



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil, Agraria y Rural

HILDA GONZÁLEZ NEIRA

Magistrada Ponente

AC3130-2024

Radicación n.º 76736-31-03-001-2020-00033-01

(Aprobado en Sala de trece de junio de dos mil veinticuatro)

Bogotá D. C., cinco (5) de julio de dos mil veinticuatro (2024).

Se pronuncia la Corte sobre la admisibilidad de la demanda presentada por Óscar Enríquez Hurtado para sustentar el recurso de casación que interpuso frente a la sentencia de 15 de diciembre de 2023, proferida por la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Buga, dentro del proceso de incumplimiento contractual que el recurrente promovió contra Seguros de Vida Alfa S.A.

I. ANTECEDENTES

A. La pretensión

Óscar Enríquez Hurtado llamó a juicio a Seguros de Vida Alfa S.A., con el fin de que:

i)- «[C]ancele a favor del Banco de Occidente S.A., las obligaciones crediticias contenidas en los títulos (...) N° 370013540, N° 370013301, N° 370012538, N° 370013728, N° 370013127 y N° 370013094, que hoy siguen vigentes, pero se unieron en una sola obligación de cartera ordinaria N° 037- 0014136-2, por haberse agotado los presupuestos de hecho que dan lugar a la afectación del amparo de incapacidad total y permanente».

ii)- «[Le] devuelva (...) la totalidad de las cuotas por él pagadas a Banco de Occidente S.A. a partir de la fecha de estructuración de la invalidez, esto es 19 de diciembre de 2018 (...) por las obligaciones crediticias» arriba mencionadas.

iii)- «[Le] reconozca y pague (...) los intereses de mora (...) teniendo en cuenta el retardo e incumplimiento en que incurrió la demandada».

iv)- Lo mismo frente a las obligaciones adquiridas con Banco de Bogotá contenidas en los títulos «N° 454078131, N° 455592064 y N° 453364590». [Folios 13-14, archivo: 02. PRIMER CUADERNO.pdf].

B. Los hechos

1.- El gestor sostuvo que el 6 de enero de 2017, Seguros de Vida Alfa S.A. suscribió con el Banco de Occidente S.A., póliza de vida «grupo deudores N° GRD-404 amparando entre otras contingencias, la incapacidad total y permanente de sus clientes», entre los que se encontraba él, por virtud, de las acreencias que tomó con la entidad financiera, «N° 370013540, N° 370013301, N° 370012538, N° 370013728, N° 370013127 y N° 370013094» cuya vigencia inició el «1 de diciembre de 2018».

2.- La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca dictaminó su pérdida de capacidad laboral en un 55.33%, con fecha de estructuración del 8 de febrero de 2019, por padecer *«síndrome postconcusional, traumatismo intracraneal, no especificado, epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques parciales complejos, otros trastornos mentales debidos a lesión y a disfunción cerebral y a enfermedad, trastornos del humor (afectivos) orgánicos, trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente, hipertensión esencial (primaria) diabetes mellitus no insulino dependiente con otras complicaciones específicas»* (21 feb. 2019).

3.- La aseguradora negó la reclamación que formuló con el fin de obtener *«el pago de la deuda contraída con el Banco de Occidente»* (13 may.). Ello, con sustento en que

«(...) cuando (...) ingresó a la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. GRD-404 de 21 de agosto de 2018, no manifestó todas aquellas circunstancias relativas a su estado de salud, como quiera que era él quien se encontraba plenamente enterado de ellas, eventos que no manifestó al momento de suscribir la póliza», pues si Seguros de Vida Alfa S.A. «hubiese conocido los antecedentes no declarados, se habría retraído de celebrar el contrato de seguro o impuesto condiciones mas onerosas al momento de la suscripción», por tanto, «frente a la ausencia de estas manifestaciones, conforme lo estipula [el artículo 1058 del Código de Comercio] el contrato de seguro celebrado no producirá efectos jurídicos respectivos, pues se configura la nulidad relativa del mismo».

En atención a la verificación que hizo a

(...) la historia clínica de Cafesalud EPS, calendada desde el año 2005 y el dictamen de pérdida de la capacidad laboral emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, en donde se evidencia que el citado deudor presentaba los siguientes antecedentes patológicos:

- *Dislipidemia diagnosticada desde el 28 de octubre de 2005.*
- *Hiperlipidemia mixta diagnosticada desde el 31 de enero de 2006.*
- *Hipercolesterolemia pura diagnosticada desde el 7 de Febrero de 2006.*
- *Obesidad por exceso de calorías diagnosticada desde el 8 de noviembre de 2008.*
- *Antecedente enfermedad coronaria revascularizado en febrero de 2012.*
- *Enfermedad cardiorenal hipertensiva diagnosticada desde el 7 de junio de 2012.*
- *Enfermedad Valvular mitral, Cardiomiopatía dilatada diagnosticada desde el 21 de septiembre de 2012.*
- *Especialidad de Neurología, Dictamen de Pérdida de la Capacidad laboral, Página 3 de 10, indica ‘... Al interrogarlo refiere que desde los 15 años ha presentado episodios autolimitados de 1-2 días de pérdida de agudeza visual unilateral, asociado con dolor retrocular...’.*

4.- Ante esa contestación, el precursor comunicó a Medimas EPS, que «Seguros de Vida Alfa S.A. le había negado el pago de una indemnización (...) con fundamento en un antecedente de enfermedad coronaria, revascularizado, supuesto procedimiento que aparece nombrado en su historia clínica desde febrero de 2012 y él nunca ha sufrido enfermedades coronarias»; sin lograr una respuesta favorable a sus aspiraciones.

Acto seguido, se practicó un Angiotac coronario, cuyo resultado arrojó que *«la arteria coronaria derecha e izquierda permeable es normal y no presenta lesiones»* y la valoración médica que se realizó confirmó *«la inexistencia de síndrome cardio renal, descartó la aterosclerosis coronaria y presencia de stents coronarios, reporte que no se correlaciona con el descrito en la historia de 2012»*, documento con el que la aseguradora descartó el pago de la indemnización aludida.

5.- Posteriormente, Seguros de Vida Alfa negó la reconsideración impulsada junto con los estudios referidos (9 sep. 2019), por lo que, Óscar Enríquez, ante su mal estado de salud, refinanció sus créditos con Banco de Occidente, dando origen a la acreencia n.º 037-0014136-2.

6.- Misma situación se presentó con el Banco de Bogotá, dado que Seguros de Vida Alfa suscribió con éste, Póliza de Vida Grupo Deudores, entre los cuales se encuentra el demandante, en razón de las obligaciones *«N.º 453365590, N.º 454078131, N.º 455592064, N.º 370013127, N.º 3555442307, N.º 93551000457 y las tarjetas de crédito N.º 0203 y N.º 6819»*, cuya vigencia comenzó el *«6 de abril de 2018»*.

7.- El 20 de mayo de 2019 la aseguradora negó la reclamación respectiva con los mismos argumentos de la anterior comunicación; empero, aprobó *«el pago de solo cuatro de las obligaciones contratadas»*, esto es, *«la N.º 355542307 por \$30.673.879,00, (...) la N.º 93551000457 por \$42.006.106,00, (...) la N.º 0206 por \$16.950.082,00, [y] la N.º 6819 por \$19.020.003,00»*.

8.- Seguros de Vida Alfa no se pronunció sobre la reconsideración que el convocante presentó.

9.- La Junta Regional de Calificación de Invalidez dictaminó por segunda vez que la pérdida de capacidad laboral de Óscar era del 57.10%, con fecha de estructuración de 19 de diciembre de 2018 (20 nov. 2019) [Folios 6-13, *ibidem*].

C. El trámite de las instancias

1.- La postulación inicial fue admitida por el Juzgado Civil – Laboral del Circuito de Sevilla, Valle, el 11 de marzo de 2020 [Folio 198. *ibidem*], estrado que tuvo por notificada por conducta concluyente a la convocada el 9 de octubre de 2020 [Folio 221 *ibidem*].

2.- Seguros de Vida Alfa S.A. se opuso a las pretensiones y propuso las excepciones de fondo que denominó: «*NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA*», «*INEXISTENCIA JURIDICA DEL CONTRATO DE SEGURO, POR FALTA DE UN ELEMENTO ESENCIAL: EL RIESGO*», «*PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN POR MALA FE EN LA RECLAMACIÓN – ARTÍCULO 1078 DEL CÓDIGO DE COMERCIO*», «*AUSENCIA DEL AMPARO DE LOS HECHOS DE LA DEMANDA POR FECHA DE INICIO DEL SINIESTRO – ARTÍCULO 1073 CÓDIGO DE COMERCIO*», «*AUSENCIA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA GRD-458*», «*AUSENCIA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA GRD-404*», «*AUSENCIA ABSOLUTA DE SINIESTRO DE PÓLIZAS GRD-404 YGRD-408*», «*TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR AGRAVACIÓN NO*

INFORMADA DEL ESTADO DEL RIESGO – ART. 1060 C.Co» y «COBRO DE LO NO DEBIDO – ENRIQUECIMIENTO SIN JUSTA CAUSA».

Las cuales, en síntesis, soportó en que Óscar Enríquez *«contrario a lo declarado en las manifestaciones de asegurabilidad, sí poseía graves problemas de salud diagnosticados y conocidos con anterioridad al ingreso a las pólizas GRD 404 y GRD 458», pues en la historia clínica del mismo «se encuentran claramente consignadas (...) las enfermedades que padecía».*

Incluso, cuando estaba en el trámite de la refinanciación con el Banco Bogotá, aquel señaló que *«no poseía problemas de salud»,* pese a que en el escrito liminar confesó que *«para ese momento su estado de salud era especialmente gravoso».* [Folios 243-

298 ídem].

3.- Seguros de Vida Alfa S.A. promovió demanda de reconvención, enfilada a que se declarara que Óscar Enríquez *«actuó de mala fe, utilizando artificios y engaños frente a Seguros de Vida Alfa (...), que el pago de las obligaciones crediticias No. 3555442307, 93551000457, la tarjeta de crédito 6819, la tarjeta de crédito 0206 por parte de Seguros de Vida Alfa, fueron generados como consecuencia del actuar engañoso y contrario»* de aquel, en consecuencia, pidió que se le condene a restituirle \$108.650.070,00, más los intereses moratorios correspondientes [Folios 299-320 ídem].

4.- Óscar Enríquez pidió la negativa de esas aspiraciones y, para ello, formuló las excepciones *«inexistencia de mala fe»* y *«prescripción»*, con base en que *«desde el inicio del*

asunto (...) la aseguradora ha tenido la posibilidad de validar [su] condición y concertar los términos de la relación contractual»; aunado a que «para marzo de 2019, se habrían cumplido más de 5 años desde el ingreso de Enríquez a la Póliza de Vida Grupo GRD 458», por ende, «se habría configurado para este evento en particular, la prescripción extintiva de la acción», conforme al artículo 1081 del Código de Comercio.

5.- Mediante sentencia proferida el 12 de mayo de 2022, el *a quo* desestimó las pretensiones de la demanda principal y declaró probada la excepción «*nullidad relativa del contrato de seguro por reticencia*». Asimismo, negó la viabilidad de los pedimentos del libelo de reconvención y condenó en costas [Archivo: 50. Sentencia No. 30.pdf].

6.- El 15 de diciembre de 2023, el Tribunal confirmó esa resolución [Archivo: 21FalloConfirmarCostas.pdf].

D. La sentencia impugnada

1.- El *ad quem* fincó, en lo que interesa, cuatro temáticas a desarrollar: «*i) El principio de la buena fe en el contrato de seguro; ii) La carga de declarar sinceramente el estado del riesgo por el tomador y/o asegurado. La consecuencia de su actuación reticente; iii) El deber de información de la aseguradora frente a la declaración del estado del riesgo; [y] iv) (...) la casuística de este asunto en procura de establecer si hubo o no reticencia por parte del tomador de los seguros materia discusión*».

1.1.- Para el primer tópico predicó que «*[e]l principio de la buena fe alcanza en el contrato de seguro su máxima expresión, por cuanto aquel es caracterizado como de uberrimae bona fidei contractus,*

particularidad que comporta que el estándar de lealtad, sinceridad, transparencia y honradez con la cual deben actuar las partes es superior a la de cualquiera otra figura contractual, atendiendo a que en muchos tópicos de su creación y ejecución han de estarse los extremos pactantes a las informaciones que se prodiguen, sin mayores posibilidades de verificación».

Seguidamente, trajo a colación la normativa que tiene el Código de Comercio sobre el contrato de seguro, como:

(...) el artículo 1055 establece como riesgos inasegurables el dolo, la culpa grave con alguna excepción, y los actos meramente potestativos del asegurado o beneficiario, sancionando con ineficacia cualquier estipulación al respecto; el artículo 1058 disciplinar de la declaración del estado del riesgo [que] obliga a declarar 'sinceramente' los hechos que determinan el estado del riesgo y recrimina la reticencia o inexactitud dolosa o culposa del tomador con la nulidad del contrato (...) el artículo 1078 [determina la consecuencia de] cuando el asegurado o beneficiario proceden de mala fe en la reclamación o comprobación del derecho al pago de un siniestro; (...) y, a tono con el artículo 1158, aunque el asegurador obvие el examen médico, en todo caso el asegurado deberá declarar sinceramente el estado del riesgo, so pena de nulidad del contrato (...).

1.2.- Frente a «[l]a carga de declarar sinceramente el estado del riesgo por el tomador y/o asegurado. La consecuencia de su actuación reticente», explicó:

(...) la condición de requerimiento esencial que comporta la declaración precontractual del estado del riesgo en el contrato de seguro, habida consideración que, apuntalado en ella, el asegurador, conociendo o debiendo conocer las circunstancias que rodean el riesgo, asume la determinación de dar su consentimiento

para ajustar el contrato, se sustrae de convenir o lo hace en condiciones disímiles acorde a sus cálculos técnicos, económicos o jurídicos. Este es un estadio en el iter contractual, incluyendo la fase precontractual, en el cual el asegurador queda en las manos y a merced del tomador y su comportamiento leal y prístino en materia de la información relevante para alinderar el riesgo, dada la imposibilidad material en la que se halla de conocer muchos pormenores de ese crucial aspecto.

Afirmación que soportó en sentencia de esta Corte adiada 2 de agosto de 2001 (rad. 6146.), y en el artículo 1058 *ejusdem* que indica:

(...) el tomador está en la obligación de declarar 'sinceramente' los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, conforme al cuestionario que le proponga el asegurador. La sinceridad reclamada por la regla, al decir de la jurisprudencia y la doctrina patria, encumbra el estándar de exigencia al tomador, a grado tal que, a diferencia de otras legislaciones, la ausencia de cuestionario no exonera o excusa el asegurando de declarar todas las situaciones que configuren el riesgo, como tampoco lo exime de tal deber la omisión del asegurador en la práctica de exámenes médicos, inspecciones u otras averiguaciones que no se desprendan o sugieran de la información suministrada por el tomador, pues aquella no es una exigencia legal, sino más bien una carga de diligencia».

Y puntualizó que «la información a que está obligado el tomador es la que esté al alcance de su mediano conocimiento, la razonable que de acuerdo a las circunstancias entienda, que por su seriedad y trascendencia no pase desapercibida para él, por ejemplo, afecciones de la salud leves, presentes o pasadas intrascendentes».

1.3.- En lo concerniente con «[e]l deber de información de la aseguradora frente a la declaración del estado del riesgo y otras circunstancias llamativas», expuso que el primero que está llamado a actuar con «*ubérrima bona fidei es el tomador en la declaración del estado del riesgo*», al absolver el cuestionario que le formula el asegurador, «*antes de ajustarse le convenio*» y no queda exonerado de esa carga cuando éste «*haya ordenado y obtenido exámenes médicos sobre el estado de salud, puesto que la conducta del tomador debe atemperarse al dictado de la buena fe y lucir absolutamente impoluta*».

Por consiguiente, la omisión consciente al respecto es un «*vicio que ocurre en el estado previo a la celebración del contrato de seguro – art. 863 C.Co.*».

Sin embargo, «*el asegurador no puede posar de impávido observador o pasivo espectador, sino adoptar una postura proactiva consecuente con su indiscutida condición de profesional del ramo, que lo compele a informarse sobre el verdadero estado del riesgo, en la medida de las circunstancias particulares y al compás de los elementos llamativos que le ofrezcan la declaración del tomador y otros detalles importantes tales como su edad, afecciones que declare, antecedentes aseguraticios, la suma asegurada, etc*», pues el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio «*impone al asegurador un deber o carga de diligencia profesional en cuanto atañe a la delimitación del estado del riesgo*», dado que

(...) si de la declaración del estado del riesgo o de las particularidades que circundan el negocio, no se deduce ninguna llamativa anomalía, no hay información indicativa de algo que pueda alterar ese estado, es decir, todo luce normal, a ella legítimamente se atiende el asegurador y, por tanto, no le es

demandable ninguna averiguación adicional, puesto que de lo contrario se caería en el dislate de considerar que siempre y en todo caso, independientemente a cualquier circunstancia -sin declaración del estado del riesgo, haya o no cuestionario incluso con preguntas puntuales respecto de determinadas patologías-, debe emprenderse la engorrosa tarea de pedirse, disponerse o practicarse exámenes médicos o indagaciones profundas, en el caso de los seguros de vida, sobre las condiciones de salud del candidato a tomador o asegurado, lo cual no está dispuesto por el ordenamiento jurídico.

1.4.- Finalmente, abordó el estudio del caso concreto, para lo cual destacó que el *a quo*

(...) hizo clara referencia a las notas consignadas en la historia médica del pretensor, conforme a las cuales, concluyó que, de tiempo anterior a la suscripción del contrato, [el demandante] venía padeciendo distintas e importantes patologías. Igualmente consideró la información que el citado proporcionó a la Junta Regional de Calificación en orden a obtener el dictamen de pérdida de capacidad laboral, a través de la cual, dio a conocer las distintas enfermedades que lo han aquejado, e incluso, un accidente en bicicleta que le produjo un trauma craneoencefálico, insuceso determinante para el dictamen que finalmente obtuvo. Del conocimiento que el asegurado tenía de esas anomalías en su salud, y las respuestas que ofreció en las declaraciones de asegurabilidad, dedujo su mala fe y la consecuente nulidad relativa del contrato.

Bajo ese contexto, anunció que ese discernimiento le resultaba «*acertado*», por

(...) estar acorde con lo que refleja la prueba legal y oportunamente recaudada en el plenario fundamentalmente la de orden

documental, adosada por el propio demandante, no redargüida de falsa, la cual da cuenta de las serias complicaciones de salud sufridas por él desde datas muy anteriores a las obligaciones contraídas y a la celebración de los contratos de seguros. Quebrantos de salud que, por su trascendencia y complejidad, dictan las reglas de la experiencia, no pueden ser ignorados por una persona de común entendimiento, ni considerados, como lo pretende el demandante de 'leves o irrelevantes'. Razón misma por la cual tampoco podían ser callados al momento de rendir la declaración de asegurabilidad y menos negados cuando se le preguntó expresamente por algunos de ellos.

1.4.1.- En ese sentido, refirió que

(...) según la historia médica del asegurado arriba relacionada, desde el año 2005 venía siendo diagnosticado de distintas enfermedades que, con el tiempo, afectaron considerablemente su salud tales como: dislipidemia, hipercolesterolemia pura, diabetes, obesidad. Posteriormente, para el año 2012, a buen seguro, a consecuencia de las anteriores fue diagnosticado de enfermedad coronaria y revascularizado. Padecía enfermedad cardiorrenal hipertensiva, valvular mitral y cardiomiopatía dilatada, entre otras. No son estas, dolencias de salud leves o intrascendentes.

Cómo osa desconocer el actor que, en el año 2012, sus problemas cardiacos lo llevasen a consultar por urgencias en cuatro oportunidades, por presentar disneas y dolores torácicos, en las cuales hubo de dejar al descubierto sus antecedentes cardiacos. Años adelante, en el 2017, sufrió un accidente en bicicleta que le produjo un trauma craneoencefálico y pérdida transitoria de conocimiento, el cual influyó de manera decisiva en la calificación de su capacidad laboral.

Asimismo,

(...) Se observa que en los catorce formularios de declaración del estado del riesgo que en cada momento diligenció el pretendiente, más que callar sobre sus múltiples padecimientos, negó sufrirlos cuando expresamente se le indagó (...) por algunos de estos. Mírese como al preguntársele en torno a su estado de salud, afirmó que era normal, y cuando se le requirió si padecía o había padecido, entre otras, enfermedades cardíacas, cardiovasculares, renales, neurológicas, psiquiátricas, hipertensión arterial, diabetes, hiperglicemia, si había sido sometido a intervención o tratamiento por razón de ellas, o si le habían prescrito medicamentos habituales, o si había tenido o tenía otras enfermedades, lo negó, a sabiendas de su extenso prontuario en materia de salud, no obstante que en el mismo formato se le advirtió de las consecuencias de faltar a la verdad.

De modo que, oteó que Óscar Enríquez «además de no ser sincero y transparente en la declaración de asegurabilidad, se apartó de los dictados de la ubérrima buena fe que inspira el contrato de seguro, por haber emitido una declaración abierta y conscientemente contraria a la realidad, la cual vició el consentimiento de la aseguradora al momento de ajustar los contratos de seguros de marras», debido a que

En la declaración del estado del riesgo en los términos en que se produjo, esto es, aseverándose que el asegurado tenía un estado de salud normal, negando las patologías por las que se le indagó y callando sobre otras que venía sufriendo en su momento, no hay nada llamativo para la aseguradora, alguna irregularidad o anomalía que prendiese sus alarmas o la condujera a pensar en la necesidad de pedir exámenes o realizar pesquisas adicionales, puesto que todo lucía en un estado de regularidad.

Acto seguido, señaló que el testigo técnico, médico Hernán Darío Téllez Rivera en su declaración narró:

(...) de acuerdo a circunstancias especiales, en determinados seguros, la compañía tenía la directriz de realizar gestiones encaminadas a clarificar el estado del riesgo, no menos cierto es que este caso no exhibe ninguna singularidad que abocara a desplegar esa actividad. La obligación no fue contraída por \$1.219.000.000.00 cual lo afirma el recurrente, sino en diversas oportunidades o instalamentos. Recuérdese que se trató de trece obligaciones contraídas con dos entidades financieras en un tiempo que va desde el 30 de junio de 2011 al 29 de noviembre de 2019, por una persona joven -47 años al comienzo de sus relaciones financieras-, de la cual no había por qué desconfiar en cuanto a su atestación sobre su estado de salud.

1.4.2.- Por otra parte, acotó en lo atinente a los precedentes traídos por el recurrente, *«en los cuales la Corte Suprema de Justicia resaltó que el asegurador debe adoptar una actitud proactiva y realizar averiguaciones para contrastar la información ofrecida por el tomador o asegurado en la declaración del estado del riesgo», que «no guardan analogía con el presente, por lo que no resultan vinculantes. En todos, el asegurador, bien por la información del tomador, ora por circunstancias particulares, había sido alertado en aspectos del riesgo que lo compelián a actuar diligentemente», pues:*

1.4.2.1.- En la sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 6146, *«el asegurado informó que sufría una enfermedad del sistema genitourinario, por lo que se ordenó la práctica de algunas pruebas médicas que llevaron a los profesionales de la salud a tener el riesgo como no aceptable y a realizar averiguaciones adicionales, pese a lo cual el asegurador contrató extraprimando la póliza, es decir, conocía de ‘la presencia de algunas señales reveladoras e inquietantes detectadas en desarrollo de exámenes clínicos o de laboratorio rutinarios, precisamente practicados para dichos menesteres’, y, no*

obstante ello, contrariando las recomendaciones de su equipo galénico, contrató».

1.4.2.2.- En el pronunciamiento de 30 de agosto de 2010, expediente 2001-01023-01, «[l]a discusión giró en torno a la claridad del clausulado -de allí algunas consideraciones en torno a la interpretación del contrato de seguro-, y a la ausencia de cobertura del siniestro. El tema de la reticencia no fue tratado en esta sentencia».

1.4.2.3.- En la decisión del 13 de diciembre de 2018, expediente 2008-00193-01, «se trató de un vehículo asegurado para cubrir el riesgo de hurto por su propietaria. El automotor fue robado. La compañía objetó la reclamación aduciendo que la tomadora no informó de la irregular forma como se obtuvo su licencia de tránsito. La Corte pudo establecer que el asegurador, en este caso particular, sí estaba en condiciones de realizar averiguaciones dirigidas a establecer el estado del riesgo antes de contratar».

1.4.2.4.- Y en la sentencia proferida el 1º de septiembre de 2021, expediente 2009-00143-01, «se reiteró (...) que no toda reticencia o inexactitud está llamada a nublar la intención del asegurador, (...). De ahí que, en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello, irremediablemente, abrirse paso la anulación en comento».

1.4.3.- En tal virtud, concluyó que «la nulidad relativa solo tiene lugar cuando los vicios de la declaración del estado del riesgo son relevantes, esto es, aquellos que de haber sido conocidos por el asegurador lo hubiere retraído de celebrar el contrato y a contratar en otras condiciones», dado que

(...) [d]e callar sobre la presencia de dolencias como ácido péptica con hernia hiatal, artritis y astigmatismo a callar y negar que se ha padecido: Dislipidemia, hiperlipidemia mixta, hipercolesterolemia pura, obesidad por exceso de calorías, enfermedad coronaria con revascularización, enfermedad cardiorenal hipertensiva, enfermedad Valvular mitral, cardiomiopatía dilatada, especialidad de neurología, episodios autolimitados de 1-2 días de pérdida de agudeza visual unilateral, asociado con dolor retrocular, y que se sufrió un accidente con trauma craneoencefálico, fácil es concluirlo, hay una distancia sideral».

II. LA DEMANDA DE CASACIÓN

Contra lo definido por el Colegiado, Óscar Enríquez Hurtado imputó un único cargo, con apoyo en la segunda causal consagrada en el artículo 336 del Código General del Proceso.

CARGO ÚNICO

1.- Recriminó la lesión indirecta por error de hecho, por *«apreciación descontextualizada o desviada de (...) las diversas pruebas practicadas al interior del presente debate», a saber «1. Solicitud de aclaración a MEDIMAS. 2. Respuesta de ESIMED. 3. Angiotac de arterias coronarias. 4. Valoración médica del doctor DIEGO H. HOYOS BALLESTEROS. 5. Exámenes médicos realizados por el doctor DIEGO H. HOYOS BALLESTEROS. 6. Dictámenes médicos de pérdida de capacidad laboral emitidos por las Juntas de Calificación de Invalidez. 7. Declaración del testigo técnico HERNÁN DARIO TÉLLEZ».*

Acto seguido, anunció que no entraría en detalle de todas y cada una de las probanzas que componen el debate

procesal, para «no hacer extensiva la presente demanda de casación de forma innecesaria».

1.1.- Para desarrollar la acusación indicó:

(...) no sólo el tomador es quien cumple con su deber de informar; la aseguradora ante la posibilidad futura de afrontar un siniestro, debe tener la AGUDEZA de constatar los datos puestos a su disposición y frente a los cuales el tomador le confiere permiso de indagación, pues resulta claro que ante un riesgo como es LA VIDA, no puede pretenderse que el cliente, con amplio desconocimiento de aspectos técnicos aseguraticios y con lagunas frente a patologías de las cuales bien podría exclusivamente conocer vagas sintomatologías, pueda brindar una información clara y profunda que permita construir una estructura de riesgo que acompañe la cuantificación y distribución de primas adecuadas.

A partir de allí, advirió:

(...) resulta imprescindible que la aseguradora ejecute actos positivos dirigidos a ratificar o desmentir lo relatado por el contratante, más cuando se trata de una persona de más de 50 años de edad, y es que (...) es desacertado permitirle al Asegurador un rol pasivo, en la suscripción de pólizas de esta índole, permitiéndole ante un aviso de siniestro, objetar la reclamación alegando el desconocimiento de antecedentes y reputarse defraudado, cuando no actuó con la debida diligencia, irregularidad que es más gravosa en nuestra situación pues ante el diligenciamiento de 14 formularios de asegurabilidad (suscritos en curso de tres años), el asegurador simplemente dio visto bueno, sin preocuparse por la validación de un cliente que cuenta con multiplicidad de solicitudes y productos a lo largo de los años, cuantificable en más de 1000 millones.

1.2.- En este punto, trajo a colación lo manifestado por Hernán Darío Téllez y el representante legal de la aseguradora demandada, quienes «además de RATIFICAR, la NO práctica de exámenes de ingreso o seguimiento en la humanidad de Óscar Enríquez, indica[ron] que en efecto es un deber primigenio de la actividad aseguraticia la realización de estas validaciones médicas, más

aún cuando se trata de un evento de alto valor/impacto o personas con condiciones especiales», por lo que «alegar de facto la simple ignorancia no puede ser un pilar de defensa sobre el cual se soporte la explotación comercial de esta tipología de seguros, de hecho, la buena fe como principio rector en las relaciones negociales, rechaza per se, la negligencia o el actuar imprudente en el desarrollo y ejecución de los contratos». Raciocinio que apoyó en la sentencia de 2 de agosto de 2001, expedida por esta Corporación en el expediente n.º 6146.

Bajo ese contexto, apuntaló que «desde el inicio del presente debate, aún en etapa extrajudicial, se ha puesto en conocimiento a la compañía aseguradora, la existencia de imprecisiones en las anotaciones del historial clínico, así como el desconocimiento de sendas patologías con científicidad estricta, y de poco manejo (...), situación que no sólo se soportó en su dicho sino que anexó de forma subsiguiente, certificados y exámenes médicos, verbigracia: solicitud de aclaración a MEDIMAS, respuesta de ESIMED, Angiotac de arterias coronarias, y valoración médica del doctor DIEGO H. HOYOS BALLESTEROS, pruebas técnicas documentales, descartadas por el Tribunal por un error manifiesto».

1.3.- Aseguró que las patologías plasmadas en su historia clínica, además de ser «*inexistentes*»,

(...) NO guardan conexión alguna con los elementos o criterios que valoraron las juntas de calificación de invalidez al establecer un PCL por encima del 50%, y diagnosticar su fecha de estructuración, está claro que las únicas patologías abordadas por las juntas, fueron (...) síndrome postconcusional, traumatismo intracraneal, no especificado, epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques parciales complejos, otros trastornos mentales debidos a lesión y a disfunción cerebral y a enfermedad, trastornos del humor (afectivos) orgánicos, trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente, hipertensión esencial (primaria) diabetes

mellitus no insulinodependiente con otras complicaciones específicas.

Por lo que «el origen y causa de los quebrantos de salud sobrevienen desde el año 2018, fecha para la cual se encontraba en curso el contrato de seguros», pues, la información clínica expresa:

«Urgencias 06/06/2018: ‘me golpié’ paciente de 54 años de edad que ingresa a urgencias por cuadro clínico de más o menos 8 días de evolución caracterizado por caída de su bicicleta, causándole leve trauma en cabeza zona occipital, no herida, no fractura ni fisura, sin evidencia de edema, niega visión borrosa, niega tinnitus, en el momento paciente hemodinámicamente estable coordinado orientado consciente, glas 15/15 sin evidencia de alteraciones neurológicas, se redirecciona a cita prioritaria para el día 07/06/2018».

Tal evento, «ha derivado en la desmejora en la salud del señor HERNÁNDEZ, resultando peligrosista, pretender que el tomador inexperto, deba informar con sujeción a la buena fe, eventos como el presente, esto es, traumas por caída en una bicicleta que inicialmente, no habrían generado, fisuras, heridas o secuelas palpables».

Por consiguiente, acusó a la sentencia controvertida de «ignora[r] que: 1-Las enfermedades consideradas por los profesionales, son diversas a lo que finalmente configura el PCL (...) y 2-De las citas de referencia que hace la junta, toman acápites aislados precisamente del historial clínico que repudia el demandante, con las pruebas documentales enunciadas».

CONSIDERACIONES

1.- Es característica esencial de este mecanismo de defensa su condición extraordinaria, por lo cual no todo

desacuerdo con lo dictaminado permite adentrarse en su examen de fondo, sino que debe asentarse en las causales taxativamente previstas y atender los parámetros que para su concesión y trámite se imponen, como es acreditar el descontento *«mediante la introducción adecuada del correspondiente escrito, respecto del cual, la parte afectada con el fallo que se aspira aniquilar, no tiene plena libertad de configuración»* (CSJ AC, 1º nov 2013, rad. 2009-00700; reiterado en CSJ AC3327-2021, AC1404-2023 y AC546-2024).

Para ese cometido ha sido enfática esta Colegiatura al señalar que *«por la naturaleza misma del recurso extraordinario, no es dable que el recurrente deambule por los diversos aspectos que en las instancias fueron debatidos, pues lo suyo es la sentencia, es decir, los fundamentos de hecho y de derecho invocados por el Tribunal, para lo cual deberá desplegar su carga argumentativa en la demostración de la infracción, puntualmente en el aspecto medular de que discrepa, que no propiamente de las falencias probatorias achacadas al ad quem -cosa que por supuesto debe cumplir también si de violación indirecta se trata- sino la incidencia de esas equivocaciones en la infracción normativa»* (CSJ AC8255-2017 de 7 de dic. Rad. 2011-00024-02; reiterado en CSJ AC3327-2021, AC1404-2023 y AC546-2024).

Así, que la admisión de la súplica casacional depende del acatamiento cabal de los requisitos del artículo 344 Código General del Proceso, entre otros, la formulación de los cargos con la exposición de sus fundamentos, en forma separada, clara, precisa y completa, y no basados en meras generalidades, o de cualquier manera como si de un alegato de instancia se tratara, por cuanto el opugnante asume el

duro laborío de enervar la presunción de legalidad y acierto con que viene precedida la providencia.

En tal sentido, la Corte tiene adoctrinado que: «... *toda acusación o cargo debe trascender de la simple enunciación, al campo de la demostración, haciéndose patentes los desaciertos, no como contraste de pareceres, o de interpretaciones, ni de meras disputas conceptuales o procesales, sino de la verificación concluyente de lo contrario y absurdo, de modo que haga rodar al piso la resolución combatida*» (CSJ, AC1262-2016, criterio reiterado en CSJ AC2588-2021, AC1404-2023 y AC546-2024).

2.- La sentencia se puede impugnar por la trasgresión indirecta de normas sustanciales a consecuencia de errores en el ejercicio valorativo del juzgador, sea por error de evaluación jurídica de los medios de convicción –aducción, incorporación y apreciación– contrariando las reglas legales que gobiernan el régimen probatorio, o por la indebida interpretación que hace de la demanda o su contestación, ora cuando supone, omite o altera el contenido de los elementos de convicción que le sirven de soporte a su resolución, con la connotación de ser manifiesta y trascendente, de suerte que la apreciación realizada se muestre alejada de la realidad procesal, absurda, o sin justificación, pero, además, que influya en la manera en que se zanjó el debate, generando así la trasgresión de las disposiciones sustanciales llamadas a operar en la contienda sometida a la decisión de la jurisdicción, que de no haber ocurrido el resultado sería distinto.

2.1.- El error de hecho en la valoración de las pruebas refiere a fallas en la evaluación material de los medios de convicción, sea por suposición, preterición o tergiversación. Falencias que tienen ocurrencia, según se ha decantado por la jurisprudencia, *«a) cuando se da por existente en el proceso una prueba que en él no existe realmente; b) cuando se omite analizar o apreciar la que en verdad si existe en los autos; y, c) cuando se valora la prueba que si existe, pero se altera sin embargo su contenido atribuyéndole una inteligencia contraria por entero a la real, bien sea por adición o por cercenamiento...»* (C.S.J. SC, 10 ago 1999, Rad. 4979; reiterado en CSJ AC3327-2021, AC1404-2023 y AC546-2024).

Puntualmente la Corte ha expresado que, en los eventos en que se critique el ejercicio valorativo del juzgador deviene imperativo que: *«... el recurrente lo demuestre, actividad que debe cumplirse mediante una labor de contraste entre lo que extrajo el sentenciador de las pruebas que se tildan de erróneamente apreciadas y lo que tales pruebas dicen o dejan de decir, para establecer el real efecto que dimana de la preterición o desfiguración de la prueba, siempre en el bien entendido que no basta relacionarla ni con ofrecer la visión del recurrente a la manera de un alegato de instancia, sino se confronta en sus términos con la sentencia acusada.* (CSJ SC de 14 de mayo de 2001, reiterada en CSJ SC de 19 de dic. de 2012, Rad. 2006-00164-01, AC. de 21 de ago. de 2014, Rad. 2010-227-01, reiterado en AC1404-2023).

2.2.- El error de derecho presupone, que el sentenciador no se equivocó en la constatación material de la existencia de la prueba y fijar su contenido, pero las aprecia *«sin la observancia de los requisitos legalmente necesarios para*

su producción; o cuando, viéndolas en la realidad que ellas demuestran, no las evalúa por estimar erradamente que fueron ilegalmente rituadas; o cuando le da valor persuasivo a un medio que la ley expresamente prohíbe para el caso; o cuando, requiriéndose por la ley una prueba específica para demostrar determinado hecho o acto jurídico, no le atribuye a dicho medio el mérito probatorio por ella señalado, o lo da por demostrado con otra prueba distinta; o cuando el sentenciador exige para la justificación de un hecho o de un acto una prueba especial que la ley no requiere». (CXLVII, página 61, citada en CSJ SC 13 abr. 2005, rad. n.º 1998-0056-02, reiterada en SC1929-2021, AC3327-2021, AC1404-2023 y AC546-2024).

Acorde con esto se ha determinado que para la demostración de este tipo de desacierto

(...) es menester concluir que su impugnación en casación por error de derecho no queda ajustada del todo a la técnica por la indicación abstracta de la violación de la citada preceptiva, sino que, además, es indispensable, entre otros, que el defecto sea en la apreciación normativa de la prueba y no se sustente en deficiencia fáctica, como la preterición de la prueba, porque el yerro que debe endilgarse debió ser el de hecho y no el de derecho. Además, es imperativo, por lo arriba expuesto, que la indicación de tal yerro de derecho, a pesar de referirse a falta de apreciación global, debe ir acompañada de la determinación o singularización (como lo exigen los artículos 368, num. 1, y 374, num. 3, C. de P. C.) de todas y cada una de las pruebas, que a juicio del recurrente no fueron objeto de apreciación conjunta; indicación ésta que, por lo demás, debe ser completa en el sentido que abarque la apreciación en conjunto de todo (y no de una parte o grupo) el acervo probatorio que sostiene el fallo, la que debe ir acompañada de su comprobación con la indicación de los pasajes donde quede demostrada completamente la falta absoluta de la mencionada integración y estimativa global, pues no apareciendo de esta manera, se mantiene la presunción de acierto en esta materia, que, por lo tanto, deja invulnerable el fallo por ese motivo. (SC de 16 de mayo de 1991. G. J. CCLVIII, pág. 603, reiterada en SC de 25 de nov. de 2005, Exp. 082-01, SC de 29 de

oct. de 2009, Exp. 2002-00211-01, SC5034- y AC1404-2023).

Cuando se aduzca la ocurrencia de error de derecho el casacionista, a más de indicar las normas sustanciales quebrantadas a consecuencia de los dislates, tendrá la carga adicional de señalar la disposición probatoria trasgredida, «*haciendo una explicación sucinta de la manera en que ellas fueron infringidas*», esto es, cómo a la luz de ésta el juzgador erró en su solicitud, decreto, práctica o el mérito que le otorgó en su valoración.

2.3.- Sea que se alegue error de hecho o de derecho compete al recurrente indicar las normas de derecho sustancial que a consecuencia de los dislates resultaron infringidas, siendo tales, los que «*debido a una situación fáctica concreta, declaran, crean, modifican o extinguen relaciones jurídicas también concretas entre las personas implicadas en tal situación*» (CSJ AC 943, 19 mar. 2020, rad. 2016-00299; CSJ AC3484, 14 dic. 2020, rad. 2016-00112-01; CJS AC3661, 18 dic. 2020, rad. 2018-00094-01), precisando como se dio dicha vulneración

Valga decir, cuando la censura arguya la violación de normas sustanciales, sea por la vía directa o la indirecta el recurrente no podrá sustraerse de citar las que teniendo esa calidad constituyan base esencial del fallo impugnado o habiendo debido serlo, a su juicio, fueron infringidas, eso sí, con la explicación de la forma en que tal trasgresión de presentó. Tocante con la temática esta Corte ha sostenido que:

[...] en el marco de dicho motivo casacional es deber del impugnante precisar las normas sustanciales violadas, cualquiera que sea la vía que haya escogido para perfilar su acusación; la directa o la indirecta, sin que, tratándose de esta última, pueda excusarse su señalamiento a pretexto de la demostración de los errores de apreciación probatoria que se le endilgan al fallo, o de la determinación de las normas probatorias supuestamente quebrantadas – cuando se predique la comisión de un yerro de derecho –, pues si a esto último se limitare el recurrente, omitiendo la mencionada exigencia, quedaría trunca la acusación, en la medida en que no podría la Corte, al analizar el cargo, establecer oficiosamente cuáles disposiciones materiales habrían sido quebrantadas a consecuencia de los yerros que se hubieren acreditado» (CSJ AC, 7 Dic. 2001, Rad. 1999-0482); exigencia que se explica porque la demanda constituye «pieza fundamental» en el recurso extraordinario de casación, «...que, a manera de carta de navegación, sujeta a la Corte en su tarea de establecer si la sentencia acusada violó o no, la ley sustancial» (CSJ AC, 18 jul. 2002, Rad. 1999-0154)» (CSJ AC856-2021 y AC1404-2023).

3.- El caso concreto

Desde el pórtico se advierte que el cargo formulado no satisface los requisitos legales que jurisprudencial y legamente se tienen establecidos y por ello, será inadmitido.

3.1.- En el *sub examine*, la censura planteada deviene defectuosa, habida cuenta que no colma la exigencia para ser estudiada en casación, comoquiera que, para que pueda darle paso a su admisión, debía el interesado, y no lo hizo, citar las normas sustanciales que, según su sentir, el Tribunal de Buga trasgredió con la emisión de la sentencia de segundo grado, pues, el casacionista se limitó a manifestar lo imprescindible que es que la aseguradora ejecute actos tendientes a verificar la información plasmada

por el contratante, antes de celebrar el convenio, *«más cuando se trata de una persona de más de 50 años de edad»* y fundamentó esa interpretación en la declaración que dio el representante legal, quien, según su opinión, confirmó lo dicho.

Sumado a que, comunicó a Seguros de Vida Alfa de las *«imprecisiones que se encuentran en su historia clínica»* y las maniobras que realizó para corregirlas. Además, que la pérdida de capacidad laboral fue declarada por *«síndrome postconcusional, traumatismo intracraneal, no especificado, epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques parciales complejos, otros trastornos mentales debidos a lesión y a disfunción cerebral y a enfermedad, trastornos del humor (afectivos) orgánicos, trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente, hipertensión esencial (primaria) diabetes mellitus no insulino dependiente con otras complicaciones específicas»*, debido a una *«caída de su bicicleta, causándole leve trauma en cabeza zona occipital, no herida, no fractura ni fisura, sin evidencia de edema»*.

De modo que incumplió la carga de señalar las *«normas sustanciales»* violentadas con la providencia de segunda instancia, que, además debían tener relación con los pilares de la misma.

Y no se diga que la carga se satisfizo con la citación genérica que hizo de los artículos 1058 y 1077 del Código de Comercio, por cuanto el último precepto no tiene el carácter material, pues se circunscribe a enunciar el deber demostrativo en el contrato de seguro, por la naturaleza de dicha disposición, *«se limit[a] a normar aspectos concernientes a la*

ritualidad del proceso, de allí que se[a] eminentemente adjetivo (...)» (CSJ AC1810-2019, ene. 30, rad. 2011-0014). Aunque el 1058 se ocupa de la obligación de declarar el estado del riesgo y las sanciones por inexactitud o reticencia, desconoció la carga de exponer la forma como a consecuencia de los yerros de valoración probatoria se configuró la transgresión.

Véase que las únicas menciones que se hacen de dichos preceptos son:

De conformidad con lo establecido en el artículo 1058, las sanciones derivadas de la reticencia, se enervan, cuando la compañía aseguradora haya conocido o DEBIDO CONOCER la imprecisión de los datos expuestos por el tomador en sus declaraciones, pues resulta imprescindible que la aseguradora ejecute actos positivos dirigidos a ratificar o desmentir lo relatado por el contratante, más cuando se trata de una persona de más de 50 años de edad, y es que respondiendo uno de los interrogantes planteados por el suscrito, es desacertado permitirle al Asegurador un rol pasivo, en la suscripción de pólizas de esta índole, permitiéndole ante un aviso de siniestro, objetar la reclamación alegando el desconocimiento de antecedentes y reputarse defraudado, cuando no actuó con la debida diligencia, irregularidad que es más gravosa en nuestra situación pues ante el diligenciamiento de 14 formularios de asegurabilidad (suscritos en curso de tres años), el asegurador simplemente dio visto bueno, sin preocuparse por la validación de un cliente que cuenta con multiplicidad de solicitudes y productos a lo largo de los años, cuantificable en más de 1000 millones.

En lo que hace al canon 1077 sólo refirió:

En ese orden de ideas, y contrario a lo aquí mencionado, encontramos desafortunado lo que hemos avizorado a lo largo de esta controversia, esto es, perseguir al demandante para que acredite las circunstancias fácticas y jurídicas que lo absuelven de la acusación que ha de afrontar por supuesta mala fé, descolocando inclusive los presupuestos normativos insertos en el artículo 1077 del Código de Comercio, al interior del cual se impone

la carga probatoria a la ASEGURADORA de los eventos que lo exculpan de su responsabilidad.

3.2.- Adicional a lo anotado, la censura es incompleta, porque no cuestionó la eficacia probatoria que el tribunal dio a los catorce formularios de declaración del estado del riesgo que diligenció Óscar Enríquez, *«negó sufrir [de dichos padecimientos], cuando expresamente se le indagó (...) por algunos de estos», pues «afirmó que era normal, y cuando se le requirió si padecía o había padecido, entre otras, enfermedades cardiacas, cardiovasculares, renales, neurológicas, psiquiátricas, hipertensión arterial, diabetes, hiperglicemia, si había sido sometido a intervención o tratamiento por razón de ellas, o si le habían prescrito medicamentos habituales, o si había tenido o tenía otras enfermedades, lo negó, a sabiendas de su extenso prontuario en materia de salud».*

Ni se pronunció sobre la testificación íntegra del médico Hernán Darío Téllez Rivera, quien expuso que *«de acuerdo a circunstancias especiales, en determinados seguros, la compañía tenía la directriz de realizar gestiones encaminadas a clarificar el estado del riesgo, no menos cierto es que este caso no exhibe ninguna singularidad que abocara a desplegar esa actividad».*

Probanzas que igualmente sirvieron de soporte a la decisión y que no apuntalan como única conclusión un manejo adecuado de la información sobre el estado de riesgo.

Incluso, Óscar Enríquez en la demanda de casación advirtió que no entraría en detalle de todas y cada una de las pruebas que componen el debate procesal, para *«no hacer extensiva la presente demanda de casación de forma innecesaria»*, pasando por alto que *«[c]uando la sentencia impugnada se fundó en*

varios medios de convicción, si la causal de casación es la primera y por vía indirecta, es menester que se ataquen todas las pruebas en que se apoyó el sentenciador para decidir como lo hizo, pues si la acusación no comprende todos los soportes, el cargo no es completo y, en tal evento, el fallo no puede ser quebrado...» (CSJ Sent. de 8 de abr. de 1.992, reiterado CSJ SC, 28 ab. 1995, Exp. 4174, SC065-2023 27 mar. Rad. 2010-00259-01).

3.3.- A esto se suma que el memorialista no realizó una labor de contraste *«entre lo que extrajo el sentenciador de las pruebas que se tildan de erróneamente apreciadas y lo que tales pruebas dicen o dejan de decir, para establecer el real efecto que dimana de la preterición o desfiguración de la prueba»*, es decir, la acusación no pasó de la simple enunciación al campo de la demostración que *«haga rodar al piso la resolución combatida»*, conforme lo dispone el inciso 5º del artículo 344 del Código General del Proceso.

Al respecto, esta Magistratura, en reiteradas ocasiones, ha predicado que *«[e]l discurrir extraordinario, por lo tanto, implica ir más allá de las solas afirmaciones, cuya sustracción traduce en una simple protesta en grado funcional, parqueada en el pórtico del recurso, sin adentrarse a su quintaesencia»* (CSJ AC1262-2016, criterio reiterado en CSJ AC2588-2021 y en CSJ AC545-2024).

4.- De ahí, que las inconformidades que el opugnante trae, parte de generalidades, en aras de que se vuelva a ponderar la evidencia acoplada al paginario y, como si se tratara de un alegato de conclusión, sugiere una nueva lectura probatoria en la forma y hacía la dirección que anhela el casacionista, esto es, que se acojan sus pretensiones.

Memórese que esta vía no sirve para provocar una «lectura de la prueba» en sentido opuesto a la del *ad quem*, sino para hacer ver pifias notorias y trascendentes en que aquél haya incidido al soportar la decisión criticada, comoquiera que no se trata de una instancia adicional, sino de un medio de control de legalidad de la providencia fustigada, lo que exige que la labor de la impugnadora apunte a colmar ese específico objetivo, antes que a ensayar una propuesta alterna sobre los ingredientes fácticos o demostrativos que sustentan sus premisas, porque tal variable, por más refinada y persuasiva que sea, se sale del ámbito de la casación, ya que el remedio extraordinario «supone cuestionar la sentencia como *thema decisum*, sin que sea dable reabrir el debate de instancia o proponer lecturas novedosas de la controversia para buscar una decisión favorable» (SC948, 27 ab. 2022, rad. n.º 2018-00227-01).

Siguiendo este derrotero, esta Sala en CSJ AC760-2020 reiteró que, en casación no es admisible el cargo que se limita a presentar «un nuevo criterio de apreciación de las pruebas, o unas conclusiones diferentes de las que obtuvo el juzgador, pues el recurso aludido no constituye una tercera instancia, al punto que la Sala, en estrictez, no es juez del asunto litigioso, sino de la legalidad del fallo que le puso fin al conflicto» (CSJ AC 18 dic. 2009, rad. 1999-00045-01, AC2195-2016, AC3134-2022 y AC1404-2023).

5.- Las anteriores razones imponen la inadmisión de la acusación y, por ende, de la súplica en sede extraordinaria.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, en Sala de Casación Civil, Agraria y Rural,

RESUELVE:

PRIMERO: INADMITIR la demanda presentada para sustentar la impugnación extraordinaria interpuesta contra la sentencia descrita en el encabezamiento de esta providencia.

SEGUNDO: En su oportunidad devuélvase el expediente a la Corporación de origen.

NOTIFÍQUESE

FERNANDO AUGUSTO JIMÉNEZ VALDERRAMA

Presidente de Sala

HILDA GONZÁLEZ NEIRA

MARTHA PATRICIA GUZMÁN ÁLVAREZ

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

FRANCISCO TERNERA BARRIOS

Firmado electrónicamente por:

Fernando Augusto Jiménez Valderrama
Presidente de la Sala

Hilda González Neira
Magistrada

Martha Patricia Guzmán Álvarez
Magistrada

Octavio Augusto Tejeiro Duque
Magistrado

Francisco Ternera Barrios
Magistrado

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en artículo 103 del Código General del Proceso y el artículo 7 de la ley 527 de 1999

Código de verificación: A490650020C245AC7FCD75C95891CBCBDEFFD1A6A52605EAF9B91F7B9411D63D

Documento generado en 2024-07-05