso concreto. El término “*razonable*” hace alusión a la finalidad de la acción, que supone a su vez la protección urgente e inmediata de un derecho constitucional fundamental que está siendo vulnerado.

En el asunto objeto de estudio, esta Sala advierte que se cumple con el requisito de inmediatez, ya que la última comunicación a través de la cual la empresa aseguradora objetó la reclamación presentada por el demandante tiene fecha de 19 de julio de 2016 y la acción de tutela fue presentada el 24 de febrero de 2017, es decir, que entre la respuesta de la demandada y la presentación del amparo, trascurrieron 7 meses y 5 días, término que resulta razonable y oportuno.

## **2.4 Subsidiariedad**

Según el artículo 86 de la Constitución Política la acción de tutela es un mecanismo de protección de derechos fundamentales que “*sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable*”.

Por regla general, la Corte Constitucional ha señalado que en principio la tutela no procede para analizar asuntos de materia contractual cuya pretensión sea de carácter económico, como es el caso de controversias relacionadas con el pago de seguros por ocurrencia del siniestro, toda vez que existen otros mecanismos que el legislador ha previsto para solucionar este tipo de conflictos.

En relación con los recursos ordinarios existentes para resolver controversias derivadas del contrato de seguros se tiene que se puede acudir a la jurisdicción ordinaria civil, en la que el legislador tiene previstos procesos judiciales tendientes a solucionar dichas controversias. Específicamente, el Código General del Proceso contempla los procesos declarativos que incluyen el verbal o el verbal sumario, según la cuantía (artículos 368 a 385, así como 390 a 394, y 398 del Código General del Proceso) o el proceso ejecutivo (artículo 422 *ibídem*) en los casos descritos en el artículo 1053 del Código de Comercio.

Igualmente, se puede acudir a la Superintendencia Financiera por medio de la acción de protección al consumidor financiero o la queja.

Dicha acción es un mecanismo de carácter administrativo a cargo de la Superintendencia Delegada para la Protección al Consumidor Financiero y Transparencia la cual es atendida y resuelta por la Dirección de Protección al Consumidor Financiero cuya finalidad es la de solucionar la controversia contractual de naturaleza aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público. El proceso a seguir es aquel de naturaleza verbal o verbal sumario según la cuantía de

conformidad con el artículo 390 del Código General del Proceso. Así, las etapas y la duración del proceso adelantado por la citada superintendencia en ejercicio de la mencionada acción se sujetan a las definidas en este tipo de procesos<sup>45</sup>.

Por su parte, la queja *“es la manifestación de inconformidad expresada por un consumidor financiero respecto de un producto o servicio adquirido, ofrecido o prestado por una entidad vigilada y puesta en conocimiento de esta, del defensor del consumidor financiero, de la Superintendencia Financiera de Colombia o de las demás instituciones competentes, según corresponda”*<sup>46</sup>. Según concepto del 24 de julio de 2011 rendido a esta Corporación, este mecanismo *“no es la vía jurídica correcta para atenderlo ya que todo aquello relacionado con (la) actividad contractual y las divergencias suscitadas en la ejecución de un contrato”* deben definirse en sede judicial y tampoco constituye un prerrequisito para iniciar el proceso ordinario correspondiente. Asimismo, en este concepto se señaló que el término para resolver las quejas de acuerdo con el Sistema de Gestión Integral para el Proceso de Atención de Quejas o Reclamos es de 180 días después de su radicación, sin embargo este se agota dependiendo de la complejidad del caso concreto y del acervo probatorio allegado.

Bajo este contexto, debido a la existencia de otros medios ordinarios de defensa judicial, por regla general, la acción de tutela resulta improcedente en el marco de un contrato de seguros. Sin embargo, si se acude a la acción de tutela alegando la vulneración o amenaza de los derechos fundamentales, el juez constitucional deberá considerar la idoneidad y eficacia de tales mecanismos judiciales en cada caso concreto, analizando si los referidos mecanismos de defensa satisfacen la protección efectiva e idónea de los derechos de raigambre fundamental de una persona de especial protección constitucional cuyo mínimo vital y, por ende, su dignidad humana se ve amenazada. Así las cosas, esta Corporación ha establecido que la amenaza de derechos fundamentales tales como la vivienda digna y el mínimo vital es un argumento suficiente para la procedencia de la acción de tutela como mecanismo definitivo. En sentencia T-282 de 2016, esta Corte ha señalado lo siguiente: *“Cabe anotar que las accionantes podían acudir a la jurisdicción ordinaria para exponer ante ellas sus diferencias con las aseguradoras; sin embargo, esa vía judicial no se ofrece como una protección oportuna y efectiva para sus derechos fundamentales, teniendo en cuenta que está en riesgo cierto su derecho al mínimo vital, por lo que se requiere, de ser factible conforme a los términos del contrato de seguro, adoptar medidas urgentes para evitar un perjuicio irremediable. Bajo estos supuestos la acción de tutela se torna procedente, incluso como mecanismo definitivo de protección constitucional”*<sup>47</sup>.

---

<sup>45</sup> Ley 1564 de 2012, 372, 373 y 392. Cabe destacar que de acuerdo con el artículo 121 de la Ley 1564 de 2012, *“salvo interrupción o suspensión del proceso por causa legal, no podrá transcurrir un lapso superior a un (1) año para dictar sentencia de primera o única instancia, contado a partir de la notificación del auto admisorio de la demanda o mandamiento ejecutivo a la parte demandada o ejecutada. Del mismo modo, el plazo para resolver la segunda instancia, no podrá ser superior a seis (6) meses, contados a partir de la recepción del expediente en la secretaría del juzgado o tribunal”*.

<sup>46</sup> Ley 1328 de 2009 *“por medio de la cual se dictan normas en materia financiera, de seguros, del mercado de valores y otras disposiciones”*, artículo 2, literal g.

<sup>47</sup> T-282 de 2016.

Vale la pena recalcar que un contrato de seguros puede celebrarse entre personas jurídicas con posiciones socio económicas equivalentes o asimétricas. En el segundo escenario, el desbalance puede comprometer el equilibrio en la relación contractual ocasionando un estado de indefensión, situación que permite excluir la vía ordinaria y admitir la acción tutelar de manera excepcional<sup>48</sup>. Así, *“la relevancia iusfundamental de una controversia entre particulares es directamente proporcional al grado de asimetría de los sujetos involucrados y a la importancia constitucional de los bienes, derechos, pretensiones, expectativas o intereses que se encuentran en juego en la relación de la que se trate”*<sup>49</sup>.

Específicamente frente al servicio brindado por las entidades aseguradoras debe destacarse que los ciudadanos otorgan un voto de confianza consistente en que *“(…) la aseguradora asuma su responsabilidad cuando ocurra el siniestro. Por ello, las razones por las cuales las entidades aseguradoras deciden no pagar las pólizas de seguro, deben contar con suficiente fundamento jurídico especialmente en aquellos eventos en que el pago de la póliza incida en el ejercicio y goce de los derechos fundamentales”*<sup>50</sup>.

Ahora bien, para determinar la existencia de una relación contractual asimétrica frente a la cual la acción constitucional resulte procedente, en la Sentencia T-591 de 2017, se identificaron dos criterios: el primero, que se trate de una persona de especial protección constitucional -menores de edad, adultos mayores, mujeres embarazadas y personas en condición de incapacidad- y, el segundo, la afectación de su derecho fundamental al mínimo vital.

Precisamente, para una persona de especial protección constitucional la negativa de las aseguradoras de hacer efectivas las pólizas puede generar situaciones socioeconómicas complejas que en algunos casos llegan agravar su condición personal. De ahí que, la exigencia de que acuda a las acciones ordinarias, las cuales resultan prolongadas y con costos elevados, podría repercutir en su vida digna<sup>51</sup>. Por ello, se ha considerado que *“el juez constitucional debe ser más flexible, con el fin de ajustar el pronunciamiento a los postulados de igualdad material que exigen un tratamiento especial a las personas en condición de debilidad manifiesta.”*<sup>52</sup>

Lo anterior no implica que si el juez constitucional constata que ese sujeto de especial protección constitucional tiene suficientes recursos económicos y cuenta con la solidaridad de su núcleo familiar para cumplir sus obligaciones contractuales y no resulten afectadas sus garantías fundamentales, le sea vedado declarar la improcedencia de la tutela.

Ahora, si resulta amenazado o vulnerado el derecho fundamental al mínimo vital en virtud de un contrato de seguros, según la sentencia mencionada, no es posible declarar improcedente el amparo con fundamento en que el contrato se

---

<sup>48</sup> T-240 de 2016.

<sup>49</sup> T-676 de 2016.

<sup>50</sup> T-007 de 2015.

<sup>51</sup> T-676 de 2016.

<sup>52</sup> T-240 de 2016.

fundamenta en la libertad contractual y es la lógica de mercado la que delimita el clausulado privado<sup>53</sup>, por cuanto esta situación cobra especial relevancia cuando el afectado se encuentra en condición de especial protección constitucional.

Para la Corte, el juez constitucional deberá analizar en cada caso particular, si los procesos declarativos -verbal o el verbal sumario, el proceso ejecutivo, la acción de protección al consumidor financiero y la queja ante la Superintendencia Financiera constituyen el mecanismo idóneo para la efectiva protección de los derechos fundamentales alegados.

Para efectuar dicho análisis, el juez constitucional deberá tener en cuenta, en primer lugar, lo prolongados que resultan en su resolución los medios de defensa judicial de la jurisdicción ordinaria; en segundo término que en el caso de las quejas el resultado no es de carácter definitivo, no existe un término perentorio para resolverse y que, incluso, la citada superintendencia admite que este no es el mecanismo idóneo para resolver conflictos de esta naturaleza y, finalmente, que el proceso jurisdiccional que conoce esta entidad, comprende los mismos términos y etapas procesales que se manejan en el proceso ordinario. Así, estos mecanismos pueden convertirse en cargas excesivas, cuando además están en juego derechos fundamentales como el mínimo vital, vivienda digna y seguridad social.

Para esta Corte, *“es pertinente resaltar que el requisito de subsidiariedad debe ser analizado de acuerdo con las particularidades de cada caso, especialmente cuando el accionante es un sujeto de especial protección constitucional, por ejemplo, en los casos en que se encuentra en estado de indefensión”*.<sup>54</sup>

La Sala considera que en el caso analizado se cumplen las características que la jurisprudencia ha establecido con respecto al requisito de subsidiariedad, pues no obstante, la demanda de tutela se dirige a cuestionar un aspecto, en principio, de carácter contractual, lo cierto es que éste tiene una consecuencia directa en los derechos fundamentales del accionante. Si bien la petición primordial es el reconocimiento y pago de un seguro de vida, lo cierto es que la omisión de la aseguradora implica una amenaza del mínimo vital del demandante, toda vez que actualmente se adelanta un proceso ejecutivo sobre la vivienda en la que habita junto con su familia, la cual, además, ya es objeto de embargo. Es conveniente resaltar que el peticionario se encuentra en una situación de debilidad manifiesta, como consecuencia de la pérdida de su capacidad laboral en un 51%, la ausencia de una pensión y los escasos ingresos de su familia frente al pago de la deuda hipotecaria, el tratamiento de su enfermedad y la subsistencia de su grupo familiar<sup>55</sup>.

### **3. Planteamiento del problema jurídico y estructura de la decisión**

En esta oportunidad corresponde a la Sala responder el siguiente problema jurídico:

---

<sup>53</sup> T-268 de 2008.

<sup>54</sup> T-282 de 2016.

<sup>55</sup> *Ibíd*

¿Vulnera Colmena Seguros S.A. los derechos fundamentales del señor Luis Fernando López, al negarse a hacer efectiva la póliza Vida Grupo Individual Deudor con el argumento de que el asegurado no declaró las enfermedades que padecía, al momento de la celebración del contrato de seguro y por lo tanto existió reticencia de su parte?

Con el objetivo de resolver el problema jurídico planteado, la Sala tratará los siguientes temas: (i) el contrato de seguro: Naturaleza jurídica, características y elementos. Reiteración de jurisprudencia; (ii) el principio de la buena fe en el contrato de seguro; y (iii) el caso concreto.

#### **4. El contrato de seguro: naturaleza jurídica, características y elementos. Reiteración de jurisprudencia**

El contrato de seguro es de naturaleza privada y como tal depende de la autonomía de la voluntad de las partes. Su objetivo reside en el mayor grado de prevención posible frente a daños a la integridad física, salud, patrimonio, bienes y demás factores que afecten la existencia del asegurado<sup>56</sup>. Su desarrollo legal se encuentra en el Título V del Libro IV del Código de Comercio.

La jurisprudencia constitucional<sup>57</sup> retomando lo expuesto por la Corte Suprema de Justicia ha entendido que en virtud del contrato de seguros *“una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina ‘prima’, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, (denominada siniestro) a indemnizar al asegurado los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta.”*<sup>58</sup>

Respecto de las partes del mencionado contrato se encuentran, por un lado, el *“asegurador”*, asume los riesgos y debe pagar la obligación ante el acaecimiento del siniestro conforme a las cláusulas del contrato y el marco jurídico correspondiente. Por otro, el *“tomador”*, quien por cuenta propia o ajena traslada los riesgos<sup>59</sup> al asegurador y le corresponde el pago de la prima según lo pactado en el contrato<sup>60</sup>. Adicionalmente, puede existir un *“tercero determinado o determinable”* tiene la posibilidad de contratar el seguro<sup>61</sup>, a quien se denomina *“asegurado”*. En este contexto, *“al tomador incumben las obligaciones y al tercero corresponde el derecho a la prestación asegurada”*.

En cuanto a las características del contrato de seguro, la Corte en la Sentencia T-591 de 2017, señaló que dicho acuerdo de voluntades es:

a. Consensual: Se perfecciona y nace a la vida jurídica solo con el consentimiento de las partes.

---

<sup>56</sup> T-240 de 2016.

<sup>57</sup> T-591 de 2017.

<sup>58</sup> T-670 de 2016.

<sup>59</sup> Código de Comercio, artículo 1037

<sup>60</sup> T-240 de 2016.

<sup>61</sup> Código de Comercio, artículo 1039.

b. Bilateral: La obligación contraída es recíproca. El tomador se compromete a pagar la prima y, por su parte el asegurador debe asumir el riesgo y, en caso de ocurrir el siniestro, pagar la indemnización.

c. Oneroso: El tomador se encuentra a cargo del pago de la prima. La entidad aseguradora debe pagar la indemnización en caso de ocurrir el siniestro y conforme con las cláusulas del contrato celebrado.

d. Aleatorio: La obligación de las partes, asegurador y asegurado, está sujeta a la eventual ocurrencia del siniestro.

e. De tracto sucesivo: Las obligaciones contraídas no implican actuaciones instantáneas, se desenvuelven continuamente hasta que terminan.

En lo referente a los “*elementos esenciales*” del contrato de seguros, la sentencia referida señaló que son a saber: (i) el interés asegurable, (ii) el riesgo asegurable<sup>62</sup>; (iii) la prima o precio del seguro; y (iv) la obligación condicional del asegurador y los definió de la siguiente manera:

*“(i) Interés asegurable: el interés debe ser lícito y susceptible de estimación en dinero. Tiene interés asegurable quien tenga un patrimonio que pueda resultar afectado, directa o indirectamente, por la ocurrencia de un riesgo<sup>63</sup>. Todas las personas tienen interés asegurable<sup>64</sup> en a) su propia vida; b) en la de las personas a quienes legalmente puedan reclamar alimentos; y c) en la de las personas cuya muerte o incapacidad le puedan implicar perjuicios económicos, aunque éste no sea susceptible de una evaluación cierta.*

*(ii) El ‘riesgo asegurable’<sup>65</sup> permite identificar el siniestro, definir las obligaciones para las partes, la forma de ejecución del contrato y el valor de la prima del seguro<sup>66</sup>. Se comprende como un a) suceso incierto; b) su ocurrencia no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, según sea el caso; c) su realización da origen a la obligación del asegurador. En contraste, no son parte del contrato de seguros a) los ‘hechos ciertos’, a excepción de ‘la muerte, y los físicamente imposibles’; b) ‘la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento’; c) ‘el dolo, la culpa grave y los actos meramente potestativos del tomador, asegurado o beneficiario’; tampoco es posible amparar al asegurado contra las sanciones de carácter penal o policivo<sup>67</sup>.*

*Conforme con el artículo 1072 del Código de Comercio, ‘se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado’.*

---

<sup>62</sup> Código de Comercio, artículo 1054

<sup>63</sup> Código de Comercio, artículo 1083.

<sup>64</sup> Código de Comercio, artículo 1137.

<sup>65</sup> Código de Comercio, artículo 1054.

<sup>66</sup> T-670 de 2016.

<sup>67</sup> Código de Comercio, artículo 1055.

(iii) La ‘prima o precio del seguro’ comprende la suma o importe a cuyo pago se compromete el tomador para obtener la cobertura del riesgo. Su monto lo determina la entidad aseguradora con base en el riesgo asegurado<sup>68</sup>.

(iv) La ‘obligación condicional del asegurador’ conforme con esta se establecen los siniestros que hacen efectiva la póliza. Por consiguiente, la entidad aseguradora no está obligada a pagar cualquier perjuicio, sólo se compromete a la indemnización en aquellos eventos discriminados y seleccionados al momento de realizar el contrato.’<sup>69</sup>

Según el artículo 40 del Código de Comercio ante la ausencia de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno.

## 5. El principio de la buena fe en el contrato de seguro

El contrato de seguros es un contrato *uberrimae fidae*<sup>70</sup>, lo que implica que la eficacia de sus efectos depende del acatamiento a la buena fe<sup>71</sup>. Dicho principio se relaciona con al menos dos preceptos: (i) la integración leal y honesta del clausulado contractual y (ii) la obligación del asegurado de declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo<sup>72</sup>.

En relación con el primer precepto se tiene que en desarrollo del principio de la buena fe, las cláusulas del contrato de seguro deben ser acordadas con claridad, sin vacíos ni ambigüedades, de lo contrario, se entienden contrarias a quien las pactó. Frente al particular el artículo 1624 del Código Civil, establece: “*las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que haya debido darse por ella*”<sup>73</sup>.

En lo que atañe al contrato de seguros, por lo general, las entidades aseguradoras son quienes lo estructuran para lo cual utilizan contratos de adhesión, es decir, imponen el contenido del negocio. En cambio, el consumidor financiero, tiene una escasa participación en la elaboración del mismo, por ende, debe ser protegido<sup>74</sup>. Ahora, cuando la aseguradora cumple la labor de definir las condiciones del contrato se ha entendido que no debe estipular condiciones indeterminadas, ambiguas o vagas contra los intereses del asegurado y de hacerlo estas deberán ser interpretadas a favor del consumidor financiero.

---

<sup>68</sup> T-240 de 2016.

<sup>69</sup> T-240 de 2016.

<sup>70</sup> *Ibíd.*

<sup>71</sup> T-086 de 2016.

<sup>72</sup> *Ibíd.*

<sup>73</sup> Código Civil, art. 1624.

<sup>74</sup> T-670 de 2016.

Estos elementos constitucionales se han concebido en torno al principio *pro consumatore*<sup>75</sup>, cuyo propósito es proteger a los usuarios del contrato y evitar los elementos que generan inseguridad en la ejecución del mismo<sup>76</sup>. Este principio adquiere mayor relevancia cuando se involucran garantías fundamentales y sujetos de especial protección constitucional.

Bajo esta línea de orientación, se tiene que cuando las aseguradoras definen el contenido del contrato de seguros, deben abstenerse, además, de incurrir en cláusulas abusivas, práctica que está expresamente prohibida en el artículo 11 de la Ley 1328 de 2009 “[p]or la cual se dictan normas en materia financiera, de seguros, del mercado de valores y otras disposiciones”<sup>77</sup>

Ahora bien, cuando se hallen involucradas personas de especial protección constitucional, la Corte ha destacado que si bien es cierto en el referido contrato las compañías gozan de libertad para fijar las cláusulas, *“esta modalidad negocial no puede erigirse como una estipulación que otorga plenas facultades a las entidades aseguradoras para tomar ventaja de su posición en el mercado e imponer a los tomadores condiciones que restringen el uso de sus derechos como consumidores. Por esta razón, la intervención del Estado se hace necesaria en aquellos eventos en los cuales se requiera volver dúctil la interpretación de estos contratos con el fin de proteger derechos fundamentales de personas que se encuentren en estado de debilidad manifiesta.”*<sup>78</sup>

Acerca del segundo precepto, esto es, la obligación del asegurado de declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, cabe destacar que conforme al principio de la buena fe y lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, éste debe manifestar *“sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo”*, información que constituye una obligación precontractual la cual debe proporcionarse según las instrucciones de la aseguradora quien podrá adoptar un cuestionario abierto o cerrado, que en todo caso debe ser claro y desprovisto de tecnicismos<sup>79</sup>. Al otro

---

<sup>75</sup> *Ibíd.*

<sup>76</sup> T-770 de 2015, reiterada en T-670 de 2016.

<sup>77</sup> El mencionado artículo textualmente dice: “**ARTÍCULO 11. PROHIBICIÓN DE UTILIZACIÓN DE CLÁUSULAS ABUSIVAS EN CONTRATOS.** Se prohíbe las cláusulas o estipulaciones contractuales que se incorporen en los contratos de adhesión que: a) Prevean o impliquen limitación o renuncia al ejercicio de los derechos de los consumidores financieros. b) Inviertan la carga de la prueba en perjuicio del consumidor financiero. c) Incluyan espacios en blanco, siempre que su diligenciamiento no esté autorizado detalladamente en una carta de instrucciones. d) Cualquiera otra que limite los derechos de los consumidores financieros y deberes de las entidades vigiladas derivados del contrato, o exonere, atenúe o limite la responsabilidad de dichas entidades, y que puedan ocasionar perjuicios al consumidor financiero. e) Las demás que establezca de manera previa y general la Superintendencia Financiera de Colombia.

**PARÁGRAFO.** Cualquier estipulación o utilización de cláusulas abusivas en un contrato se entenderá por no escrita o sin efectos para el consumidor financiero”.

<sup>78</sup> T-240 de 2016.

<sup>79</sup> En este sentido, cabe destacar que, conforme se ha determinado por esta Corporación: “[C]uando las cláusulas no definen de la manera explícita las condiciones de la cobertura debido a la incorporación de textos de excesiva vaguedad o exclusiones de carácter eminentemente genérico, se vulnera la buena fe del tomador en tanto no resulta posible establecer el alcance de la cobertura. En ese marco, y en síntesis, las partes del contrato de seguro deben tener un acceso equitativo a la información relevante, sobre el alcance del riesgo asegurado -por una parte- y la cobertura real del contrato -por otra-.” [En consecuencia] “la carga de declarar sinceramente la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud) no puede traducirse en una imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de un establecimiento ambiguo de la cobertura, mediante cláusulas simplemente genéricas o mediante una alusión descontextualizada

extremo, la aseguradora será quien investigue el estado del riesgo, a través, por ejemplo, de la exigencia de exámenes médicos al asegurado que permitan determinar aquellas circunstancias que incidan en la realización del contrato, la onerosidad y las exclusiones del mismo, entre otros particulares.

Es de tal importancia esta declaración que, el artículo 1058 impone cierto tipo de sanciones por incurrir en reticencia o inexactitud en el suministro de la información. Así, este precepto, en relación con la reticencia, obliga al asegurado informar a la aseguradora de todas aquellas circunstancias que de conocerlas (i) o bien hacen más onerosa la relación o, simplemente (ii), priven al asegurador de celebrar el contrato. Incumplir con el citado deber, trae consecuencias negativas para el asegurado: La nulidad relativa del contrato de seguro, o recibir tan solo una parte de la póliza<sup>80</sup>. No obstante, en este último escenario, cuando han transcurrido dos años desde la expedición de la póliza la aseguradora no puede disminuir el monto de la prestación<sup>81</sup>.

De conformidad con el artículo referido, ninguna de las sanciones señaladas podrá ser aplicada cuando la aseguradora, antes de celebrar el contrato (i) ha conocido o (ii) debido conocer los hechos que aluden a los vicios de la declaración<sup>82</sup> o, (iii) en el evento de haberlos conocido, posteriormente los subsane mediante su aceptación expresa o tácita. De ahí que, la aseguradora tiene el deber de estipular en el texto de la póliza, clara y expresamente, las exclusiones o preexistencias que resulten de la información suministrada por el usuario y de su investigación<sup>83</sup>. Frente a estas, la entidad si así lo dispone no contrae obligaciones. Lo que implica que no “*pueda luego alegar en su favor las ambigüedades o los vacíos del texto por ella preparado*”.<sup>84</sup>

Bajo este contexto, se entiende por preexistencias “*aquellas afecciones que ya venían aquejando al paciente en el momento de suscribir el contrato, y que por tanto, no se incluyen como objeto de los servicios, es decir no se encuentran amparadas, y mientras que la reticencia implica mala fe en la conducta del tomador del seguro. Eso es lo que se castiga*”<sup>85</sup>.

---

de las condiciones generales del contrato, carente de la precisión que se obtiene mediante las condiciones específicas del mismo.” Sentencia T-751 de 2012, reiterada en la T-222 de 2014.

<sup>80</sup> El artículo 1058 señala textualmente:

**“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 asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.**

**Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.”** (Resaltado fuera del texto original).

<sup>81</sup> Código de Comercio, artículo 1160.

<sup>82</sup> Código de Comercio, artículo 1058.

<sup>83</sup> T-086 de 2012.

<sup>84</sup> *Ibíd.*

<sup>85</sup> T-251 de 2017.

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

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

*los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”.*

En resumen se tiene que: (i) el adquirente tiene la obligación de informar los hechos o circunstancias que conozca al momento de celebrar el contrato, relacionados con enfermedades o síntomas de las mismas, a través de un cuestionario que realice la entidad, el cual debe ser claro y carente de ambigüedades; (ii) la aseguradora debe investigar, con fundamento en esta información, el estado de salud del asegurado, mediante la solicitud de exámenes médicos recientes o la consulta a la historia clínica; (iii) las preexistencias deben quedar estipuladas en el contrato, so pena de ser ambigüedades o vacíos que no pueden alegarse para negar el pago de la póliza o reducir el monto de la obligación<sup>86</sup>; (iv) la reticencia se presenta cuando el adquirente actúa de mala fe y oculta el estado del riesgo o ha sido negligente al manifestar sus condiciones cuando la compañía interroga acerca de ellas con el fin de determinar el riesgo; (v) las aseguradoras deben acreditar la mala fe por ser quienes definen la trascendencia de los hechos en la celebración o aumento de la onerosidad del mismo; (vi) Las aseguradoras deben probar el nexo causal entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro<sup>87</sup>; (vii) las aseguradoras no pueden alegar la nulidad relativa del contrato o la disminución en el pago de la obligación cuando conocen o han debido conocer los hechos o circunstancias preexistentes o, aun así, las subsane mediante su aceptación expresa o tácita<sup>88</sup>, situación que se presenta cuando no realizan las labores investigativas que les asisten.

Con todo, para lo que interesa a la presente causa, la Corte ha señalado que cuando se trata de casos que involucran el contrato de seguro de vida deudores, por la relación de asimetría de las partes en este tipo de negocios que se refleja, por un lado, en la posición dominante de la aseguradora y de otro, por la indefensión del asegurado, quien se obliga a aceptar las cláusulas del mencionado contrato para garantizar el crédito adquirido con una entidad financiera, la negativa de las aseguradoras a pagar la indemnización pactada en el acuerdo de voluntades puede devenir en la afectación del derecho fundamental al debido proceso del asegurado.

Con relación al **seguro de vida**, este Tribunal ha establecido que:

*“En caso que la reticencia o inexactitud provengan de un error inculpable del tomador de la póliza (quien actuó de buena fe), el contrato será válido sólo en relación con aquellos aspectos asegurados que mantienen el equilibrio contractual. En el caso concreto de los seguros de vida, el artículo 1160 del Código de Comercio indica que: “[t]ranscurridos dos*

---

<sup>86</sup> Sentencias T-152 de 2006 y T-222 de 2014, entre otras.

<sup>87</sup> T-734 de 2017.

<sup>88</sup> T-832 de 2010.

*años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad. Esto quiere decir que, en el caso particular de aquellos adquirentes que omitieron información relevante al momento de manifestar su estado de riesgo, pero sobre la cual tenían desconocimiento, la compañía de seguros no podrá demandar la nulidad del contrato, sino que deberá reducir el monto de la prestación asegurada para garantizar el equilibrio del mismo, a excepción de los seguros de vida, en los que una vez transcurridos dos años desde la expedición de la póliza, no podrá reducirse el monto de la prestación”<sup>89</sup>*

En este contexto, la Corte en la Sentencia T-282 de 2016 recordó que el derecho fundamental al debido proceso, consagrado en el artículo 29 Superior, en principio, se predica de toda actuación judicial y administrativa. Sin embargo, este Tribunal también ha establecido que éste debe ser observado en las relaciones entre particulares. *“En particular, la garantía del debido proceso cobra mayor relevancia en aquellos casos en que el ciudadano se encuentra en una situación de indefensión o subordinación frente al particular, el cual puede incurrir en un abuso del derecho en virtud de su posición dominante o de su facultad de imponer algún tipo de restricción o sanción”*.

Así mismo, en la mencionada providencia, esta Corporación, indicó que el derecho fundamental al mínimo vital puede también verse vulnerado cuando la aseguradora se niega a pagar la indemnización pactada en el contrato de seguro, especialmente en aquellos casos en que el asegurado se encuentra en una situación de debilidad manifiesta, como es el caso de aquellas personas que han perdido su capacidad laboral y que, en consecuencia, no disponen de los recursos para solventar el crédito adquirido con la entidad financiera, el cual, en la mayoría de los casos, es un crédito de vivienda.

Puntualizó la Corte en dicha ocasión que, los criterios a tener en cuenta para determinar la vulneración de los derechos fundamentales del asegurado cuando las compañías de seguros alegan reticencia para no realizar el pago de la indemnización, como ocurrió en el presente caso, se relacionan con el incumplimiento de éstas de la obligación de: i) redactar precisa y taxativamente todas las exclusiones posibles; ii) realizar exámenes médicos con anterioridad a la suscripción del contrato, con el objetivo de determinar de forma real y objetiva la situación de salud del asegurado y, iii) probar la mala fe del asegurado en caso de que no se practiquen los exámenes médicos. Ahora bien, advirtió el citado fallo que si el asegurador conocía, podía conocer o no acredita los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia, no podrá eximirse de la obligación del pago del seguro.

Bajo este contexto, es pertinente resaltar que la Corte Suprema de Justicia ha reconocido en su jurisprudencia la interpretación constitucional del artículo 1058 del Código de Comercio, la cual es favorable a los sujetos de especial protección constitucional cuando la aseguradora no ha sido diligente.

---

<sup>89</sup> T-370 de 2015.

Este Tribunal advirtió que si por la naturaleza del riesgo, *“la compañía aseguradora de acuerdo con su experiencia y su iniciativa diligente, pudo y debió conocer la situación real de los riesgos y vicios de la declaración, más sin embargo, no alcanza a conocerla por su culpa, lógico es que dicha entidad corra con las consecuencias derivadas de su falta de previsión, de su negligencia para salir de la ignorancia o del error inicialmente padecido”*<sup>90</sup>

Así mismo, de conformidad con la sentencia de la Corte Suprema de Justicia del 19 de abril de 1999<sup>91</sup>, indicó que la expresión del artículo 1058 del Código de Comercio *“ha debido conocer”* hace referencia a que la actuación de la aseguradora al momento de determinar el estado de riesgo, debe ser diligente, o sea que no es de su arbitrio exigir al tomador cualquier prueba o declaración, guardando silencio sobre aspectos relevantes y mucho menos dejando a su voluntad las manifestaciones o pruebas para la determinación del verdadero estado de riesgo. La aseguradora debe asumir un comportamiento digno, en consideración a su profesionalismo en este tipo de contratación<sup>92</sup>.

Finalmente, y de conformidad con el artículo 1 y 95 de la Constitución Política, y para el caso que ocupa la atención de esta Sala, la solidaridad se hace exigible no sólo en el ejercicio de la labor legislativa sino también *“...la solidaridad imprime ciertos parámetros de conducta social a los particulares, que pretenden racionalizar ciertos intercambios sociales. En el Estado Social de Derecho, el principio de solidaridad cumple la función de corregir sistemáticamente algunos de los efectos nocivos que tienen las estructuras sociales y económicas sobre la convivencia política a largo plazo”*<sup>93</sup>.

## **7. Caso concreto**

Colmena Seguros S.A., entidad accionada, objetó el pago de la indemnización de la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudores contratada por el accionante con fundamento en el *“evidente incumplimiento de parte del asegurado al momento de adquirir el seguro, de declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinaban el estado de riesgo, es decir, sus verdaderas condiciones de salud”*. En su criterio, el señor Luis Fernando López incurrió en reticencia.

Lo anterior, según la aseguradora con fundamento en el análisis de las historias clínicas aportadas como sustento de la reclamación en las que se constata que *“las patologías por las cuales solicita la afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente, las venía padeciendo desde antes de adquirir el seguro y no fueron informadas a esta compañía para evaluar las condiciones en que le podríamos otorgar el seguro”*. Específicamente, la accionada señala que el señor López sufre de epilepsia desde los doce años y padecía de hipertensión arterial con anterioridad a la suscripción de la póliza.

---

<sup>90</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia del 18 de octubre de 1995. M.P. Pedro Lafont Planetta y JARAMILLO, Carlos Ignacio, Derecho de Seguros. Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana-Temis, 2010-2013.

<sup>91</sup> Exp. 4923

<sup>93</sup> Sentencia T-520 de 2003.

Conforme lo reiterado por la Corte en Sentencia T-222 de 2014 *“la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”*. En cualquier caso *“la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro. La Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora, pues en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades”*.

La aseguradora no demostró la mala fe del accionante, requisito necesario para que se configure la reticencia y, en consecuencia, se declare la nulidad del contrato. Podría alegar preexistencia, sin embargo, lo que se demuestra con los elementos allegados al expediente, es que la empresa accionada no realizó las labores de investigación mínimas que le asistían para estudiar el riesgo a cuyo amparo se comprometió con el accionante y, por ende, no contempló en el contrato de seguro las exclusiones que constituyen el fundamento para objetar la indemnización. Las labores de investigación fueron realizadas ante el reclamo de la póliza y solo fueron empleadas para fundamentar el rechazo del pago de la misma. Este proceder ha sido considerado por la Corte como negligente y abusivo y repercute directamente contra los derechos del demandante. Se recuerda en este punto que, de acuerdo con el artículo 1058, inciso 4º, del Código de Comercio, no se puede aplicar las sanciones al asegurado, impuestas por reticencia o inexactitud si la aseguradora *“antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan (sic) los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente”*.

De igual forma, la ausencia de mala fe en el presente caso se reafirma, además, porque de acuerdo con las fechas establecidas en el certificado de pérdida de capacidad laboral, la estructuración de la invalidez se generó el 30 de septiembre de 2015. Es decir, más de cinco años después de la celebración del contrato de seguro.

Lo anterior, indica que la aseguradora accionada recibió por varios años el pago de la prima sin manifestar oposición alguna y el señor López al momento de suscribir la obligación no tenía la posibilidad de conocer que la epilepsia y la hipertensión arterial fueran exactamente las causantes del siniestro. Adicionalmente, no se comprobó que las mencionadas patologías fueron las causas del accidente cerebro vascular que padeció el accionante y que contribuyeron a la condición médica que desencadenó en la pérdida de capacidad

laboral y es claro que la carga de la prueba le corresponde a la aseguradora, y es que no puede ser de otra manera, pues solo ella es la única que puede decir con toda certeza (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii), que se abstendrá de celebrar el contrato. Así mismo, la Corte Suprema de Justicia también ha entendido que esta carga le corresponde a la aseguradora<sup>94</sup>.

*Esta Corporación ha indicado que “Las aseguradoras sólo podrán eximirse de la responsabilidad de realizar el pago de la indemnización por razón de la presunta configuración del fenómeno de la ‘reticencia’, cuando se encuentre debidamente probada la mala fe del tomador, es decir, la voluntad de ocultar la existencia de una condición médica al momento de adquirir el seguro. Es por esta razón que dichas entidades tienen la carga de redactar de forma taxativa las exclusiones contractuales y realizar los exámenes de ingreso previamente a la suscripción del contrato”<sup>95</sup>*

En efecto, en el dictamen se consignó que el 26 % de la calificación se debe a: deficiencia por disfunción de extremidad superior dominante por alteración SNC, deficiencia por trastornos de la postura, la marcha y el movimiento y trastornos psicóticos y del humor -sin que resulte claro que éstas se deriven de las dos enfermedades anotadas- y el 25% restante se derivó del rol ocupacional adaptado con dificultad moderada –dependencia moderada para un total del 51%.

Aunado a lo anterior, la aseguradora no demostró la incidencia que sobre la onerosidad o realización del contrato de seguro hubiere tenido las enfermedades en virtud de las cuales este fue calificado mediante el dictamen del 13 de septiembre de 2016. Por consiguiente, no se encuentra demostrado cómo los alegatos de la aseguradora hubiesen afectado la póliza contratada por el demandante.

Así las cosas, la Sala constata que los fundamentos aducidos por Colmena Seguros S.A. para no hacer efectiva la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudores, contratada por el accionante, carecen de respaldo jurídico, pues no demostró la mala fe del accionante para alegar reticencia; ni preexistencia porque no adelantó las labores mínimas de investigación que le asistían para evaluar el nivel del riesgo y, por tanto, las exclusiones no fueron señaladas en el contrato de seguro; no demostró cómo la hipertensión arterial y la epilepsia padecida por el asegurado hubiese afectado la onerosidad del contrato; no acreditó la relación entre las citadas enfermedades y el siniestro y no demostró la mala fe del accionante. Cabe resaltar que la aseguradora Colmena Seguros S.A. contó con las oportunidades procesales para controvertir el material probatorio allegado por el actor, tal y como se evidencia en el expediente y en la parte de esta sentencia relativa a los antecedentes y las pruebas allegadas en sede de revisión, por lo cual, la compañía contó con el respectivo derecho de defensa.

En consecuencia, la decisión de negar el pago del seguro con fundamento en las consideraciones previamente expuestas, devino en la vulneración del derecho al

---

<sup>94</sup> T-251 de 2017.

<sup>95</sup> T-282 de 2016.

debido proceso del demandante por parte de Colmena Seguros S.A. A este respecto la sentencia 282 de 2016, ha establecido lo siguiente:

La Corte Constitucional ha establecido la existencia de la vulneración de los derechos fundamentales al debido proceso y mínimo vital en diversos casos que involucran contratos de seguro de vida de deudores. Tal y como se indicó en el acápite de procedencia, en este tipo de negocios jurídicos existe una relación de asimetría entre las partes, caracterizada, de un lado, por la posición dominante de la aseguradora, y de otro, por la indefensión del tomador, quien se obliga a aceptar en su totalidad las cláusulas del contrato de seguro para garantizar el crédito adquirido con una entidad financiera. En tanto este tipo de relaciones puede devenir en la grave afectación de los derechos fundamentales de los tomadores, la Corte Constitucional ha definido una línea jurisprudencial sólida frente a las prácticas abusivas adelantadas por las aseguradoras en detrimento de las garantías constitucionales de los usuarios.

*Ahora bien, “en virtud de las prerrogativas que el ordenamiento jurídico ha conferido a los bancos y las aseguradoras, y de su posición dominante frente al usuario, dichas entidades deberán ejercer sus facultades en el marco del principio de responsabilidad en el análisis y valoración de las pruebas aportadas. De esta forma, con el fin de evitar la configuración de un abuso del derecho, las mencionadas instituciones se encuentran en la obligación jurídica de evaluar de forma adecuada y razonable la causa que origina los incumplimientos contractuales o los siniestros, previamente a determinar si es procedente el adelantamiento de un proceso ejecutivo por razón de un presunto incumplimiento contractual, o la objeción al pago de la indemnización por razón del fenómeno de la reticencia”<sup>96</sup>.*

Aunado a esto, esta actuación irregular configuró una vulneración de los derechos fundamentales al mínimo vital y vivienda digna del peticionario, toda vez que actualmente se adelanta un proceso ejecutivo sobre el inmueble en el que habita junto con su familia, el cual, además, ya es objeto de embargo, a lo que se suma la situación de debilidad manifiesta en la que se encuentra como consecuencia de la pérdida de su capacidad laboral en un 51%, la ausencia de una pensión y los escasos ingresos de su familia frente al pago de la deuda hipotecaria, el tratamiento de su enfermedad y la subsistencia de su grupo familiar.

Con respecto a la procedencia de la acción de tutela como mecanismo definitivo, para el caso concreto, se atiende a partir de la gravedad de las condiciones socio-económicas del accionante, como quiera que está de por medio una afectación, además del mínimo vital, el derecho a la vivienda digna debido al proceso ejecutivo hipotecario que está en curso.

## **V. SÍNTESIS DE LA DECISIÓN**

La Corte Constitucional ha señalado que el juez de tutela no es competente para analizar asuntos cuya pretensión sea puramente económica, como es el caso de

---

<sup>96</sup> T-282 de 2016.

las controversias relacionadas con el pago de las pólizas de seguros de vida, pues éstos deben ser estudiados y resueltos por la jurisdicción ordinaria.

Sin embargo, este Tribunal ha aceptado la procedencia de la acción de tutela de manera excepcional, en aquellos casos en que se pueda configurar una afectación a derechos fundamentales por razón de la falta de reconocimiento de la prestación económica. Como ocurre en este caso, se evidencia una clara vulneración a los derechos al debido proceso, mínimo vital y vivienda digna del accionante.

Como consecuencia de lo anterior, y como se mencionó en apartes de esta sentencia, el requisito de subsidiariedad debe ser analizado de acuerdo con las particularidades de cada caso, especialmente cuando el accionante es un sujeto de especial protección constitucional<sup>97</sup>, como resulta del caso concreto. En efecto, la Corte ha indicado que el juez de tutela puede declarar la procedencia de la acción constitucional, incluso si no se han ejercido los mecanismos judiciales ordinarios, cuando el demandante, por su especial condición de debilidad con motivo de una enfermedad o situación de discapacidad, no se encuentra en condiciones de adelantar este tipo de procesos.

Con relación a la mala fe en la que incurrió el actor, según lo afirma la entidad accionada, se hace referencia a las características del contrato de seguro, por lo que éstos deben pactarse y ejecutarse de buena fe. Para el caso que ocupa la atención de la Sala, se puede determinar que la aseguradora no probó la mala fe del accionante correspondiéndole hacerlo, además de que debía demostrar el nexo causal entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro. Adicionalmente, como se explicó, el actor se encuentra en situación de vulnerabilidad por su enfermedad.

Por consiguiente, la Sala de Revisión revocará el fallo proferido el 28 de abril de 2017 por el Juzgado Veinte Penal del Circuito con Función de Conocimiento de Bogotá y, en su lugar, concederá el amparo como mecanismo definitivo para la protección de los derechos fundamentales al debido proceso, mínimo vital y vivienda digna de Luis Fernando López. En consecuencia, ordenará a Colmena Seguros S.A. que dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación de esta sentencia realice los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo contenido en la Póliza Vida Grupo Individual Deudor contratada por el demandante.

## **VI. DECISIÓN**

En mérito de lo expuesto, la Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional de la República de Colombia, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

### **RESUELVE**

---

<sup>97</sup> *Ibíd.*

**PRIMERO: REVOCAR** el fallo del 28 de abril de 2017 proferido por el Juzgado Veinte Penal del Circuito con Función de Conocimiento de Bogotá, en el que se confirmó la providencia adoptada el 10 de marzo de 2017 por el Juzgado Séptimo Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá, a través del cual se declaró improcedente el amparo invocado. En su lugar, **TUTELAR** los derechos fundamentales al debido proceso, mínimo vital y vivienda digna de Luis Fernando López.

**SEGUNDO: ORDENAR** a Colmena Seguros S.A., que dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación de esta sentencia, realice los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo contenido en la póliza denominada Vida Grupo Individual Deudor contratada por Luis Fernando López, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia.

**TERCERO: ORDENAR** al Banco Caja Social abstenerse de persistir en el cobro judicial o extrajudicial del crédito hipotecario en contra del señor Luis Fernando López, el cual deberá ser cubierto por Colmena Seguros S.A. En caso de haber iniciado algún trámite judicial, se ordena al juez que conoce del proceso hipotecario, darlo por terminado inmediatamente y levantar las medidas cautelares que se hayan producido con ocasión del mismo, de conformidad con la parte considerativa de este fallo.

**CUARTO:** Por Secretaría General líbrense las comunicaciones de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos allí contemplados.

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO  
Magistrado

ALEJANDRO LINARES CANTILLO  
Magistrado  
*Con salvamento de voto*

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO  
Magistrada

ROCIO LOAIZA MILIÁN  
Secretaria General (E)

