REPÚBLICA DE COLOMBIA

CORTE CONSTITUCIONAL

Sala Tercera de Revisión

Sentencia T-228 DE 2025

Referencia: expediente T-10.737.387

Asunto: acción de tutela instaurada por María de Jesús Vidales de Ramírez, actuando a través de apoderado, en contra del Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá.

Tema: reticencia en contra de seguro de vida.

Magistrada ponente: Diana Fajardo Rivera.

Bogotá, D.C., cinco (05) de junio de dos mil veinticinco (2025)

La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados Jorge Enrique Ibáñez Najar, Vladimir Fernández Andrade y la magistrada Diana Fajardo Rivera, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241 numeral 9° de la Constitución Política, profiere la siguiente:

SENTENCIA

Dentro del proceso de revisión de los fallos dictados, en primera instancia, por la Sala de Decisión Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, el 19 de septiembre de 2024, y, en segunda instancia, por la Sala de Casación Civil,

Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia, el 24 de octubre de 2024, dentro de la acción de tutela presentada por María de Jesús Vidales de Ramírez en contra del Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá.

El expediente de la referencia fue seleccionado para revisión por medio de Auto del dieciocho 18 de diciembre de 2024, proferido por la Sala de Selección de Tutelas Número Doce de 2024 de la Corte Constitucional[1].

SÍNTESIS DE LA DECISIÓN

La Sala Tercera de Revisión resolvió la acción de tutela de una persona que consideró vulnerados sus derechos fundamentales a la igualdad, al debido proceso y a la vivienda digna por parte del Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá, que confirmó el fallo de primera instancia del 16 de febrero de 2022 proferido por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, en el marco de una acción de protección al consumidor, en la que se solicitaba el reconocimiento del amparo de una póliza de seguro por parte de Colmena Seguros de Vida S.A.

La accionante alegó un defecto sustantivo, dado que la sentencia no consideró la diligencia exigida a las aseguradoras para verificar el estado de salud del asegurado, y la configuración de un defecto fáctico, al considerar que la aseguradora realizó un examen médico a su esposo antes de la suscripción de la póliza, lo que impediría objetar la cobertura por preexistencias. Ambas instancias declararon improcedente la acción de tutela, por considerar que la decisión atacada no desconocía los precedentes en materia del deber de diligencia por parte de las aseguradoras para la suscripción de contratos de seguro de vida.

En sede de revisión, la Corte halló satisfechos los requisitos de procedencia generales para las acciones de tutela en contra de providencias judiciales. A su turno, a partir de la interpretación de los hechos y argumentos presentados por la accionante, se reiteró la jurisprudencia sobre el alcance de los defectos fáctico y de desconocimiento del precedente en las decisiones judiciales, al igual que se enunció la jurisprudencia adoptada por esta Corte sobre la reticencia en los contratos de seguro, aclarando cuál era la postura más equilibrada que se debía aplicar en el caso concreto, de acuerdo con los hechos y elementos de prueba identificados, con respecto al deber de diligencia exigido a las compañías aseguradoras al momento de contrastar la veracidad de las respuestas dadas por el asegurado y verificar su estado real de salud. Igualmente, se reiteró la jurisprudencia sobre las cláusulas de exclusión en los contratos de seguro, y sobre la afectación de derechos fundamentales a personas en situación de vulnerabilidad debido a objeciones en contratos de seguro.

[1] El auto proferido por la Sala de Selección n.º 012 de 2024, del día dieciocho (18) de diciembre de dos mil veinticuatro (2024), fue notificado por medio del estado No 001 de 2025, del veintitrés (23) de enero de dos mil veinticinco (2025), el cual fue publicado en la página web de la Secretaría General de esta Corporación, desde las 8:00 am del mismo día. La Sala de Selección Número Doce de 2024 estuvo conformada por la magistrada Paola Andrea Meneses Mosquera y el magistrado Juan Carlos Cortés González.

Al definir el caso concreto la Sala advirtió la configuración de un defecto fáctico, pues si bien el Juzgado valoró el examen médico realizado al asegurado, su apreciación concluyó que dicho examen era suficiente para determinar su estado de salud, pero la historia clínica posterior evidenció que padecía diabetes mellitus desde 2013 e hipertensión desde 2015, ambas en tratamiento. Igualmente, se precisó que el Juzgado accionado no tuvo en cuenta los elementos de prueba adicionales que se debieron considerar como indicios de una posible discrepancia entre la información suministrada por el asegurado y su estado real de salud.

A su turno, la Sala también encontró configurado el defecto por desconocimiento del precedente, pues el juzgado accionado sostuvo que no existía contradicción entre la declaración de asegurabilidad y el examen físico realizado al tomador, pero no fundamentó por qué la aseguradora no revisó la historia clínica ni practicó exámenes especializados para detectar patologías como diabetes mellitus o hipertensión, teniendo en cuenta que se identificaron aspectos en la salud del asegurado durante la realización del examen, que permitían inferir la necesidad de corroborar la información. Adicionalmente, se verificó la validez de la cláusula de exclusión del contrato de seguro y se recordó la necesidad de valorar las situaciones particulares de vulnerabilidad de la accionante y la afectación a sus derechos fundamentales con la negativa de reconocimiento de la indemnización.

Por lo anterior, como remedio constitucional, se revocaron las decisiones de tutela que negaron el amparo de los derechos fundamentales de la accionante, y se dejó sin efectos la decisión de segunda instancia del proceso ordinario, con el fin de que se profiriera una nueva decisión con base en las consideraciones adoptadas en esta sentencia.

I. ANTECEDENTES

1. *Resumen del caso.* La señora Vidales interpuso acción de tutela en contra de la Sentencia del 30 de agosto de 2024 del Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá, solicitando que sean amparados sus derechos fundamentales a la igualdad, al debido proceso y a la vivienda digna, y que le sea ordenado al juzgado accionado que emita una nueva sentencia sin que se tenga en cuenta la exclusión del amparo de la póliza de seguro que sirvió de sustento para esa decisión, la cual se adoptó en el marco del recurso de apelación interpuesto en contra de la decisión del 16 de febrero de 2022 proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia, en el marco de una demanda de acción de protección al consumidor, prevista en el artículo 56 de la Ley 1480 de 2011.

1. Hechos jurídicamente relevantes descritos en la acción de tutela

2. En 2016, la señora María de Jesús Vidales, junto con su esposo el señor Edgar Ramírez Rangel, adquirieron un apartamento clasificado como vivienda de interés social ubicado en el municipio de Zipaquirá, Cundinamarca, por un valor de $ 98.800.000. Como cuota inicial para la compra, la pareja Vidales Ramírez

aportó la suma de $ 29.640.000 y el saldo restante, es decir, $ 69.160.000, lo financiaron a través de un crédito hipotecario con el Banco Caja Social S.A.[2]

3. En virtud de las políticas para el otorgamiento de un crédito hipotecario, el Banco Caja Social S.A. les exigió a los deudores la constitución de una póliza de seguro de vida con el fin de que se amparara el valor insoluto del crédito. Por lo anterior, el 25 de febrero de 2016, el señor Ramírez Rangel suscribió la póliza de seguro de vida n.º 3704-220051 con la compañía Colmena Seguros de Vida S.A., la cual[3]: (i) cubría dentro de sus amparos, entre otros, la muerte del asegurado por cualquier causa; (ii) establecía como beneficiario al Banco Caja Social S.A.; y (iii) el valor asegurado fue pactado por los saldos insolutos del crédito hipotecario, incluyendo capital e intereses causados, a la fecha del fallecimiento del asegurado[4].

4. El documento de la póliza estaba conformado por una sola hoja y contenía la información relacionada con las condiciones de la póliza en ambos dorsos de la hoja. Así, en el dorso frontal, se encontraban los datos del asegurado, las declaraciones de asegurabilidad, información financiera, declaración del origen de los fondos, autorizaciones y declaraciones del asegurado, la información sobre la prima del seguro, y las firmas del asegurado y del representante de la compañía de seguros. A su vez, en dorso posterior, se compilaban las condiciones de la póliza, dentro de las que se incluyeron, entre otros asuntos, las definiciones de amparos y las exclusiones a estos[5].

5. Dentro de las declaraciones de asegurabilidad de la mencionada póliza, el señor Ramírez Rangel no declaró el padecimiento de alguna patología, enfermedad o condición de las que allí se mencionaban, en concreto, marcó de forma negativa todas las declaraciones de asegurabilidad de la póliza de seguro[6]. Por otra parte, en el dorso de la póliza de seguro se indicó como una de las causas para excluir de todos los amparos la cobertura "La muerte, incapacidad, enfermedad u hospitalización del asegurado originada o derivada por cualquier causa, patología o enfermedad, física o mental, congénita o adquirida, preexistente, que haya sido diagnosticada, o conocida por el asegurado, o por la cual se haya recibido tratamiento, o que por sus síntomas o signos no pudiese pasar desapercibida y no haya sido declarada por el asegurado con anterioridad a la contratación del seguro"[7].

6. Adicionalmente, antes de ingresar a la póliza de seguro, Colmena Seguros de Vida S.A., a través de la médico Harlin Adriana Cuello Martínez, le realizó un examen al señor Ramírez Rangel con el fin de determinar su estado de salud al

---

[2] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "01 EscritoTutela".
[3] Se debe aclarar que en el documento denominado "Solicitud / Póliza de Seguro de Vida Individual" que se encuentra en el expediente, en la parte superior derecha se indica que la referencia de la póliza de seguro es la No. 0023339, sin embargo, a lo largo del proceso llevado ante la Superintendencia Financiera de Colombia la póliza que siempre se pretendió hacer efectiva fue aquella denominada con el n.º 3704-220051.
[4] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "Demanda Judicial.pdf".
[5] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "CONTESTACIÓN YANEXOS MARÍA DE JESÚS VIDALES – EXP 2021-0228 (002).pdf", pp. 51-52.
[6] *Ibidem.*
[7] *Ibidem.*

momento de tomar el seguro de vida[8]. Los resultados de este examen médico quedaron consignados en un documento suscrito por la médico a cargo y por el señor Ramírez Rangel en calidad de solicitante. En concreto, en dicho documento solo se indicó que el señor Ramírez Rangel había sufrido o sufrió alguna enfermedad en sus ojos, oído o nariz, al igual que solo se precisó que el paciente usaba lentes por presbicia y negó cualquier antecedente patológico, quirúrgico, farmacológico o familiar[9]. En consecuencia, dentro de las observaciones médicas se registró "ninguna" y como comentarios y sugerencias la médico indicó control por la EPS[10].

7. Posteriormente, el 22 de agosto de 2020, estando vigente la póliza de seguro, el señor Ramírez Rangel falleció[11] como causa de un shock cardiogénico por infarto aguo al miocardio[12]. Por lo anterior, el 14 de septiembre de 2020 la señora Vidales presentó reclamación formal ante el Banco de Bogotá S.A.[13], en su condición de beneficiaria designada en la póliza, entidad que redirigió la reclamación a Colmena Seguros de Vida S.A.[14] En consecuencia, el 17 de septiembre de 2020 esta entidad aseguradora le solicitó a la señora Vidales la historia clínica de las atenciones médicas recibidas por el señor Ramírez Rangel entre el periodo del 25 de febrero de 2014 al 25 de febrero de 2016, con el fin de estudiar la solicitud de pago del riesgo amparado[15]. En atención a dicha solicitud, la señora Vidales afirma que remitió la documentación requerida relacionada con la historia clínica del señor Ramírez Rangel[16].

8. En línea con lo anterior, Colmena Seguros de Vida S.A. realizó un concepto de calificación médica a través del médico Juan Pablo Merizalde, quien concluyó que existieron antecedentes no declarados en relación con la causal de reclamo. En concreto, conceptuó que al momento del examen médico en 2016 se ocultaron patologías que no eran susceptibles de ser detectadas con ese examen médico, tales como la tensión arterial y el diagnóstico de diabetes[17]. Adicionalmente, en esta calificación se precisó que de haber conocido los antecedentes del señor Ramírez Rangel al momento de la solicitud del seguro, medicamente se hubiera solicitado la historia clínica para verificar el tiempo de evolución y los demás factores agravantes de la diabetes y de la hipertensión, supuesto en el que se habría aplicado una sobremortalidad o se hubiera rechazado el riesgo[18]. Para sustentar sus conclusiones, el médico Merizalde incluyó en su concepto de calificación

[8] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "DOCUMENTO 10. Examen médico EDGAR RAMIREZ RANGEL.pdf".
[9] *Ibidem.*
[10] *Ibidem.*
[11] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "DOCUMENTO 2. Registro civil de defunción.pdf".
[12] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "CONTESTACIÓN YANEXOS MARÍA DE JESÚS VIDALES – EXP 2021-0228 (002).pdf", p. 75.
[13] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "Demanda Judicial.pdf", p. 5.
[14] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "DOCUMENTO 4. RTA inicial B. Caja Social_2.pdf".
[15] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "DOCUMENTO 5. IMN-2020-28233-CPM – EDGAR RAMIREZ RANGEL – 17195751 (1).pdf".
[16] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "DEMANDA JUDICIAL.pdf", p. 5.
[17] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "CONTESTACIÓN YANEXOS MARÍA DE JESÚS VIDALES – EXP 2021-0228 (002).pdf", p. 75.
[18] *Ibidem.*

médica apartes de la historia clínica del señor Ramírez Rangel, en los que se evidencia: (i) en consulta del 1 de mayo de 2018 se registró que el paciente se encontraba diagnosticado con diabetes mellitus desde hace 7 años y se encontraba en tratamiento[19], e (ii) hipertensión arterial en tratamiento desde el 31 de agosto de 2015[20].

9. Con base en lo anterior, el 27 de octubre de 2020 la compañía Colmena Seguros de Vida S.A. objetó la reclamación presentada por la señora Vidales[21], toda vez que argumentó que la causa de la muerte del señor Ramírez Rangel fue una enfermedad coronaria que no fue informada al momento de declarar su estado de salud para la toma de la póliza. En concreto, la compañía aseguradora indicó que, tras analizar la historia clínica del 1 de mayo de 2018, se evidenció un diagnóstico de diabetes mellitus desde hace 7 años, así como también en las historias clínicas de 2013 y 2015 se identificaron diagnósticos de hipertensión arterial y diabetes mellitus, respectivamente, y ambas enfermedades en tratamiento.

10. Ante la negativa de Colmena Seguros de Vida S.A., la señora Vidales mediante derecho de petición del 28 de octubre de 2020, le solicitó a la compañía aseguradora que le fuera remitida copia de la póliza de seguro n.º 3704-220051 y del examen médico que le fue practicado al señor Ramírez Rangel previo a la toma de la póliza de seguro[22]. En consecuencia, el 23 de noviembre de 2020 Colmena Seguros de Vida S.A. dio respuesta a la petición de la señora Vidales, pero solo me remitió copia de la póliza de seguro n.º 3704-220051. Por esta razón, la señora Vidales volvió a presentar un nuevo derecho de petición[23], el cual fue respondido por la compañía aseguradora el 9 de diciembre de 2020 remitiendo el examen médico diagnóstico que se le realizó al señor Ramírez Rangel antes de tomar la póliza de seguro y, a su vez, Colmena Seguros de Vida S.A. indicó que el dicho examen se diagnosticó al señor Ramirez Rangel "Venas Varicosas G5 bilateral generalizado en miembros inferiores"[24].

11. Posteriormente, a través de apoderado, el 15 de diciembre de 2020 la señora Vidales presentó ante Colmena Seguros de Vida S.A. una solicitud de reconsideración a la objeción realizada sobre el reclamo de la póliza de seguro No. 3704-220051[25], argumentando que, pese a la existencia de un examen médico previo a la toma del seguro, la compañía aseguradora se encontraba en la capacidad de realizar procedimientos médicos más pertinentes para identificar las patologías sobre las cuales argumenta la negativa del reconocimiento del amparo

[19] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "CONTESTACIÓN YANEXOS MARÍA DE JESÚS VIDALES – EXP 2021-0228 (002).pdf", p. 242.
[20] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "CONTESTACIÓN YANEXOS MARÍA DE JESÚS VIDALES – EXP 2021-0228 (002).pdf", p. 75.
[21] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "DOCUMENTO 6. IMN-2020-28233-CPM – EDGAR RAMÍREZ RANGEL – 17195751.pdf".
[22] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "DOCUMENTO 7. Derecho de petición póliza de seguros y examen médico previo al crédito (003).pdf".
[23] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "DEMANDA JUDICIAL.pdf", p. 6.
[24] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "DOCUMENTO 9. Alcance Respuesta Rad. No. 10145269 (003).pdf".
[25] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "DOCUMENTO 11. Solicitud reconsideración.pdf".

o, incluso, pudo haber solicitado la historia clínica del asegurado antes de suscribir la póliza de seguro para de esta forma conocer con precisión su estado de salud y determinar las condiciones de asegurabilidad[26]. En consecuencia, el 18 de enero de 2021 Colmena Seguros de Vida S.A. reiteró su negativa de reconocimiento del amparo de la póliza de seguro[27], reiterando los argumentos manifestados en la respuesta del 27 de octubre de 2020, y aclarando que los diagnósticos de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial no fueron informados en la declaración de su estado de salud por parte del señor Ramírez Rangel, los cuales, a su vez, se encuentran directamente relacionados con la causa de su muerte[28].

12. Por lo anterior, el 20 de enero de 2021[29], actuando a través de apoderado judicial, la señora María de Jesús Vidales de Ramírez interpuso demanda de acción de protección al consumidor, prevista en el artículo 56 de la Ley 1480 de 2011, en contra de la compañía Colmena Seguros de Vida S.A.[30] Lo anterior, con el fin de que: (i) se declare que la compañía Colmena Seguros de Vida S.A. está obligada a pagar al Banco Caja Social S.A., en su condición de beneficiario de la prestación asegurada en la póliza de seguro n.º 3704-220051, la cobertura de muerte por cualquier causa del fallecimiento del señor Ramírez Rangel; y (ii) se condene a la compañía Colmena Seguros de Vida S.A. a pagar al Banco Caja Social S.A., en su condición de beneficiario de la prestación asegurada antes mencionada, y a título de reparación por daño emergente, el valor que presenta la obligación n.º 0132208991542; es decir, el crédito que adquirió el señor Ramírez Rangel con el Banco Caja Social S.A[31].

2. Decisiones de la justicia ordinaria

13. *Proceso ante la Superintendencia Financiera de Colombia.* El asunto fue conocido por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, autoridad que, por medio de sentencia del 16 de febrero de 2022[32], negó las pretensiones invocadas por la señora Vidales. Lo anterior, por cuando encontró fundadas las excepciones de ausencia de cobertura de la póliza de seguro de vida individual deudores n.º3704-220051, propuesta por Colmena Seguros de Vida S.A., y la de inexistencia de responsabilidad contractual e inexistencia de responsabilidad extracontractual, formulada por Banco Caja Social S.A.[33]

14. A lo largo del proceso jurisdiccional, en el marco de la etapa probatoria, se practicó el testimonio del médico Juan Pablo Merizalde, profesional que realizó la calificación médica para objetar el reconocimiento del amparo contenido en la

[26] *Ibidem.*
[27] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: ”DOCUMENTO 12. RCD-2020-1399-EDGAR RAMÍREZ RANGEL-17195751 (003).pdf”.
[28] *Ibidem.*
[29] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: “Presentacióndemanda_-MARÍADEJESÚSVIDALESDERAMÍREZ”.
[30] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: “Documento digital: “Demanda Judicial.pdf”, p. 2.
[31] *Ibidem.*
[32] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: “2021013677-058-000.pdf”.
[33] *Ibidem.*

póliza de seguro. Así, en audiencia del 20 de octubre de 2021[34] el médico Merizalde indicó que tiene un vínculo con Colmena Seguros de Vida S.A. a través de un contrato de prestación de servicios con el fin de prestar sus servicios profesionales para evaluar, desde el punto de vista médico, la suscripción de los seguros de vida y para evaluar la pertinencia médica en las reclamaciones de los amparos de seguro[35]. Por otra parte, precisó que el 26 de febrero de 2016 el señor Ramírez Rangel declaró negativamente todas las preguntas médicas de la solicitud de seguro de vida, aclarando que, debido al perfil de edad y monto del señor Ramírez Rangel, solo fue necesario llevar a cabo un examen médico, el cual fue practicado por la médico Cuello Martínez, sin que fuera necesario ordenar la realización de un examen adicional al considerar las respuestas dadas por el tomador del seguro[36].

15. El doctor Merizalde afirmó que él diseñó el examen médico para aquellas personas que buscan ingresar a una póliza de seguro con Colmena Seguros de Vida S.A., en el que se realizan preguntas al posible asegurado y se realiza un examen físico no invasivo, sin perjuicio de que se realice la toma de signos vitales, medidas corporales y se anotan datos médicos del paciente; lo anterior, aclarando que no es un examen médico general, pues no se aborda la historia clínica ni se ordenan tratamientos o se decretan diagnósticos[37]. De esta forma, el médico precisó que en el examen de asegurabilidad no se solicita un estudio clínico más especializado, salvo que se identifiquen razones o situaciones relevantes para valorar el riesgo. Ahora bien, para el caso del señor Ramírez Rangel, el doctor Merizalde indicó que, por tener 69 años al momento de tomar la póliza, el paciente tenía un perfil de riesgo 2, razón por la que solo se solicitó la declaración de asegurabilidad y el examen médico de asegurabilidad, sin incluir exámenes médicos adicionales[38].

16. Precisó que en el examen médico de asegurabilidad existen diagnósticos que no son posibles de identificar, tales como la hipertensión arterial, la cual, afirmó, que es una situación de agravamiento del riesgo. Para el caso del señor Ramírez Rangel, y de acuerdo con los datos consignados en el examen médico antes de ingresar a la póliza, el doctor Merizalde indicó que en ese momento la presión arterial del posible asegurado estaba en parámetros normales, 120 sobre 80, y que de acuerdo con su estatura de 1.61cm y peso de 70kg, el señor Ramírez Rangel se encontraba en sobrepeso, pues contaba con un índice de masa corporal de 27, lo cual en todo caso no era indicativo de obesidad.

17. Igualmente, y debido a la anotación de "venas varices grado 1" que se diligenció en el examen, el médico precisó que no era una razón para agravar el riesgo, pues era un padecimiento normal teniendo en cuenta la edad del señor Ramírez Rangel[39]. Sin perjuicio de lo anterior, precisó el señor Ramírez Rangel

[34] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "2021-0228 audiencia 12-08-2021-20211020_090824-Grabación de la reunión.mp4".
[35] *Ibidem.*
[36] *Ibidem.*
[37] *Ibidem.*
[38] *Ibidem.*
[39] *Ibidem.*

negó los antecedentes farmacológicos y familiares, situación que no concuerda con la historia clínica, toda vez que el paciente padecía de diabetes mellitus e hipertensión, y su madre padecía también de diabetes mellitus[40].

18. Finalmente, el médico Merizalde precisó que, para la realización del concepto para objetar la póliza de seguro, analizó la historia clínica previa a la muerte del señor Ramírez Rangel y la historia clínica al momento del fallecimiento. Así, de acuerdo con la historia clínica de la Fundación Cardio Infantil, en agosto de 2020 el señor Ramírez Rangel falleció como consecuencia de un infarto agudo de miocardio por enfermedad coronaria, por una cardiomiopatía isquémica. Por lo tanto, concluyó que, los antecedentes médicos que tenía el paciente, contenidos en la historia clínica desde el año 2007 hasta el año 2013 y de los cuales el señor Ramírez Rangel era consiente, confluyeron en la configuración de la enfermedad coronaria por la que falleció el asegurado[41].

19. Posteriormente, en la audiencia de instrucción y juzgamiento del 16 de febrero de 2022, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia practicó el testimonio de la médico Harlin Adriana Cuello Martínez con el fin de identificar los hechos ocurridos durante el examen realizado al señor Ramírez Rangel previo a la toma del seguro de vida[42].

20. Así, la médico indicó que valoró al señor Ramírez Rangel en virtud de un examen de asegurabilidad pagado por Colmena Seguros de Vida S.A. Precisó que el examen realizado consistió en dos partes, por un lado, la realización de preguntas -anamnesis- contenidas en un formato relacionadas con antecedentes personales, patológicos, familiares, farmacológicos, quirúrgicos, hábitos y todos aquellos datos relacionados con la historia clínica del paciente; por otra parte, se realizó un examen físico en el que el paciente estaba en ropa interior y la médico identificaba lesiones y cicatrices[43].

21. Adicionalmente, la médico manifestó que no tuvo acceso a la historia clínica del señor Ramírez Rangel en calidad de posible asegurado para ese momento, en este sentido afirmó que solo contaban con la información suministrada por el paciente para determinar su estado de salud[44]. Por otra parte, la médico afirmó que, de lo que recordaba del examen realizado, el señor Ramírez Rangel era una persona físicamente sana y estable, sin mostrar algún tipo de lesión, salvo algunas venas várices que, en su criterio, no mostraban algún tipo de alerta médica. Por lo tanto, afirmó que al momento del examen no fue posible identificar algún síntoma de los diagnósticos de hipertensión y diabetes que tenía el señor Ramírez Rangel, sobre todo, porque el paciente negó padecer alguna patología previa.

---

[40] *Ibidem*.
[41] *Ibidem*.
[42] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "Exp. 2021-0228 Instrucción y juzgamiento - Parte 1 de 3.mp4". Minuto 08:05 – 19:00.
[43] *Ibidem.*
[44] *Ibidem.*

22. Adicionalmente, la doctora Cuello indicó que la anotación final en el examen médico, en la que se sugiere "control por la EPS", consiste en los controles preventivos que se realizan a todos los pacientes en el marco de promoción y prevención de la salud, sin perjuicio de que esté en buen estado de salud o no[45].

23. En los alegatos de conclusión, el apoderado de la señora Vidales resaltó que, en el marco de la solicitud de reconsideración a la objeción de reconocimiento de la póliza, la compañía aseguradora no tuvo en cuenta la existencia del examen médico realizado al señor Ramírez Rangel, situación que pone en duda la buena fe de Colmena Seguros de Vida S.A.[46] Por otra parte, consideró que, de acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia[47], no se cumplen los cinco criterios para poder alegar la configuración de la figura de reticencia en un contrato de seguro, razón por la que no se podría afirmar que el contrato de seguro es nulo en virtud de una declaración inexacta o reticente. A su vez, manifestó que, desde el 25 de febrero de 2016, fecha en la que se suscribió la solicitud de la póliza de seguro, la compañía aseguradora estaba autorizada para solicitar la historia clínica del señor Ramírez Rangel, hecho que realizó y que por lo tanto no podría ser una situación que se le endilgue al entonces asegurado[48]. Finalmente, consideró que, de acuerdo con el artículo 1158[49] del Código de Comercio, permite interpretarse de tal forma que, si la compañía aseguradora no prescindió de realizar un examen médico, el asegurado puede considerarse exento de las obligaciones a las que se refiere el artículo 1058[50] del mismo código. De esta forma, argumentó que la compañía de seguros estaba en la posibilidad de conocer las patologías del señor Ramirez Rangel debido a que le practicó un examen previo, en el cual, debió haber realizado un diagnóstico más acertado sobre su estado de salud[51].

24. A su turno, la apoderada de Colmena Seguros de Vida S.A. manifestó que, previo a la toma del seguro en febrero de 2016, el señor Ramírez Rangel tenía conocimiento del diagnóstico de sus patologías de hipertensión y diabetes, lo cual negó al momento de declarar las condiciones de asegurabilidad y fue demostrado con los diagnósticos en tratamiento contenidos en la historia clínica allegada en

---

[45] *Ibidem.*
[46] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "Exp. 2021-0228 Instrucción y juzgamiento - Parte 1 de 3.mp4". Minuto 52:25 – 01:13:10.
[47] SC3791-2021. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 1 de septiembre de 2021, radicado 20001-31-03-003-2009-00143-01.
[48] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "Exp. 2021-0228 Instrucción y juzgamiento - Parte 1 de 3.mp4". Minuto 52:25 – 01:13:10.
[49] "Artículo 1158. Prescindencia de examen médico y declaración del estado del riesgo. Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar".
[50] "Artículo 1058. Declaración del estado del riesgo y sanciones por inexactitud o reticencia. 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".
[51] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "Exp. 2021-0228 Instrucción y juzgamiento - Parte 1 de 3.mp4". Minuto 52:25 – 01:13:10.

la contestación de la demanda[52]. Igualmente, resaltó que la declaratoria sobre dichas patologías también fue negada en el examen diagnóstico realizado por la médico Cuello Martínez, el cual, se hizo con base en la información presentada por el asegurado.

25. De hecho, precisó que con base en el examen físico que se realizó al asegurado, no era posible detectar el padecimiento de las patologías del señor Ramírez Rangel, sobre todo porque dichas enfermedades se encontraban controladas a través de los tratamientos consignados en la historia clínica; de esta forma, precisó que Colmena Seguros de Vida S.A. no realizó exámenes médicos adicionales por cuanto no los consideró necesarios conforme a la información suministrada por el señor Ramírez Rangel[53].

26. Adicionalmente, afirmó que el artículo 1158 del Código de Comercio no exonera al asegurado de manifestar su estado real de salud, sin perjuicio de que la compañía de seguros realice o no un examen médico. En consecuencia, argumentó que se cumplían con los presupuestos del artículo 1058 del Código de Comercio para entenderse configurada la nulidad del contrato de seguro, considerando la causa de la muerte del asegurado ocurrió por una causa preexistente no declarada operando así la exclusión pactada en las consideraciones de la póliza de seguro[54].

27. Por lo anterior, y para tomar su decisión, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia consideró que en el documento de solicitud de póliza suscrito por el señor Ramirez Rangel el 26 de febrero de 2016, el asegurado respondió negativamente frente a todas las preguntas de declaración de asegurabilidad en materia de salud, las cuales eran respuestas relevantes para la compañía aseguradora a fin de determinar el riesgo asegurable y los elementos de conformación del contrato de seguro[55]. Igualmente, precisó que en el anverso del documento de la póliza le fue puesto de presente al asegurado los amparos contratados y las exclusiones del seguro, donde se indicaba que no se cubrían los amparos por muerte derivados de cualquier patología preexistente no declarada por el asegurado[56].

28. Además, dejó constancia que, en el examen diagnóstico antes de ingresar a la póliza de seguro, el señor Ramírez Rangel tampoco declaró sobre su verdadero estado de salud, por el contrario, respondió negativamente las preguntas sobre la existencia de patologías o enfermedades. En consecuencia, consideró que no hubo elementos suficientes para concluir que la compañía aseguradora podía solicitar información adicional sobre el contenido de las declaratorias del señor Ramírez Rangel, asegurado que además era consciente de sus patologías y de las consecuencias de faltar a la verdad para efectos de reclamar eventuales amparos[57].

---

[52] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "Exp. 2021-0228 Instrucción y juzgamiento - Parte 1 de 3.mp4". Minuto 01:13:20 – 01:33:15.
[53] *Ibidem.*
[54] *Ibidem*
[55] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "Exp. 2021-0228 Instrucción y juzgamiento - Parte 2 de 3.mp4". Minuto 0:00:33 – 00:31:55.
[56] *Ibidem*.
[57] *Ibidem*.

29. Finalmente, la funcionaria aclaró que las causas de muerte del señor Ramírez Rangel, es decir, sus patologías de diabetes e hipertensión fueron diagnosticadas previamente a la toma de la póliza de seguro, en concreto, y de acuerdo con la historia clínica, el 19 de marzo de 2015 se registró *Diabetes Millitus*, formulando la aplicación de insulina[58].

30. *Recurso de apelación en contra de la sentencia de la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia.* Ante la anterior decisión, el apoderado de la demandante interpuso recurso de apelación solicitando la revocatoria de dicha decisión[59], en el cual, manifestó su inconformidad con base en los siguientes argumentos[60]:

> (i) Consideró que la sentencia de primera instancia no tuvo en cuenta la posibilidad que tuvo la compañía aseguradora de conocer cualquier enfermedad que padecía el asegurado mediante la práctica del examen médico antes del ingreso a la póliza de seguro. Igualmente, señaló que no hubo pronunciamiento sobre la ineficacia de las exclusiones de la póliza, por cuanto éstas no se incluyeron en caracteres destacados en la primera página de la póliza de seguro.
>
> (ii) Sobre la prosperidad de la excepción de ausencia de cobertura de la póliza, indicó que estipulación en la que solo se cubría el siniestro de muerte por una causa natural no preexistente o preexistente declarada era ambigua, por cuanto las causales de exclusión deben ser precisas y concretas, y en el presente caso, la muerte del señor Ramírez Rangel fue a causa de un infarto del miocardio, situación que no es una causa preexistente en la medida en la que, como se indica en la historia clínica, el asegurado no había padecido de infarto alguno. Lo anterior, sumado a que en el examen médico de ingreso que se le practicó al señor Ramirez Rangel, la aseguradora fue negligente al no ordenar exámenes adicionales para validar su estado de salud, sobre todo al ser visible su condición física y edad de la que se podría inferir que el asegurado podía padecer alguna patología.
>
> (iii) A su turno, señaló que no se debió declarar la prosperidad de la excepción de exclusión del evento acaecido, debido a que la exclusión de la preexistencia se encontraba en el anverso del documento de la póliza y no estaba en caracteres resaltados. De hecho, argumentó que, incluso si se considerara eficaz dicha exclusión, la compañía aseguradora debió haber probado que la muerte del señor Ramírez Rangel obedeció a una enfermedad preexistente, lo cual, en su criterio, no fue demostrado.
>
> (iv) Finalmente, la parte demandante puso de presente que, en el documento de la póliza, en la sección de autorizaciones y otras declaraciones

---

[58] *Ibidem.*
[59] El apoderado de la parte demandante interpuso recurso de apelación en la audiencia del 16 de febrero de 2022, posterior a la notificación de la decisión por estrados de la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera. Posteriormente, mediante memorial del 21 de febrero de 2022 sustentó el recurso de apelación. Expediente digital 11001220300020240232701. Documento digital: "109 Anexo correo.pdf".
[60] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "108 Reparos sentencia.pdf".

> del aseguro, el señor Ramírez Rangel autorizó a la compañía aseguradora a verificar y pedir su historia clínica, situación que solo hizo después de acaecido el siniestro. Por esta razón, argumentó que Colmena Seguros de Vida S.A. debió conocer la causa de la muerte que hoy alega como reticente, de acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia[61].

31. *Decisión de la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad Civil.* El asunto fue repartido para conocimiento en segunda instancia al Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá, autoridad judicial que, en sentencia del 30 de agosto de 2024, confirmó íntegramente la sentencia proferida el 16 de febrero de 2022 por la Delegatura para Asuntos Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia[62].

3. La acción de tutela y el trámite surtido en las instancias

32. En consecuencia, actuando a través de apoderado, la señora Vidales interpuso acción de tutela en contra de la Sentencia del 30 de agosto de 2024 del Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá, solicitando que sean amparados sus derechos fundamentales a la igualdad, al debido proceso y a la vivienda digna, y que le sea ordenado al juzgado accionado que emita una nueva sentencia sin que se tenga en cuenta la exclusión del amparo de la póliza de seguro que sirvió de sustento para esa decisión judicial[63]. En concreto, la accionante manifestó que se configuraron los defectos sustantivo y fáctico, por cuanto: (i) las razones que fundamentan la decisión de segunda instancia no corresponden a lo decidido en la primera instancia, (ii) no se tuvo en cuenta que la aseguradora realizó un examen médico de ingreso a la póliza, (iii) se desconoció el precedente jurisprudencial en materia de contratos de seguro de vida, y (iv) la señora Vidales se encuentra bajo especial protección constitucional en virtud de su edad y de su situación económica.

4. Decisiones judiciales objeto de revisión

33. *Primera instancia.* El Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, Sala de Decisión Civil, mediante auto del 12 de septiembre de 2024[64], admitió la tutela, ordenó notificar y correr traslado a la Superintendencia Financiera de Colombia, a Colmena Seguros de Vida S.A. y al Banco Caja Social S.A., para que se pronunciaran sobre los hechos y pretensiones de la demanda.

34. En la respuesta a la acción de tutela, *el Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá*[65] informó que el 30 de agosto de 2024 profirió sentencia de segunda instancia en la que se analizaron los cuestionamientos formulados por la apelante y se valoró el material probatorio conforme a la normativa y jurisprudencia aplicable en materia de seguros. Por su parte, *la Delegatura para Funciones*

[61] El apoderado de la parte demandante citó las siguientes sentencias: Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, Sentencia del 3 de mayo de 2000, Rad. 5360; y SC5297-2018, Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, Sentencia del 6 de diciembre de 2018, Rad. 76001-31-03-012-2007-00217-01.
[62] Expediente digital 11001220300020240232701. Documento digital: "15Sentencia2daInstancia.pdf".
[63] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "01 EscritoTutela".
[64] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "02 AutoAdmiteTutela.pdf".
[65] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "03ContestaciónJuz32.pdf".

Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia[66] indicó que conoció en primera instancia del proceso verbal de menor cuantía promovido por la demandante contra Colmena Seguros S.A., en el que se vinculó al Banco Caja Social S.A. como litisconsorte necesario, y que en dicho proceso concluyó, mediante sentencia del 16 de febrero de 2022, probadas las excepciones presentadas por las entidades demandadas. A su vez, resaltó que la decisión adoptada se fundamentó en la normativa y jurisprudencia vigentes, toda vez que se evidenció que el señor Edgar Ramírez Rangel omitió informar su verdadero estado de salud al momento de solicitar la póliza y al practicarse el examen médico.

35. A su turno, *Colmena Seguros de Vida S.A.*[67] manifestó que el contrato de seguro de vida suscrito tenía como objeto cubrir el impago de una deuda en caso de fallecimiento del asegurado Edgar Ramírez Rangel. Sin embargo, la aseguradora negó la cobertura de la póliza tras determinar que el asegurado omitió información relevante sobre su estado de salud. Argumentó, además, que esta situación no vulnera los derechos fundamentales de los asegurados o beneficiarios, dado que la relación contractual con la aseguradora se rige por condiciones previamente establecidas y aceptadas.

36. Posteriormente, el 19 de septiembre de 2024, el Tribunal declaró improcedente la acción y negó el amparo de los derechos fundamentales alegados por la accionante[68]. Lo anterior, al considerar que el juez accionado sí valoró el hecho de que el tomador del seguro se realizó un examen médico previo a la suscripción del contrato. En particular, indicó que en el numeral 6.7 de las consideraciones del fallo se señaló que, aunque la aseguradora llevó a cabo dicho examen, no era posible detectar las enfermedades preexistentes debido a que estaban controladas con medicación, lo que justificaba razonablemente la ausencia de hallazgos en la evaluación médica. Además, se sostuvo que la aseguradora no tenía la obligación de solicitar la historia clínica ni de realizar exámenes especializados, dado que el asegurado debía responder con veracidad el cuestionario de asegurabilidad[69].

37. En cuanto a las exclusiones en la cobertura del seguro, el juez de primera instancia consideró que la sentencia controvertida estableció que la aseguradora cumplió con lo previsto en el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF), al haber incluido la exclusión por enfermedad preexistente en el anverso de las condiciones generales de la póliza.

38. Esta conclusión se fundamentó en la Sentencia SC2879-2022 de la Sala Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia, la cual estableció que las exclusiones deben figurar en la primera página de la póliza, aunque no necesariamente en la carátula. Respecto a la presunta vulneración del precedente jurisprudencial, consideró que el fallo cuestionado tuvo en cuenta

[66] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: “05ContestacionColmenaSeguros.pdf”.
[67] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: “05ContestaciónColmenaSeguros.pdf”.
[68] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: “06 Sentencia.pdf”.
[69] *Ibidem*.

pronunciamientos de la Sala Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia en materia de exclusiones y reticencias en contratos de seguro y que la Corte Constitucional ha reiterado que el defecto sustantivo se configura cuando se desconoce el precedente sin una argumentación razonable, situación que no se presenta en este caso, pues el juez sustentó su decisión en normativa vigente, pruebas y jurisprudencia aplicable[70].

39. *Impugnación.* Este fallo fue impugnado por el apoderado de la accionante[71], reiterando los argumentos presentados en el escrito de tutela. En concreto, presentó consideraciones sobre (i) la falta de valoración del examen médico realizado al señor Ramírez Rangel previo al ingreso a la póliza de seguro, (ii) sobre la ineficacia de las exclusiones de la póliza, y (iii) sobre la relevancia de las condiciones de especial protección constitucional que tiene la accionante.

40. *Segunda instancia.* Mediante Sentencia del 24 de octubre de 2024, la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia resolvió confirmar la decisión de primera instancia[72]. En concreto, indicó que el juzgado accionado analizó el deber del tomador del seguro de declarar de manera sincera el estado del riesgo, conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, lo anterior, luego de examinar los conceptos de preexistencia y reticencia, y determinó que el señor Ramírez Rangel incurrió en reticencia al omitir en su declaración de asegurabilidad que padecía diabetes mellitus e hipertensión arterial. Lo cual, justificó correctamente la declaratoria de las excepciones de "ausencia de cobertura" y "evento expresamente excluido", formuladas por Colmena Seguros S.A.

41. En relación con el reparto sobre la obligación de la aseguradora de realizar exámenes médicos, la Corte Suprema de Justicia consideró que el juzgado afirmó que dicha exigencia solo procede cuando hay indicios de discrepancia entre la información declarada y la realidad, y en este caso no se advirtió tal disparidad. Además, aunque la aseguradora practicó un examen médico previo a la inclusión del asegurado en la póliza, no detectó las patologías preexistentes debido a que estaban controladas con medicación. Adicionalmente, sobre las exclusiones contractuales, se recalcó que la compañía aseguradora cumplió con el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y con la jurisprudencia vigente (CSJ SC2879-2022), pues el contrato estipulaba, de manera clara, que las enfermedades preexistentes conocidas por el asegurado y no declaradas quedaban excluidas de cobertura.

5. Actuaciones surtidas en sede de revisión

42. Revisado en detalle el expediente, la magistrada sustanciadora advirtió la necesidad de ejercer su facultad probatoria con el propósito de recaudar elementos que le permitieran resolver adecuadamente el asunto. En consecuencia, el 20 de febrero de 2025[73] emitió un auto mediante el cual resolvió oficiar a la señora

[70] *Ibidem*.
[71] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "07 Impugmnación.pdf".
[72] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "10 Sentencia.pdf".
[73] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "005 T-10737387 Auto de Pruebas 20-Feb-2025.pdf".

María de Jesús Vidales Ramírez para indagar sobre algunos aspectos de su situación actual, y a los médicos Harlin Adriana Cuello Martínez y Juan Pablo Merizalde con el fin de aclarar algunos supuestos fácticos que determinaron la actuación precontractual y postcontractual de Colmena Seguros de Vida S.A.[74]

43. En consecuencia, y de acuerdo con el informe secretarial del 25 de marzo de 2025[75], el 27 de febrero de 2025 se recibió respuesta por parte de la doctora Harlin Adriana Cuello Martínez[76], en la que indicó que el examen médico practicado al señor Ramírez Rangel correspondió a un examen de asegurabilidad para seguro de vida y riesgos profesionales de Colmena Seguros de Vida S.A. El cual, tenía como objetivo evaluar su estado de salud previo y actual, mediante anamnesis detallada, identificación del paciente, antecedentes familiares y personales, quirúrgicos, patológicos y traumáticos. A su vez, señaló que durante la evaluación el paciente negó antecedentes médicos y, en el examen físico, no se evidenciaron signos de alarma. Igualmente, precisó que estos exámenes se realizaban sin requerir historial clínico, pues el asegurado debía declarar con veracidad su estado de salud, por lo que, al no encontrarse hallazgos clínicos relevantes y ante la negativa del paciente de padecimientos previos, no se consideró necesario solicitar su historial médico.

44. Mediante memorial del 26 de febrero de 2025[77] el doctor Juan Pablo Merizalde dio respuesta al requerimiento de la magistrada sustanciadora indicando que, de acuerdo con el clausulado del seguro, cuando un solicitante manifiesta no gozar de buena salud, la compañía puede requerir exámenes adicionales. No obstante, el señor Ramírez Rangel respondió negativamente a todos los antecedentes médicos en su declaración y en el examen médico de asegurabilidad, omitiendo información sobre su hipertensión arterial y diabetes mellitus. Así, en virtud del principio de la buena fe, no se solicitaron pruebas adicionales ni el historial clínico. Posteriormente, en la solicitud de indemnización, indicó que se analizó la historia clínica de la Fundación Cardio Infantil, la cual reportó que el asegurado falleció por un infarto agudo al miocardio derivado de una enfermedad coronaria severa. En sus antecedentes clínicos se evidenciaban diagnósticos previos de hipertensión arterial con angina inestable (2016) y diabetes mellitus (2013), enfermedades crónicas que afectan progresivamente la salud cardiovascular.

45. Anotó que, dado que estas enfermedades pueden permanecer clínicamente controladas sin manifestaciones evidentes durante una evaluación médica general, la médica examinadora no tenía forma de detectar dichos antecedentes sin la declaración expresa del paciente. Por ejemplo, la toma de presión arterial en el examen no mostró cifras anormales, lo que no permitió inferir la existencia de

[74] El auto del 20 de febrero de 2025 fue notificado a las personas requeridas el 24 de febrero de 2025, como consta en el expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "006 T-10737387_OFICIO_OPT-A-100-2025_Pruebas.pdf".
[75] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "014 T-10737387 INFORME DE CUMPLIMIENTO Auto 20-Feb-2025.pdf".
[76] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "008 T-10737387 Rta. Harlin Adriana Cuello Martinez.pdf".
[77] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "Respuesta Oficio OPT-A-100-225 Dr Juan Pablo Merizalde Price.pdf".

hipertensión. Con base en lo anterior, concluyó que el asegurado omitió información relevante en su declaración de asegurabilidad y en el examen médico, no existían signos clínicos evidentes durante la evaluación médica que permitieran detectar dichos antecedentes, y que la causa del fallecimiento tuvo relación directa con patologías preexistentes no declaradas.

46. A su turno, mediante escrito del 25 de febrero de 2025[78], el apoderado de la señora Vidales, puso de presente que la situación económica de su poderdante es precaria, pues su subsistencia depende de los aportes económicos de tres de sus cuatro hijos y sus gastos mensuales son de $ 2´300.000[79]. Además, señalo que desde la muerte del señor Ramírez Rangel no ha contado con ingresos adicionales, pues era su esposo el que se encargaba del sustento del hogar, de hecho, no tiene acceso a pensión de sobrevivientes ni a ningún otro tipo de pensión, y desde la muerte de su esposo vive con su hija y una nieta menor de edad. Actualmente padece de hipertensión, hipotiroidismo y prediabetes, y si bien tiene acceso al sistema de salud, se encuentra en calidad de cotizante porque uno de sus hijos asume los aportes[80].

47. Finalmente, con respecto al estado del crédito hipotecario, éste se encuentra en mora y la señora Vidales no ha podido cancelar las cuotas desde la muerte de su esposo, razón por la que la vivienda fue embargada y secuestrada dentro de un proceso ejecutivo iniciado por el Banco Caja Social S.A., pero tras el rechazo de la demanda, se ordenó el desembargo. Pese a esto, indicó que el secuestre se niega a restituir el inmueble sin rendir cuentas de su gestión, la cual, no ha sido del todo satisfactoria, por cuanto la propiedad está en condiciones precarias, con servicios públicos cortados y una deuda elevada por administración[81].

II. CONSIDERACIONES

1. Competencia

48. La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional es competente para conocer los fallos de instancia, de conformidad con la Constitución y las normas reglamentarias[82]; y, en virtud del Auto del dieciocho (18) de diciembre de dos mil veinticuatro (2024), proferido por la Sala de Selección de Tutelas Número Doce de 2024 de la Corte Constitucional, que escogió el expediente de la referencia.

2. Cumplimiento de los requisitos de la acción de tutela contra providencias judiciales

49. Siguiendo la jurisprudencia de esta Corporación, las providencias de los jueces de la República, en ejercicio de la función jurisdiccional, pueden ser

[78] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "014 T-10737387 INFORME DE CUMPLIMIENTO Auto 20-Feb-2025.pdf".
[79] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "009 T-10737387 Rta. Maria de Jesus Vidales a través de Apoderado.pdf".
[80] *Ibidem*.
[81] *Ibidem*.
[82] En particular los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 33 a 36 del Decreto Ley 2591 de 1991.

excepcionalmente objetadas a través de la acción de amparo constitucional[83]. Sin embargo, dado que las decisiones judiciales constituyen ámbitos ordinarios de reconocimiento de los derechos y debido a los valores asociados a la seguridad jurídica, a la cosa juzgada y la independencia y autonomía judicial, la Corte sistematizó en la Sentencia C-590 de 2005 un conjunto de requisitos generales de procedencia que habilitan formalmente la tutela contra providencias judiciales.

50. A continuación se identifican esos requisitos generales: **(i)** que las partes estén jurídicamente legitimadas dentro de la acción de tutela; **(ii)** que el debate planteado presente relevancia constitucional; **(iii)** que se hayan agotado todos los medios ordinarios y extraordinarios de defensa, salvo que se trate de evitar la consumación de un perjuicio irremediable; **(iv)** que se cumpla con el requisito de la inmediatez; **(v)** que de invocarse irregularidad procesal, ésta tenga incidencia definitiva o determinante en la decisión judicial que es cuestionada; **(vi)** que la parte accionante identifique razonablemente los hechos generadores de la vulneración y los hubiere alegado en el proceso judicial, siempre que sea posible; y **(vii)** que no corresponda a una tutela contra sentencia de tutela. Estos requisitos deben ser constatados de forma previa a la valoración o juzgamiento de fondo sobre la presunta afectación de derechos fundamentales.

51. *Estudio de procedencia en el caso concreto*. En el presente caso, la Sala estima que se cumplen los requisitos generales de procedencia de la tutela contra providencias judiciales, por las razones que se explican enseguida.

52. Por un lado, se satisface la *legitimación en la causa por activa*, toda vez que la acción de tutela fue presentada por María de Jesús Vidales de Ramírez, quien fue la demandante en el proceso de protección al consumidor previsto en el artículo 56 de la Ley 1480 de 2011, cuya sentencia de segunda instancia se cuestiona en esta oportunidad. Adicionalmente, la accionante actuó a través de apoderado judicial, quien adjuntó con el escrito de tutela el poder debidamente conferido para actuar en el marco de este proceso[84]. A su vez, se encuentra acreditada la *legitimación en la causa por pasiva*, debido a que el mecanismo constitucional se ejerció en contra del Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá, autoridad que profirió la sentencia censurada mediante la cual se confirmó la sentencia de primera instancia proferida por la Delegatura para Asuntos Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia.

53. A su vez, se advierte que la acción de tutela fue interpuesta oportunamente (**inmediatez**), por cuanto entre la fecha de la decisión judicial atacada (30 de agosto de 2024) y la fecha de interposición del amparo (12 de septiembre de 2024[85]) transcurrieron 13 días, siendo un término razonable y prudente para hacer uso del mecanismo constitucional.

---

[83] Ello con el fin de garantizar los principios de supremacía constitucional, eficacia de los derechos fundamentales y el derecho a disponer de un recurso judicial efectivo. Ver, Corte Constitucional, Sentencia SU-072 de 2018. Corte Constitucional, Sentencia. SU-146 de 2020.
[84] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "003Poder.pdf".
[85] Es necesario precisar que, a partir de la revisión del expediente, no fue posible identificar la fecha de radicación de la acción de tutela. Sin embargo, de acuerdo con el expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "02

54. Así mismo, se satisface el requisito de *subsidiariedad*, pues la accionante no dispone de otro medio de defensa judicial y eficaz para controvertir la providencia de segunda instancia cuestionada. Sobre este punto, podría pensarse que la accionante tiene a su disposición el recurso extraordinario de casación, sin embargo, de acuerdo con el artículo 334[86] del Código General del Proceso (CGP), ese mecanismo procede contra las sentencias proferidas por los tribunales superiores en segunda instancia. Igualmente, la Sala también descarta la posibilidad de que la accionante pueda hacer uso del recurso extraordinario de revisión para obtener la salvaguarda de sus intereses, debido a que si bien la sentencia controvertida es una decisión ejecutoriada (art. 354 CGP), no se evidencia el posible cumplimiento de alguno de los requisitos exigidos por el artículo 355[87] del CGP para que proceda este mecanismo.

55. Sobre la *relevancia constitucional* en el caso concreto, se debe tener en cuenta que la jurisprudencia constitucional, con base en el artículo 1036 del Código de Comercio, en los artículos 368 a 385, 390 a 394 y 398 del Código General del Proceso, y en el artículo 56 de la Ley 1480 de 2011, ha establecido que, por regla general, las controversias derivadas de un contrato de seguro son competencia de la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil, debido a que tienen un carácter eminentemente económico que escapan del ámbito constitucional de la acción de tutela. En concreto, la Corte Constitucional ha indicado que:

> "En atención a estas particulares condiciones del contrato de seguro por pólizas de vida o por incapacidad permanente en los que las aseguradoras se niegan a pagar por una supuesta reticencia, esta Corporación ha recalcado que es claro que las controversias que se originan por las inexactitudes en que se haya incurrido por el tomador, para efectos de determinar si procede o no la nulidad relativa del seguro, desbordan el ámbito de la tutela y conducen por regla general a su improcedencia, al no tener esta acción las características de los procesos judiciales que se tramitan ante la justicia ordinaria (procesos declarativos), en donde las

AutoAdmiteTutela.pdf", se pudo constatar que la acción fue admitida por parte de la Sala de Decisión Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá el 12 de septiembre de 2024.

[86] "ARTÍCULO 334. PROCEDENCIA DEL RECURSO DE CASACIÓN. El recurso extraordinario de casación procede contra las siguientes sentencias, cuando son proferidas por los tribunales superiores en segunda instancia (…)".

[87] "ARTÍCULO 355. CAUSALES. Son causales de revisión: 1. Haberse encontrado después de pronunciada la sentencia documentos que habrían variado la decisión contenida en ella, y que el recurrente no pudo aportarlos al proceso por fuerza mayor o caso fortuito o por obra de la parte contraria. 2. Haberse declarado falsos por la justicia penal documentos que fueron decisivos para el pronunciamiento de la sentencia recurrida. 3. Haberse basado la sentencia en declaraciones de personas que fueron condenadas por falso testimonio en razón de ellas. 4. Haberse fundado la sentencia en dictamen de perito condenado penalmente por ilícitos cometidos en la producción de dicha prueba. 5. Haberse dictado sentencia penal que declare que hubo violencia o cohecho en el pronunciamiento de la sentencia recurrida. 6. Haber existido colusión u otra maniobra fraudulenta de las partes en el proceso en que se dictó la sentencia, aunque no haya sido objeto de investigación penal, siempre que haya causado perjuicios al recurrente. 7. Estar el recurrente en alguno de los casos de indebida representación o falta de notificación o emplazamiento, siempre que no haya sido saneada la nulidad. 8. Existir nulidad originada en la sentencia que puso fin al proceso y que no era susceptible de recurso. 9. Ser la sentencia contraria a otra anterior que constituya cosa juzgada entre las partes del proceso en que aquella fue dictada, siempre que el recurrente no hubiera podido alegar la excepción en el segundo proceso por habérsele designado curador ad lítem y haber ignorado la existencia de dicho proceso. Sin embargo, no habrá lugar a revisión cuando en el segundo proceso se propuso la excepción de cosa juzgada y fue rechazada".

> partes, en igualdad de condiciones, tienen la posibilidad de intervenir, de aportar pruebas y de controvertir aquellas que se usen en su contra[88].”

56. Bajo este entendimiento, en varias ocasiones la Corte ha declarado improcedentes acciones de tutela en casos donde se discuten controversias derivadas de contratos de seguros de vida, por considerar que no es el medio idóneo para resolver la causa alegada. Por ejemplo, en la Sentencia T-481 de 2017 se concluyó que la accionante, pese al encontrarse en situación de vulnerabilidad, no había agotado los mecanismos de defensa judicial ordinarios y no se había acreditado la afectación al mínimo vital a raíz de la objeción realizada por la compañía aseguradora para el pago de la póliza. A su turno, en la Sentencia T-061 de 2020 se declaró improcedente la acción de tutela, por cuanto la Corte no pudo verificar que la accionante se encontrara en mora de la obligación crediticia respaldada por el contrato de seguro objeto del proceso, como tampoco fue posible acreditar que la accionada hubiera iniciado un proceso de cobro que pusiera en riesgo su mínimo vital.

57. Sumado a lo anterior, en las sentencias T-132 de 2020 y T-125 de 2021 la Corte declaró la improcedencia de las acciones de tutela que pretendían el pago de pólizas de seguro, lo anterior, no solo con base en la subsidiariedad del medio judicial escogido por los accionantes, sino porque no se acreditó que los actores estuvieran en una situación de vulnerabilidad económica o la negativa del pago representara un perjuicio irremediable a sus derechos fundamentales que justificara la intervención del juez constitucional. Sin embargo, en la Sentencia T-313A de 2022, la Corte precisó que el mecanismo de tutela puede ser procedente, de forma excepcional, en aquellos casos en donde se evidencie la vulneración de los derechos fundamentales de la accionante y en consideración de sus condiciones de vulnerabilidad. Lo anterior, en los siguientes términos:

> “(…) se tiene que la acción de tutela no es el medio idóneo para resolver este tipo de controversias. Empero, excepcionalmente podría superarse el requisito de subsidiariedad del análisis de procedencia cuando se derive una evidente discusión de naturaleza constitucional que involucre la eventual afectación de otro derecho fundamental. De manera general, la Corte ha valorado la posible afectación al mínimo vital del accionante, y de condiciones particulares que podrían generar una puesta en riesgo de esta misma garantía fundamental como lo es que se hubiese iniciado un proceso de cobro coactivo por la mora en la cancelación de deudas que eventualmente comprometa otros derechos fundamentales como, por ejemplo, la vivienda digna[89]”.

58. Así las cosas, si bien la Corte Constitucional ha estudiado acciones de tutela presentadas en el marco de controversias relativas a contratos de seguro, dichos casos han sido excepcionales frente a la regla general de improcedencia por tratarse de asuntos con pretensiones meramente económicas. Lo anterior, a partir de un análisis particular de las condiciones de vulnerabilidad de los accionantes y

[88] Corte Constitucional, sentencias T-313A de 2022 y T-501 de 2016.
[89] *Ibidem*.

de la posible afectación a los derechos fundamentales derivada del no reconocimiento del pago en la póliza de seguro. En este sentido, la Sala considera que el caso bajo estudio cumple con los elementos suficientes para dar por acreditada la relevancia constitucional en este asunto. Lo anterior, por las siguientes razones:

(i) En primer lugar, y sumado a lo indicado frente al cumplimiento del requisito de subsidiariedad (considerando 54), la accionante no hizo uso del mecanismo constitucional de la tutela de forma caprichosa o desconociendo los mecanismos dispuestos en la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil para controvertir la objeción realizada por Colmena Seguros de Vida S.A. en el pago de su póliza de seguro. Por el contrario, y de forma diligente, la señora Vidales de Ramírez acudió al mecanismo jurisdiccional ante la Superintendencia Financiera de Colombia e interpuso el respectivo recurso ante los juzgados civiles, de tal suerte que acudió a la instancia de la tutela invocando argumentos relativos a la vulneración de sus derechos fundamentales a la igualdad, al debido proceso y a la vivienda digna, los cuales, de resultar procedentes, si bien se materializarían en una orden de tutela orientada a que el juez ordinario dicte un fallo judicial distinto al que negó el reconocimiento de una prestación económica, en últimas, dichos argumentos se encontrarían revestidos de una discusión constitucional.

(ii) En segundo lugar, los argumentos que plantea la accionante en el expediente de tutela se derivan de una posible violación a los derechos fundamentales a la igualdad y al debido proceso, los cuales, con la decisión de segunda instancia en el marco del proceso de protección al consumidor, pudieron a su vez impactar en su derecho fundamental a la vivienda digna. Por ende, y sin que desde este momento se concluya que hubo una vulneración efectiva de los derechos fundamentales invocados, los defectos alegados por la accionante en la sentencia de segunda instancia tienen un enfoque constitucional, pues se argumentó el desconocimiento de la jurisprudencia en materia de seguros de vida, en lo relativo a las cargas y deberes de diligencia que deben tener las compañías aseguradoras al momento de validar el estado de salud del asegurado y de calcular el riesgo asegurable.

(iii) En línea con lo anterior, se mencionó un posible defecto fáctico en la valoración de los exámenes médicos que realizó Colmena Seguros de Vida S.A. al señor Ramírez Rangel, con los que se demostraría la negligencia de esta compañía al momento de calificar el riesgo. En este sentido, debido a que la decisión de la justicia ordinaria ordenó el no reconocimiento del amparo que cubría los valores insolutos del crédito hipotecario que quedó a cargo de la accionante después del fallecimiento de su esposo, también se encuentra comprometido el derecho a la vivienda digna de la señora Vidales, quien, pese a que actualmente convive con una de sus hijas, en sede de

revisión se corroboró que no tiene acceso a la vivienda de interés social de la que es propietaria[90].

(iv) En tercer lugar, y en línea con el párrafo inmediatamente anterior, la accionante no solo es un sujeto de especial protección constitucional, por ser una mujer adulto mayor (71 años)[91], sino porque, de acuerdo con la información remitida por su apoderado en sede de revisión[92], padece de hipertensión, hipotiroidismo y prediabetes, y su acceso al sistema de salud depende de los aportes que uno de sus hijos asume. Lo anterior, debido a que, a pesar de la muerte de su cónyuge, el señor Ramírez Rangel no cuenta con una pensión de sobrevivientes ni tampoco tiene ingresos adicionales para subsistir, más allá de los recursos que sus hijos le brindan para atender sus necesidades básicas. De esta forma, y teniendo en cuenta que la Corte Constitucional ha declarado la improcedencia de la acción de tutela en casos similares a este por no haberse acreditado la vulnerabilidad de los accionantes[93], en esta oportunidad la Sala sí cuenta con los elementos suficientes para determinar que la accionante tienen condiciones particulares de vulnerabilidad que, potencialmente, se pueden agravar tras la negativa de las decisiones judiciales que negaron el reconocimiento de la póliza de seguro.

(v) Adicionalmente, la Sala constata que la negativa de la aseguradora en reconocer la muerte del señor Ramírez Rangel como un siniestro para la activación de la póliza, la cual fue validada por las decisiones de la justicia ordinaria, pone en riesgo el derecho fundamental a la vivienda digna de la señora Vidales de Ramírez. Esto, por cuanto desde la muerte de su esposo la accionante no ha podido cancelar las cuotas adeudades del crédito hipotecario con el Banco Caja Social S.A., el cual, se encuentra en mora y ya ha sido objeto de un proceso ejecutivo que resultó en el embargo de la vivienda de interés social de la accionante, propiedad que actualmente se encuentra bajo la administración de un secuestre quien ha desatendido las obligaciones sobre inmueble y lo ha mantenido en condiciones precarias[94]. Así, es real el riesgo de que la señora Vidales de Ramírez pierda la propiedad de su casa en el marco del proceso ejecutivo iniciado en su contra, situación que solo se podría evitar con el pago de la póliza de seguro por parte de Colmena Seguros de Vida S.A., en caso de que se encuentre que debió haber sido procedente el reconocimiento de la muerte de su esposo como un riesgo asegurable.

59. Ahora bien, la Sala considera que no resulta procedente analizar si la accionante invocó irregularidades procesales que hayan tenido incidencia en la

[90] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "009 T-10737387 Rta. Maria de Jesus Vidales a través de Apoderado.pdf".
[91] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "08AnexoOcho.pdf".
[92] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "009 T-10737387 Rta. Maria de Jesus Vidales a través de Apoderado.pdf".
[93] Corte Constitucional, Sentencias T-481 de 2017, T-061 de 2020, T-132 de 2020, T-125 de 2021 y T-313A de 2022.
[94] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: "009 T-10737387 Rta. Maria de Jesus Vidales a través de Apoderado.pdf".

decisión que resulta vulneradora de derecho fundamentales, por cuanto la tutelante no presentó argumentos de índole procesal tendientes a controvertir la sentencia de segunda instancia, pues invocó la configuración de los defectos fáctico y sustantivo. Frente a este último, como se verá más adelante, la Sala entiende que corresponde, en realidad, al de desconocimiento del precedente.

60. Por otra parte, se observa que la accionante identificó con claridad los presupuestos fácticos del caso y explicó razonablemente los motivos por los cuales considera que le han sido vulnerados los derechos fundamentales. De hecho, revisado el recurso de apelación interpuesto por la entonces demandante[95], se observa que en sede ordinaria la señora Vidales alegó que la decisión adoptada por la Superintendencia Financiera de Colombia no tuvo en cuenta la negligencia por parte de la compañía aseguradora al momento de corroborar el estado de salud de su esposo, previo ingreso a la póliza, tomando como suficiente el examen médico de ingreso que se le realizó. De esta forma, también se confirma que la accionante alegó la posible vulneración de su derecho al debido proceso en el momento procesal oportuno en el proceso civil ordinario.

61. Finalmente, la providencia cuestionada no es una decisión adoptada en el marco de otra acción de tutela o de un proceso de nulidad por inconstitucionalidad.

62. Con base en lo descrito, es posible concluir que en este caso se cumplen los requisitos de procedencia de la acción de tutela. Por lo tanto, esta Corte se ocupará de analizar el fondo del asunto, para lo cual planteará los problemas jurídicos, fijará metodología de decisión y se solucionará el asunto en particular.

3. Delimitación del caso, planteamiento de los problemas jurídicos y metodología de la decisión

63. La Sala Tercera de Revisión debe resolver el caso de una mujer que, tras haber acudido a la acción de protección al consumidor, prevista en el artículo 56 de la Ley 1480 de 2011, le fueron negadas en ambas instancias sus pretensiones orientadas a que la compañía Colmena Seguros de Vida S.A. reconociera, debido al fallecimiento de su esposo, la cobertura de una póliza de seguro de vida, mediante la cual se amparaban los saldos pendientes de un crédito hipotecario que juntos adquirieron para el pago de una vivienda de interés social. En concreto, la accionante alega que las decisiones de instancia incurrieron en los defectos sustantivo y fáctico, por cuanto la compañía aseguradora debía conocer el estado de salud de su esposo y, por ende, no podía objetar el pago bajo la causal de exclusión por no haber declarado la enfermedad que fue la causa de su muerte. De esta forma, antes de delimitar los problemas jurídicos y los pasos para adoptar esta decisión, la Sala encuentra pertinente precisar las causales específicas de procedibilidad que la accionante invocó.

[95] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: “108 Reparos sentencia.pdf”.

64. De acuerdo con el escrito de tutela[96], la accionante manifestó que se configuraron los defectos sustantivo y fáctico, argumentando lo siguiente:

> (i) Considera que el juez de segunda instancia afirmó que la sentencia de primera instancia encontró probada la reticencia en la declaración de asegurabilidad del tomador, situación que en su criterio no es cierta. Lo anterior, por cuanto la negativa de la compañía aseguradora se fundamentó en la exclusión de preexistencia sin que se declarara la nulidad relativa del contrato de seguro por inexactitud en la declaración. En consecuencia, sugiere que este error procesal afecta la validez del fallo, pues el juez de segunda instancia resolvió sobre un aspecto no abordado en primera instancia ni en la apelación.
>
> (ii) No se tuvo en cuenta que la aseguradora realizó un examen médico de ingreso a la póliza, lo cual, en su criterio vulneró los precedentes jurisprudenciales y el debido proceso. Explicó que el examen médico sí fue practicado, lo que desvirtúa la posibilidad de alegar la exclusión por preexistencia, pues no se trata de una falta en la realización del examen por parte de la aseguradora, sino del efecto de haberlo llevado a cabo y, aun así, aceptar al asegurado en la póliza. De esta forma, consideró que, si la enfermedad preexistente no fue detectada en el examen médico, no puede invocarse posteriormente como causal de exclusión.
>
> (iii) Indicó que se desconoció el precedente jurisprudencial en materia de contratos de seguro de vida, por cuanto la exclusión por preexistencia invocada no cumple con los requisitos establecidos en la sentencia de unificación SC2879-2022 de la Corte Suprema de Justicia. La accionante explicó que dicha providencia exige que la exclusión esté (i) contenida a partir de la primera página de la póliza y (ii) destacada en caracteres diferenciados. No obstante, en este caso, ninguna de estas condiciones se cumple. Primero, la exclusión se encuentra en el anverso de la declaración de asegurabilidad, no en la primera página de la póliza. Segundo, el texto no está resaltado, lo que contraviene con la jurisprudencia aplicable.
>
> (iv) Adicionalmente, argumentó que el juez de segunda instancia desconoció el precedente constitucional en materia de deberes precontractuales de las aseguradoras, tal como lo ha señalado la Corte Constitucional en sentencias como la T-309 de 2015, la T-025 de 2024 y la T-344 de 2024. Pues en dichas providencias se establece que las aseguradoras tienen la obligación de actuar diligentemente en la etapa previa a la celebración del contrato, garantizando información clara, suficiente y oportuna a los asegurados. Así, en este caso, la accionante sugiere que, pese a que la aseguradora practicó un examen médico al asegurado antes de su ingreso a la póliza, posteriormente alegó la existencia de una preexistencia no detectada, lo que constituye un claro desconocimiento de su propia actuación y una violación al principio de la buena fe.

[96] Expediente digital T-10.737.387. Documento digital: “01 EscritoTutela”.

(v) Por último, en el escrito de tutela el apoderado de la señora Vidales manifestó que la accionante se encuentra bajo especial protección constitucional en virtud de su edad -71 años- y de su situación económica, pues se encuentra en riesgo de perder su vivienda de interés social.

65. A partir de lo anterior, la Sala observa que, si bien la accionante identificó los defectos fáctico y sustantivo, las razones presentadas frente al segundo reparo corresponden en realidad al defecto por desconocimiento del precedente. Lo anterior, debido a que los cuestionamientos no responden a una indebida aplicación de una norma o a una interpretación normativa que se escape de su margen razonable de aplicación[97]. Por el contrario, los argumentos se encuentra orientados a reprochar la inaplicación del precedente jurisprudencial, por parte del juzgado accionado, relativo a: (i) el grado de diligencia que deben tener las compañías aseguradoras al momento de contar con la información suficiente para suscribir el contrato de seguro o establecer el riesgo asegurable; (ii) a la posibilidad que tienen los aseguradores de invocar la figura de la reticencia o situación preexistente no declarada para objetar el amparo del siniestro; y (iii), de forma complementaria, la accionante mencionó que las sentencias del proceso ordinario no tuvieron en cuenta la sentencia de unificación SC2879-2022 de la Corte Suprema de Justicia, en materia de la validez de las cláusulas de exclusiones en los contratos de seguro.

66. Con respecto a lo anterior, la jurisprudencia constitucional[98] ha sostenido que en virtud del principio "el juez conoce el derecho" (*iura novit curia)*, cuando el accionante ha presentado el fundamento fáctico de sus pretensiones, corresponde al juez de tutela la interpretación y adecuación de los hechos a las instituciones jurídicas que sean aplicables a las situaciones planteadas por el actor. Por consiguiente, cuando se invoca el amparo constitucional en contra de una providencia judicial –que es un escenario de mayor carga argumentativa–, el juez tiene la facultad de formular y el deber de conducir el estudio del caso a través de las causales específicas que correspondan con la controversia constitucional esbozada el escrito de tutela[99].

---

[97] Corte Constitucional, sentencias SU-399 de 2012, SU-400 de 2012 y SU-416 de 2015.

[98] Al respecto se puede consultar: Corte Constitucional, sentencias T-577 de 2017, SU-201 de 2021 y T-238 de 2023. En estas decisiones se resaltó que, en sede de tutela contra providencia judicial, le corresponde al juez aplicar el derecho de manera independiente, sin limitarse al invocado por las partes. Esta facultad no solo es una prerrogativa, sino un deber del juzgador, quien tiene la responsabilidad de determinar con precisión la norma aplicable. En el ejercicio de su función, debe analizar los hechos de manera autónoma, calificarlos jurídicamente y resolver los conflictos conforme al ordenamiento vigente, garantizando así una adecuada administración de justicia.

[99] La interpretación sobre los defectos alegados en contra de una providencia judicial en sede de tutela ha sido una metodología adoptada por la Sala Plena de la Corte Constitucional en recientes casos. Por ejemplo, en la Sentencia SU-484 de 2024, esta corporación consideró que, desde una perspectiva constitucional, era pertinente pronunciarse sobre una eventual transgresión del precedente constitucional, pese a que los accionantes no invocaron expresamente, en su escrito de tutela, la vulneración del precedente jurisprudencial vinculante fijado por la Corte Constitucional. Lo anterior, se fundamentó con base en: las facultades *ultra* y *extra petita* del juez de tutela, el principio de *iura novit curia* invocado en sentencias como la T-851 de 2010, y en la facultad que tiene el juez de tutela para pronunciarse sobre defectos en pro de salvaguardar el orden jurídico. A su turno, en la Sentencia SU-273 de 2022, la Sala Plena igualmente "(…) en aplicación del principio *pro actione*, de la facultad del juez de tutela de proferir fallos extra y *ultra petita* y del principio *iura novit curia* (…)" encausó los argumentos del accionante a la configuración de defectos contra la sentencia acusada en sede de tutela.

67. En consecuencia, y para fines de analizar el fondo del asunto, es procedente que el juez constitucional valore, a partir estrictamente de los hechos y argumentos presentados por la promotora de la acción de tutela, las causales alegadas en contra de la providencia judicial, la cual, para este caso, si bien fue invocado como defecto sustantivo, su fundamentación fáctica y jurídica se enmarcan, en realidad, en un reparo por desconocimiento del precedente. A su turno, la Sala encuentra que sobre el defecto fáctico invocado por la accionante no es necesario realizar alguna interpretación, por cuanto la accionante fue clara en esbozar su reparo en que el juzgado accionado no consideró que la aseguradora realizó un examen médico de ingreso a la póliza, lo que, según su criterio, desvirtúa la exclusión por preexistencia, pues no se trata de una omisión por parte de la compañía aseguradora, sino de una valoración previa a la aceptación del asegurado, con la que podía identificarse el estado actual de salud del accionante.

68. Por lo anterior, la Sala Tercera de Revisión debe resolver los siguientes problemas jurídicos:

> (i) ¿El Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá incurrió en el defecto fáctico y, en consecuencia, vulneró los derechos fundamentales a la igualdad, al debido proceso y a la vivienda digna de una tomadora sujeto de especial protección constitucional, al establecer que el examen médico físico practicado al asegurado era suficiente para que la compañía Colmena Seguros de Vida S.A. tuviera conocimiento de su estado real de salud?
>
> (ii) ¿El Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá incurrió en el defecto de desconocimiento del precedente, y, en consecuencia, vulneró los derechos fundamentales a la igualdad, al debido proceso y a la vivienda digna de la una tomadora sujeto de espacial protección constitucional, al considerar que la compañía Colmena Seguros de Vida S.A. pudo objetar la reclamación de la póliza de seguro por preexistencia en las declaraciones, tras validar el estado de salud del asegurado a partir de sus manifestaciones y de un examen médico físico?
>
> (iii) ¿El Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá incurrió en el defecto de desconocimiento de precedente y, en consecuencia, vulneró los derechos fundamentales a la igualdad, al debido proceso y a la vivienda digna de una tomadora sujeto de especial protección constitucional, al confirmar la excepción de ausencia de cobertura de la póliza de seguro de vida individual deudores n.º 3704-220051, declarada en favor de Colmena Seguros de Vida S.A. por parte de la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia?

69. Para resolver estos tres problemas jurídicos, la Sala seguirá el siguiente esquema: **(i)** inicialmente, se realizará una breve descripción de los elementos del defecto fáctico; **(ii)** igualmente, se realizará una breve caracterización del defecto por desconocimiento del precedente judicial; **(iii)** seguido a esto, se enunciará la jurisprudencia adoptada por esta Corte sobre la reticencia en los contratos de seguro; **(iv)** al igual, que se mencionarán las consideraciones de la Corte sobre las

cláusulas de exclusión en los contratos de seguro, y **(v)** la jurisprudencia sobre la afectación de derechos fundamentales a personas en situación de vulnerabilidad por la negativa de objeciones en contratos de seguro; así, **(vi)** se procederá a resolver el caso en concreto.

4. Sobre la caracterización del defecto fáctico[100]

70. Esta Corte ha indicado que se configura cuando el apoyo probatorio en el cual se basa el juzgador para resolver un caso es absolutamente inadecuado[101]. Si bien la valoración de las pruebas corresponde al juez, en ejercicio de los principios de autonomía e independencia judicial, de su papel como director del proceso, de los principios de inmediación y de apreciación racional de la prueba, este amplio margen de evaluación está sujeto a la Constitución y a la ley[102]. Por esa razón, debe realizarse conforme a unos criterios objetivos, racionales y rigurosos[103], de acuerdo con las reglas de la sana crítica, los parámetros de la lógica, de la ciencia y de la experiencia[104].

71. En la práctica judicial, la Corte ha encontrado tres hipótesis en las cuales se configura el defecto fáctico: (i) cuando existe una omisión en el decreto y en la práctica de pruebas que eran necesarias en el proceso; (ii) cuando se hace una valoración defectuosa o contraevidente de las pruebas existentes; y (iii) cuando no se valora en su integridad el acervo probatorio[105]. Estas hipótesis pueden configurarse por conductas omisivas o activas, dando lugar a las dos dimensiones del defecto fáctico, la negativa (u "omisiva") y la positiva (o "por acción")[106]. La primera se presenta cuando el juez se niega a dar por probado un hecho que aparece en el proceso, sea porque (i) niega, ignora o no valora las pruebas solicitadas; o (ii) a pesar de poder decretar las mismas, no lo hace por razones injustificadas. La segunda se presenta cuando, a pesar de que la prueba sí obra en el proceso, el juez (i) hace una errónea interpretación de ella, al atribuirle la capacidad de probar un hecho que no aparece en el proceso o al estudiarla de manera incompleta; (ii) valora pruebas ineptas o ilegales; o (iii) valora pruebas indebidamente practicadas o recaudadas[107].

72. No obstante, no se trata de cualquier yerro; debe satisfacer los requisitos de (i) irrazonabilidad, que quiere decir que el error sea ostensible, flagrante y manifiesto; y (ii) trascendencia, que implica que el error alegado tenga 'incidencia directa', 'transcendencia fundamental' o 'repercusión sustancial' en la decisión judicial adoptada, esto es, que de no haberse presentado, la decisión hubiera sido distinta[108]. De esta manera, las divergencias subjetivas de la apreciación probatoria no configuran un defecto fáctico pues, frente a interpretaciones diversas y razonables, el juez natural debe determinar, conforme con los criterios

[100] Las consideraciones de esta sección fueron tomadas de Corte Constitucional, Sentencia T-515 de 2024.
[101] Corte Constitucional, sentencias SU-195 de 2012, SU-416 de 2015 y SU-565 de 2015.
[102] Corte Constitucional, sentencias SU-565 de 2015 y T-625 de 2016.
[103] Corte Constitucional, sentencias SU-074 de 2014 y SU-490 de 2016.
[104] Corte Constitucional, sentencias T-352 de 2012 y SU-770 de 2014.
[105] Corte Constitucional, sentencias SU-565 de 2015 y T-612 de 2016.
[106] Corte Constitucional. sentencias SU-416 de 2015 y SU-489 de 2016.
[107] Corte Constitucional, sentencias T-352 de 2012 y SU-565 de 2015.
[108] Corte Constitucional, sentencias T-118A de 2013, SU-198 de 2013, SU-565 de 2015 y SU-490 de 2016.

señalados, cuál es la que mejor se ajusta al caso concreto[109]. En consecuencia, el juez de tutela debe privilegiar los principios de autonomía e independencia judicial[110], y debe considerar que, en principio, la valoración de las pruebas realizadas por el juez natural goza de razonabilidad y legitimidad[111]. En ese sentido, el juez de tutela no puede convertirse en una instancia revisora de la actividad de evaluación probatoria del juez natural que ordinariamente conoce de un asunto[112], su intervención debe ser restringida[113].

5. Sobre la caracterización del defecto por desconocimiento del precedente judicial[114]

73. La Corte Constitucional ha definido el precedente como la sentencia o conjunto de sentencias, anteriores al caso objeto de estudio, que los jueces están obligados a considerar por la pertinencia y semejanza de los problemas jurídicos resueltos anteriormente con los que deben ahora decidir[115]. Para determinar cuándo una sentencia -o varias sentencias- constituyen precedente aplicable, la Corte ha establecido los siguientes criterios[116]: (i) que en la "razón de la decisión" "*ratio decidendi"*[117] anterior se encuentre una regla jurisprudencial aplicable al caso por resolver; (ii) que la "razón de la decisión" (*ratio decidendi)* resuelva un problema jurídico semejante al propuesto en el nuevo caso, y (iii) que los hechos del caso -en lo relevante- sean equiparables a los resueltos anteriormente.

74. El precedente judicial, así entendido, cumple unos fines específicos: (i) concreta el principio de igualdad en la aplicación de las leyes; (ii) constituye una exigencia del principio de confianza legítima, que prohíbe al Estado sorprender a los ciudadanos con actuaciones imprevisibles; (iii) garantiza el carácter normativo de la Constitución y la efectividad de los derechos fundamentales, así como la unidad y coherencia del ordenamiento jurídico; (iv) asegura la coherencia y la seguridad jurídica; (v) protege las libertades ciudadanas, y (vi) materializa en la actividad judicial el cumplimiento de condiciones mínimas de racionalidad y universalidad[118].

75. Ahora bien, de acuerdo con la autoridad que lo profirió, el precedente puede ser horizontal o vertical. Mientras que el primero "hace referencia a las decisiones proferidas por autoridades del mismo nivel jerárquico o, incluso, por el mismo funcionario", el segundo "se refiere a las decisiones adoptadas por el superior jerárquico o la autoridad encargada de unificar la jurisprudencia"[119]. Por lo tanto,

---

[109] Corte Constitucional, sentencias SU-198 de 2013 y SU-489 de 2016.
[110] Corte Constitucional, Sentencia T-612 de 2016.
[111] Corte Constitucional, sentencias SU-198 de 2013 y SU-490 de 2016.
[112] Corte Constitucional, sentencias SU-416 de 2015 y T-612 de 2016.
[113] Corte Constitucional, sentencias T-214 de 2012, T-118A de 2013, SU-198 de 2013, T-265 de 2014, SU-448 de 2016, SU-489 de 2016, T-625 de 2016 y T-453 de 2017.
[114] Las consideraciones de esta sección fueron tomadas de Corte Constitucional, Sentencia T-238 de 2023.
[115] Corte Constitucional, sentencias C-836 de 2001, T-292 de 2006, C-539 de 2011, C-634 de 2011, SU-432 de 2015, SU-380 de 2021 y SU-087 de 2022.
[116] Corte Constitucional, Sentencia SU-087 de 2022.
[117] De acuerdo con lo señalado en la jurisprudencia la *ratio decidendi* corresponde no a la aplicación de las normas existentes, sino a cómo se consolidan las reglas que de allí se derivan en casos futuros con identidad jurídica y fáctica. Véase, entre otras, la Sentencia SU-149 de 2021.
[118] Corte Constitucional, sentencias SU-146 de 2020 y SU-087 de 2022.
[119] Corte Constitucional, Sentencia SU-354 de 2017.

"para la mayoría de asuntos, el precedente vertical que deben seguir los funcionarios judiciales es determinado por la Corte Suprema de Justicia o por el Consejo de Estado, como órganos de cierre dentro de su respectiva jurisdicción. En los casos en los que no son susceptibles de ser revisados por las autoridades mencionadas, son los tribunales los encargados de establecer criterios hermenéuticos para los operadores judiciales inferiores"[120]. La Corte ha precisado que, independientemente de que el precedente sea horizontal o vertical, su desconocimiento puede conducir a un defecto en la decisión judicial, "dada su fuerza vinculante y su inescindible relación con la protección de los derechos al debido proceso e igualdad"[121].

76. Así las cosas, si existe una decisión judicial previa que estudió hechos equiparables a los que la autoridad judicial debe analizar y, por lo tanto, abordó un problema jurídico similar al que el juez está resolviendo, por regla general, el caso debería decidirse de acuerdo con la regla de decisión derivada de ese precedente. Sin embargo, apartarse del precedente podría ser válido en determinados escenarios, siempre que se cumplan las cargas respectivas: (i) la de transparencia y (ii) la de suficiencia argumentativa.

77. La carga de transparencia, de una parte, implica que el juez reconozca expresamente de cuál precedente se va a separar, pues no es posible simplemente ignorarlo. Así, no basta con solo identificar las decisiones que son relevantes para la solución del caso. Es necesario, además, que la autoridad judicial se refiera a ellas de forma detallada y precisa, para fijar su contenido y su relevancia jurídica en el caso que está decidiendo.

78. La carga de suficiencia argumentativa, de otra parte, exige que el juez explique por qué acoger una nueva orientación normativa no sacrifica desproporcionadamente los fines atrás enunciados y, particularmente, no lesiona injustificadamente los principios de confianza legítima, seguridad jurídica e igualdad. No puede tratarse de una simple discrepancia de criterio que busque una corrección jurídica. Tampoco puede la autoridad judicial fundarse únicamente en la invocación de su autonomía[122].

79. Por último, la Sala Plena también ha considerado que cuando el desconocimiento del precedente es horizontal la carga de suficiencia argumentativa puede relajarse. En cambio, en casos de violación al precedente vertical, la carga es más estricta, "pues además corresponde a las autoridades judiciales "demostrar que la interpretación alternativa que se ofrece desarrolla y amplía de mejor manera el contenido de los derechos, principios y valores constitucionales objeto de protección"[123].

---

[120] Corte Constitucional, Sentencia SU-113 de 2018.
[121] Corte Constitucional, Sentencia T-086 de 2007.
[122] Corte Constitucional, sentencias T-698 de 2004 y T-464 de 2011.
[123] Corte Constitucional, Sentencia SU-484 de 2024. La providencia cita la Sentencia C-179 de 2016 que se apoya, a su vez, en la Sentencia C-634 de 2011.

6. Reticencia en el contrato de seguro de vida. Reiteración de jurisprudencia[124]

80. *Sobre la obligación del tomador del seguro de declarar los hechos que determinan el estado del riesgo.* El artículo 1058 del Código de Comercio dispone que 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". De acuerdo con la jurisprudencia, en los seguros de vida o por enfermedad[125], esta obligación supone que, en la declaración de asegurabilidad, el tomador debe informar todos los diagnósticos o afecciones en salud de los que tenga conocimiento por las que el asegurador le interrogue con el fin de determinar el estado del riesgo[126]. Estos diagnósticos o afecciones en salud se denominan preexistencias. La declaración sincera del estado del riesgo es una manifestación del principio de buena fe y busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en principio, "es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado"[127].

81. El tomador incurre en reticencia cuando declara de forma inexacta las circunstancias que determinan el estado del riesgo, esto es, cuando el tomador incumple la obligación prevista en el artículo 1058 del CCo[128]. Sin embargo, no toda reticencia o inexactitud en relación con las preexistencias en la declaración de asegurabilidad genera la nulidad del contrato. De acuerdo con el inciso 1º del artículo 1058 del CCo, así como la jurisprudencia constitucional y ordinaria, la reticencia sólo genera la nulidad relativa del contrato de seguro si se acreditan tres elementos o requisitos esenciales[129]: (i) el elemento subjetivo -mala fe-; (ii) la trascendencia o relevancia de la prexistencia y (iii) el nexo de causalidad entre la preexistencia y el siniestro.

82. En virtud del principio de la buena fe, se presume que la declaración de asegurabilidad es veraz y no adolece de vicio. Asimismo, el artículo 167 del Código General del Proceso dispone que "incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen", de manera que la nulidad debe ser probada por quien la alega. En este sentido, la carga de la prueba de acreditar los elementos de la reticencia está en cabeza de la aseguradora[130]. Si la aseguradora no acredita estos elementos, no podrá objetar el

---

[124] Parte de las consideraciones de esta sección, fueron tomados de Corte Constitucional. Sentencia T-025 de 2024.
[125] La Corte aclara que la obligación de declarar las preexistencias no se circunscribe a este tipo de seguros.
[126] Corte Constitucional, sentencias T-071 de 2017 y T-658 de 2017.
[127] Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01.
[128] La Corte Suprema de Justicia ha reiterado que "no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la *intentio* 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". Corte Suprema de Justicia, sentencia SC3791-2021 de 1 de septiembre de 2021, radicación: 2000l-31-03-003-2009-00143-01.
[129] Corte Constitucional, sentencias T-442 de 2018, T-094 de 2019 y T-061 de 2020. Ver también Corte Constitucional, sentencias T-222 de 2014, T-251 de 2017, T-658 de 2017, T-591 de 2017 y T-164 de 2018, entre otras.
[130] Según la Corte Constitucional, esta obligación se justifica, en que solo la aseguradora conoce qué hechos la harían desistir de la celebración del contrato o lo harían más oneroso. Corte Constitucional, Sentencia T-222 de 2014. En el mismo sentido, la Corte Suprema de Justicia ha sostenido que "La carga de la prueba de tales

pago de la indemnización con fundamento en la nulidad del contrato de seguro por reticencia.

83. *Sobre los deberes de la aseguradora en relación con la determinación del estado del riesgo.* El inciso 4º del artículo 1058 del CCo. dispone que no será nulo el contrato "si el asegurador, antes de celebrar[lo], ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración"[131]. En este sentido, 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"[132]. Si el asegurador no excluye claramente las preexistencias que le fueron informadas, se entiende que las conocía y decidió ampararlas.

84. Al respecto, la Corte Constitucional ha enfatizado que los hechos advertidos por el asegurador en el momento previo a la suscripción del contrato, que puedan generar siniestros futuros, pero frente a los cuales se guardó silencio, "se deberán considerar como irrelevantes para la compañía aseguradora y por lo tanto se erigirán como riesgos amparados"[133].

85. De otro lado, la jurisprudencia constitucional y ordinaria ha sostenido que la aseguradora tiene un deber de debida diligencia para determinar el verdadero estado del riesgo, cuyo incumplimiento impide alegar la nulidad[134]. Este deber está fundado en que "la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal durante la vigencia del contrato y en la etapa precontractual"[135]. En caso de que no demuestre haber actuado con diligencia en la etapa precontractual para comprobar el estado del riesgo, se presume que conocían sobre los vicios de la declaración (vgr. preexistencias que no fueron informadas u otro tipo falsedades) por el tomador y, por lo tanto, está imposibilitada para alegar la nulidad del contrato por reticencia y objetar el pago de la indemnización pactada en el contrato. Esta regla ha sido denominada por la jurisprudencia ordinaria como el *conocimiento presunto o presuntivo* del estado del riesgo o los vicios de la declaración[136].

86. *Sobre la postura de la jurisprudencia constitucional frente al deber de diligencia de la aseguradora.* Recientemente, en las sentencias T-025 de 2024 y T-344 de 2024, la Corte Constitucional reconoció que existen tres posturas diferentes en relación con el alcance y contenido del deber de diligencia de las compañías aseguradora para comprobar el estado de salud del tomador en los

---

elementos, por supuesto, gravita sobre quien alega la nulidad relativa del seguro". Corte Suprema de Justicia, sentencia SC3791-2021 de 1 de septiembre de 2021, radicación: 2000l-31-03-003-2009-00143-01.

[131] Inciso 4 del artículo 1058 del Código de Comercio.

[132] Corte Constitucional, Sentencia T-658 de 2017. Ver también las sentencias T-501 de 2016 y T-071 de 2017.

[133] Corte Constitucional, Sentencia T-071 de 2017.

[134] Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01. Y Corte Constitucional, sentencias T-832 de 2010, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-316 de 2015 y T-658 de 2017.

[135] Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01. Ver también: Corte Constitucional, sentencias T-832 de 2010, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-316 de 2015 y T-658 de 2017.

[136] Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC3791-2021 de 1 de septiembre de 2021, radicación: 2000l-31-03-003-2009-00143-01.

seguros de vida. En concreto, estas posturas se sintetizan en las siguientes subreglas de decisión:

> (i) *Postura 1.* La aseguradora cumple con el deber de diligencia si, en la etapa precontractual, formula un cuestionario claro y preciso al tomador en el que se indaga por su estado de salud y las patologías que padece. La aseguradora no está obligada a verificar la veracidad de la declaración de asegurabilidad y de las respuestas al cuestionario a través de, por ejemplo, exámenes médicos o la revisión de la historia clínica del tomador[137].
>
> (ii) *Postura 2.* El deber de diligencia exige que, en algunos casos, la aseguradora constate la veracidad de las respuestas al cuestionario y verifique el real estado de salud del tomador. En particular, cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo. En estos casos, el asegurador debe constatar el estado de salud del tomador y verificar la veracidad de la declaración de asegurabilidad por medio de, entre otras, la realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica. Si no lo hace, se aplica la regla de conocimiento presuntivo, aun si el tomador omitió informar sobre preexistencias al contestar el cuestionario[138].
>
> (iii) *Postura 3.* El deber de diligencia no se satisface con la formulación de un cuestionario y la declaración de asegurabilidad. En todos los casos, la aseguradora tiene la carga de realizar labores adicionales para constatar el estado del riesgo, tales como realizar exámenes médicos, solicitar diagnósticos recientes o revisar la historia clínica del tomador. Si no cumple con esta carga, aplica la regla de conocimiento presuntivo y no podrá alegar la nulidad del contrato por reticencia[139].

87. De esta forma, la Corte Constitucional ha reconocido, en las sentencias antes mencionadas que la posición sobre los deberes de las aseguradoras en relación con la determinación del estado de riesgo no ha sido pacífica, en concreto, este tribunal no ha proferido una sentencia de unificación en la se haya definido el alcance del deber de diligencia de las compañías aseguradoras en la constatación del estado del riesgo[140]. Así las cosas, y ante la ausencia de un precedente pacífico, los jueces de instancia, tanto en sede de tutela como en sede de la jurisdicción ordinaria, cuentan con un margen de interpretación al momento

---

[137] Esta postura ha sido aplicada por: (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en las sentencias de 26 de abril de 2007 y SC2803-2016 y (ii) la Corte Constitucional, en las sentencias T-370 de 2015, T-058 de 2016[129] y T-071 de 2017.

[138] Esta postura ha sido aplicada por: (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en las sentencias: SC18563-2016, SC3791-2021, SC167-2023 y STL588-2023 y (ii) la Corte Constitucional, en las sentencias T-501 de 2016 y T-660 de 2017.

[139] Esta postura ha sido aplicada por: (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en las sentencias STL7955-2018, STL3608-2019 y STL4077-2022 y (ii) la Corte Constitucional, en las sentencias T-832 de 2010, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-316 de 2015, T-658 de 2017 y T-379 de 2022.

[140] Corte Constitucional, sentencias T-025 de 2024 y T-344 de 2024.

de aplicar alguna de las anteriores tres posturas en los casos donde se alegue reticencia para objetar el pago de pólizas de seguro.

88. Sin perjuicio de lo anterior, en las sentencias T-025 de 2024 y T-344 de 2024 ya referidas, la Corte Constitucional ha optado por aplicar la *Postura 2*. En concreto, en la Sentencia T-025 de 2024 la Sala Séptima de Revisión consideró que esta postura equilibra adecuadamente las obligaciones de las partes en la etapa precontractual del contrato de seguro, sin imponer cargas desproporcionadas. En este sentido, precisó que, a diferencia de la *Postura 3*, no elimina la obligación del tomador de declarar sinceramente sus preexistencias, sustentada en el principio de buena fe. Por el contrario, reafirma que tanto el tomador como la aseguradora deben actuar con lealtad y probidad en esta etapa. Además, esta postura asume a las aseguradoras como entidades especializadas del sector financiero y asegurador, por lo que tienen un deber de diligencia reforzado para verificar la veracidad de la declaración de asegurabilidad. También reconoce que los contratos de seguro de vida suelen ser de adhesión, con tomadores en una posición de debilidad contractual. En este contexto, las aseguradoras pueden corroborar la declaración de asegurabilidad mediante la revisión de la historia clínica o la realización de exámenes médicos. Este deber de verificación no es desproporcionado, pues solo aplica cuando la naturaleza del riesgo lo exige o cuando existan indicios que permitan cuestionar la declaración del tomador. Adicionalmente, esta postura se encuentra acorde con la reciente jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en las sentencias SC167-2023 y STL588-2023.

89. Por su parte, la Sala Sexta de Revisión en la Sentencia T-334 de 2024, en el mismo sentido, indicó que la *Postura 2* armoniza de mejor manera las obligaciones de las partes en el contrato de seguro, dado que este exige un estándar superior de diligencia, honestidad y transparencia. Lo anterior, por cuanto no basta con que las aseguradoras se limiten a informar las condiciones para declarar el estado del riesgo; sino que también deben verificar la información proporcionada por el tomador o asegurado al momento de adquirir la póliza. De esta forma, si bien el asegurado tiene el deber de declarar su estado de salud, la aseguradora es quien debe investigar el riesgo, corroborando la información suministrada y asegurándose de su veracidad.

90. La Sala, adicionalmente, recalcó que la Corte ha enfatizado que este deber recae con mayor exigencia sobre la aseguradora, dado que, en muchos casos, los tomadores no cuentan con los medios ni el conocimiento necesario para identificar sus enfermedades[141]. Esto, sumado a que la aseguradora, como entidad especializada, tiene la capacidad de determinar qué condiciones médicas son relevantes para celebrar el contrato, afectando su onerosidad y posibles exclusiones.

91. En consecuencia, pese a que los jueces de instancia o los jueces naturales de este tipo de controversias cuentan con la posibilidad de aplicar alguna de las posturas fijadas por la jurisprudencia constitucional, lo cierto es que la elección

[141] Corte Constitucional, Sentencia T-591 de 2017.

del estándar de diligencia, aparte de ser debidamente argumentado, debe tener en cuenta los hechos y situaciones particulares de cada caso concreto. Por ejemplo, con respecto a la *Postura 2*, la Sentencia T-344 de 2024 explicó que el deber de diligencia puede exigir, en algunos casos, que la aseguradora verifique la información del asegurado para validar su estado real de salud. Así, con base en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, la Corte Constitucional precisó que la declaración de asegurabilidad o la información brindada por el asegurado no es suficiente "cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información [a la aseguradora], o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo"[142].

92. Así las cosas, la Sala entiende que las tres posturas deben aplicarse a partir de las situaciones fácticas que el juez del caso identifique y que los elementos de prueba evidencien sobre la capacidad que tenía la compañía aseguradora para conocer el riesgo asegurable. En concreto, para la *Postura 2*, la Sala considera que se debe aplicar en aquellos casos donde, pese a que exista una declaración del riesgo por parte del asegurado, el riesgo asegurable exige una validación adicional, ya sea por cuestiones de salud del asegurado, edad, comorbilidades o cualquier otro elemento que, potencialmente, llegue a variar el riesgo. A su turno, esta postura es procedente en aquellos casos donde, la compañía aseguradora identifique, *prima facie*, elementos o circunstancias que le adviertan una posible variación del estado del riesgo.

7. Sobre las cláusulas de exclusión en los contratos de seguro. Reiteración de jurisprudencia[143]

93. De acuerdo con el numeral 6 anterior, en virtud del artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador del seguro se encuentra en la obligación de declarar las situaciones o hechos que puedan incidir en la determinación del riesgo asegurable. Lo anterior, le permite a la compañía de seguros estructurar determinadas condiciones contractuales y de cobertura del riesgo, como la prima de seguro, que se ajusten a las condiciones particulares del caso. Sin embargo, la Corte Constitucional ha precisado que dicha libertad contractual con la que cuentan las compañías de seguros no puede desconocer los derechos fundamentales que se encuentren involucrados en tales transacciones comerciales.

94. A partir de lo anterior, esta Corporación ha precisado que "si bien es cierto que en los contratos de seguros las compañías tienen libres atribuciones para fijar sus cláusulas, no es menos cierto que 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

[142] Corte Constitucional, Sentencia T-344 de 2024.
[143] Las consideraciones de esta sección se tomaron con base en Corte Constitucional, sentencias T-591 de 2017, T-658 de 2017 y T-344 de 2024.

proteger derechos fundamentales de personas que se encuentren en estado de debilidad manifiesta"[144].

95. En ese contexto, las cláusulas de los contratos de seguro deben ajustarse al principio de buena fe, lo cual exige que sean redactadas con precisión, sin vacíos ni ambigüedades. De lo contrario, cualquier consecuencia adversa derivada de su ambigüedad o falta de claridad será atribuible a la parte que las estipuló, usualmente la aseguradora. En desarrollo del principio "a favor del consumidor" (*pro consumatore)*, corresponde a estas entidades suprimir todo elemento que genere incertidumbre para el usuario respecto del cumplimiento de las obligaciones contractuales, así como abstenerse de imponer cláusulas abusivas. Adicionalmente, cuando estos contratos comprometen derechos fundamentales de personas que gozan de especial protección constitucional, la interpretación contractual puede adoptar un enfoque flexible, con el fin de asegurar la efectividad y prevalencia de sus garantías superiores[145].

96. En consecuencia, en los contratos de seguro de vida las partes están llamadas a declarar de manera exacta y precisa las condiciones y circunstancias bajo las cuales concurren el riesgo y la póliza[146]. Para la aseguradora, implica el deber de informar acerca de las condiciones del contrato y sus coberturas; para el asegurado o tomador, el de declarar el estado del riesgo "que sólo él conoce íntegramente"[147], "con diligencia y sinceridad"[148], en todo caso, conforme a las instrucciones que le suministre la entidad financiera o aseguradora. Por ende, solo en la medida en que la entidad aseguradora brinde información cierta, suficiente, clara y oportuna sobre las condiciones del contrato, en especial, las circunstancias en que la declaración podría considerarse reticente, de lo cual debe quedar constancia suscrita por el asegurado o tomador, el adquirente estará en la posibilidad de cumplir su obligación de informar los hechos que determinan el estado del riesgo, sobre todo, de aquellos que pudiesen incidir en la expedición de la póliza, la modificación de las condiciones del contrato o la extinción del vínculo.

97. En las sentencias T-591 de 2017 y T-658 de 2017, la Corte Constitucional precisó que, antes de celebrar el contrato o proceder a su renovación, las compañías aseguradoras deben abstenerse de utilizar cláusulas genéricas y ambiguas para objetar la cancelación de la póliza, bajo el argumento de que el tomador/asegurado incurrió en reticencia, por lo que se deben "evitar los elementos que generan inseguridad en la ejecución del [contrato]"[149]. En consecuencia, dado que "cuando las aseguradoras definen el contenido del contrato de seguros, deben abstenerse, además, de incurrir en cláusulas abusivas", "las preexistencias deben quedar consignadas en el contrato, so pena de ser ambigüedades o vacíos que no puedan alegarse para negar el pago de la póliza o

[144] Corte Constitucional, Sentencia T-240 de 2016, reiterada en la Sentencia T-591 de 2017.
[145] Corte Constitucional, Sentencia T-591 de 2017.
[146] Corte Constitucional, Sentencia T-049 de 2019.
[147] Corte Constitucional, Sentencia T-660 de 2017.
[148] Corte Constitucional, Sentencia T-591 de 2017.
[149] Corte Constitucional, Sentencia T-658 de 2017.

reducir el monto de la obligación"[150], pues, de acuerdo con el artículo 1604 del Código Civil y en desarrollo del principio de buena fe, se resolverán en favor de la parte débil de la relación contractual, esto es, el asegurado o sus beneficiarios.

8. Sobre las objeciones infundadas y arbitrarias al pago de las indemnizaciones de los seguros vulneran los derechos al debido proceso y al mínimo vital de los tomadores que se encuentran en situación de vulnerabilidad económica y social[151]

98. La Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia han considerado que las compañías aseguradoras vulneran los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital de los tomadores cuando, de forma infundada, objetan el pago de la indemnización pactada en seguros de vida o enfermedad a sujetos que se encuentran en situación de vulnerabilidad económica o social[152]. De un lado, vulneran el derecho al debido proceso si objetan el pago de la indemnización con fundamento en la nulidad relativa del contrato por reticencia, pero no acreditan los elementos para su configuración (considerando 81)[153]. De otro, vulneran el derecho al mínimo vital en los casos en que el reclamante se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad por razones económicas o de salud y, en consecuencia, la negativa injustificada al pago de la indemnización impacta gravemente sus condiciones mínimas de subsistencia[154].

99. La anterior postura ha sido aplicada por la Corte Constitucional en varias oportunidades (sentencias T-316 de 2015, T-591 de 2017 y T-658 de 2017), dentro de las cuales, se incluyen los casos abordados en las recientes sentencias T-025 de 2024 y T-344 de 2024. Sin embargo, se debe precisar que en los anteriores casos las acciones de tutela no fueron interpuestas en contra de providencias judiciales, como sí sucede ahora, sino que fueron acciones dirigidas directamente en contra de las compañías aseguradas, las cuales, objetaron el pago de la póliza de seguro por una supuesta reticencia en la información brindada por el asegurado.

100. Por ejemplo, en el caso de la Sentencia T-025 de 2024, la Sala Séptima de Revisión, resolvió dos acciones de tutela, en una de ellas[155], los accionantes consideraron que la compañía aseguradora vulneró sus derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital debido a que objetó el pago de una póliza de seguro por considerar que el tomador fue reticente, lo anterior, pese que la compañía de seguros no realizó exámenes médicos ni verificó el estado de salud del tomar en su historia clínica. En este caso, la Sala Séptima de Revisión amparó los derechos fundamentales de los accionantes adoptando la *Postura 2* antes descrita sobre el deber de diligencia de las aseguradoras. En concreto, precisó que, entre otras razones, le era exigible a la aseguradora contrastar el estado de salud

[150] *Ibidem.*
[151] Se reiteran las consideraciones de Corte Constitucional, Sentencia T-025 de 2024.
[152] Corte Constitucional, sentencias T-316 de 2015, T-370 de 2015, T-670 de 2016, T-071 de 2017, T-591 de 2017 y T-658 de 2017.
[153] *Ibidem.*
[154] *Ibidem.*
[155] Expediente T-9.508.029.

del tomador, pues la declaración de asegurabilidad fue suscrita cuando el país estaba superando el segundo pico de fallecimientos por contagio de Covid-19, y porque, pese a existir autorización de acceso a la historia clínica, la aseguradora no la revisó sin alegar alguna justificación. Adicionalmente, la Sala recalcó que la negativa de la aseguradora a pagar la indemnización del seguro ponía en riesgo el derecho fundamental de los accionantes, pues éstos se encontraban en situación de pobreza y tenían a cargo personas con especial protección constitucional.

101. Por otra parte, en la Sentencia T-344 de 2024 la Sala Sexta de Revisión resolvió dos acciones de tutela en la que los accionantes consideraron que compañías aseguradoras habían vulnerado sus derechos fundamentales al debido proceso, a la vida digna y al mínimo vital, lo anterior, estableciendo como grado de diligencia por parte de las aseguradoras el contenido en la *Postura 2*, toda vez que, en ambos casos, se objetó el reconocimiento de la póliza de seguro alegando reticencia del tomador, pero las compañías aseguradoras no revisaron la historia clínica del asegurado teniendo consentimiento para ello o habiendo podido solicitar consentimiento para su acceso. Igualmente, en estos casos la Sala consideró que las compañías aseguradoras ignoraron que los accionantes se encontraban en situación de vulnerabilidad por contar con una calificación de pérdida de capacidad laboral superior al 50%, lo cual, no solo los hacía sujetos de especial protección constitucional, sino que requerían del reconocimiento de la indemnización del seguro para atender las necesidades económicas propias de sus enfermedades.

102. En este orden de ideas, la Corte Constitucional ha encontrado procedente las acciones de tutela que se presentan en el marco de las objeciones realizadas por compañías de seguro al pago de pólizas, no solo al analizar el grado de diligencia con el que debió actuar el asegurador antes de asegurar el riesgo, sino que también valorando el impacto que dicha negativa puede tener en los derechos fundamentales de los accionantes, en concreto, en el mínimo vital, sobre todo, cuando son sujetos de especial protección constitucional.

9. Caso en concreto

103. La señora María de Jesús Vidales de Ramírez presentó acción de tutela contra la sentencia de segunda instancia del 30 de agosto de 2024, proferida por el Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá, mediante la cual se confirmó la sentencia de primera instancia del 16 de febrero de 2022 proferida por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, en el marco de un proceso de protección al consumidor donde se pretendía el reconocimiento del amparo de la póliza de seguro n.° 3704-220051 por parte de Colmena Seguros de Vida S.A.

104. En la acción de tutela se invocó la configuración de un defecto de desconocimiento del precedente, por cuanto la sentencia atacada no tuvo en cuenta la diligencia que deben tener las compañías aseguradoras al momento de validar el estado de salud del asegurado y, por ende, su posibilidad objetar las reclamaciones por preexistencia en las declaraciones.

105. Adicionalmente, se argumentó la configuración de un defecto fáctico, debido a que la accionante considera que no se valoró el hecho de que la compañía aseguradora le practicó un examen médico al señor Ramírez Rangel antes de ingresar a la póliza de seguro, situación que, en su criterio, impedía objetar el amparo asegurado por razones del estado de salud del asegurado.

106. Revisada la Sentencia del 30 de agosto de 2024, proferida por el Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá, se confirmó íntegramente la sentencia de primera instancia con base en los siguientes argumentos[156]:

> **(i)** El Juzgado indicó que, conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador del seguro debe declarar con sinceridad los hechos que determinen el estado del riesgo, de acuerdo con el cuestionario formulado por la aseguradora. Esta obligación se rige por el principio de buena fe, en tanto la aseguradora depende de la información suministrada por el tomador para evaluar el riesgo asegurable.
>
> **(ii)** Para el caso concreto, el Juzgado concluyó que el señor Edgar Ramírez Rangel incurrió en reticencia, al omitir la declaración de enfermedades preexistentes como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, pese a que su historia clínica evidenciaba estos diagnósticos desde 2015. Según el juzgado, al tratarse de enfermedades preexistentes no declaradas, operaba la exclusión de cobertura prevista en la póliza.
>
> **(iii)** Aclaró que la reticencia solo genera la nulidad relativa del contrato cuando se prueban tres elementos: mala fe del tomador, relevancia de la preexistencia y nexo causal entre esta y el siniestro. En este caso, si bien no se declaró la nulidad del contrato, el juzgado consideró que la omisión del tomador justificaba la exclusión del amparo solicitado.
>
> **(iv)** En cuanto a la obligación de la aseguradora de practicar exámenes médicos, el juzgado expuso que existen tres posturas jurisprudenciales. La más razonable, según indicó, es aquella que exige practicar pruebas adicionales solo cuando existan dudas sobre la información declarada. En este caso, concluyó que no se configuró una inconsistencia entre la declaración de asegurabilidad y el estado real del asegurado que obligara a Colmena a practicar exámenes médicos más allá del realizado al momento de la vinculación.
>
> **(v)** Finalmente, sostuvo que la exclusión de cobertura por preexistencias cumplía con los requisitos legales. Explicó que, de acuerdo con la Circular Externa 29 de 2014 de la Superintendencia Financiera y la sentencia SC2879-2022 de la Corte Suprema de Justicia, las exclusiones deben estar claramente incluidas desde las primeras páginas de la póliza, sin necesidad de figurar en la carátula. En el presente caso, consideró que ese requisito se satisfizo, toda vez que en el formato de asegurabilidad se incluyó

[156] Expediente digital 11001220300020240232701. Documento digital: "15Sentencia2daInstancia.pdf".

expresamente la exclusión por enfermedades preexistentes conocidas y no declaradas.

107. Para desarrollar el caso concreto, la Sala encuentra pertinente precisar que es necesario abordar primero el análisis del defecto fáctico, por cuanto en este se cuestiona la capacidad probatoria que tenía el examen realizado por la aseguradora al señor Ramírez Rangel antes de ingresar a la póliza de seguro, y sobre el cual el Juzgado accionado consideró que era suficiente para que se configurara la figura de reticencia con miras a objetar el pago de la póliza. Esto es importante, por cuanto, a partir de dicha valoración, el juzgado accionado determinó el grado de diligencia con el que la aseguradora debía actuar al momento de validar la información suministrada por el tomador.

9.1. Sobre la configuración del defecto fáctico

108. Como consideración preliminar, la Sala resalta que la figura de reticencia alegada por la aseguradora debe ser analizada de cara a la objeción en el pago de la póliza y, consecuentemente, a la configuración de un supuesto, en criterio de la aseguradora, excluido del contrato de seguro, más no a la luz de sus posibles efectos en la nulidad del contrato pactado. Lo anterior, debido a que, si bien dentro las excepciones de mérito presentadas por el apoderado de Colmena Seguros de Vida S.A., la aseguradora invocó la nulidad relativa del contrato de seguro junto con la exclusión del siniestro del riesgo asegurado[157], lo cierto es que la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia declaró las excepciones de ausencia de cobertura de la póliza de seguro de vida individual y la de inexistencia de responsabilidad mediante Sentencia del 16 de febrero de 2022[158], sentencia que fue confirmada en su integridad por le Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá mediante providencia del 30 de agosto de 2024[159].

109. Así las cosas, el análisis sobre la valoración probatoria que realizó el juzgado accionado sobre la suficiencia del examen médico practicado al asegurado, no puede versar sobre la base de que con este se pretendían probar los tres elementos requeridos por la jurisprudencia constitucional y ordinaria para declarar que existió una reticencia que afectó con nulidad el contrato de seguro (considerando 81). Por el contrario, los reparos presentados por la accionante tendientes a la configuración de un defecto fáctico, se encuentran orientados a cuestionar la falta de valoración de dicho examen, el cual, en su criterio, no permitía a la aseguradora conocer con veracidad y razonabilidad el estado real de salud del señor Ramírez Rangel.

110. Sumado a lo anterior, se debe tener en cuenta que el artículo 1081 del Código de Comercio establece la prescripción de las acciones originadas del contrato de seguro en los siguientes términos:

---

[157] Expediente digital 11001220300020240232701. Documento digital: "CONTESTACIÓN Y ANEXOS MARÍA DE JESUS VIDALES – EXP 2021-0228.pdf". Pp. 15-31.
[158] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "2021013677-058-000.pdf".
[159] Expediente digital 11001220300020240232701. Documento digital: "15Sentencia2daInstancia.pdf".

> "ARTÍCULO 1081. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.
>
> La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.
>
> La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.
>
> Estos términos no pueden ser modificados por las partes".

111. De esta forma, tanto la Corte Suprema de Justicia como la Corte Constitucional, han entendido que el ordenamiento jurídico ha establecido dos términos de prescripción que, si bien tienen finalidades distintas, pueden correr simultáneamente y deben aplicarse dependiendo de la capacidad del interesado en conocer el hecho que las activa[160]. Así, en la Sentencia T-662 de 2013[161] se precisó que "los dos tipos de prescripción son aplicables. La prescripción ordinaria comienza a correr desde el momento en que la persona razonablemente haya tenido o podido tener conocimiento de los hechos que dan base a la acción. La extraordinaria comienza a contar desde el momento en que ocurre el siniestro. Así, cuando el legitimado para reclamar el cumplimiento del contrato de seguro es incapaz o no puede conocer los hechos que dan base a la acción, el término de prescripción que comenzará a correr será el de la extraordinaria (desde que ocurre el siniestro) hasta tanto cese su incapacidad o tenga conocimiento de los hechos. Desde ese momento, comenzará a correr la ordinaria paralelamente y surtirá efectos la primera que opere".

112. En consecuencia, la prescripción ordinaria busca "proteger los intereses de los asegurados que por su condición o por razones ajenas a su voluntad, no hayan tenido o debido tener conocimiento de los hechos que dieron lugar al siniestro"[162]. Lo anterior, por cuanto "el efecto de la prescripción es crear una consecuencia desfavorable a quien teniendo las posibilidades de ejercer un derecho o una acción, transcurrido determinado tiempo no lo hizo, en este evento la voluntad del legislador no fue castigar a quien ni siquiera conocía que tiene el derecho o quien por su condición no podría presentar la reclamación"[163].

113. En este sentido, se debe tener en cuenta que la póliza de seguro se suscribió el 25 de febrero de 2016, mismo año en el que Colmena Seguros de Vida S.A. practicó un examen médico al señor Ramírez Rangel antes de ingresar al seguro, sin embargo, solo fue hasta el proceso llevado a cabo ante la Delegatura para

---

[160] Corte Constitucional. Sentencias T-662 de 2013, T-272 de 2015 y T-591 de 2017. En igual sentido, la Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado al respecto en: Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez. Sentencia del 4 de abril de 2013. Expediente: 00457-01; y Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo. Sentencia del 6 de diciembre de 2018. Expediente: SC5297-2018.
[161] Consideraciones reiteradas en Corte Constitucional, sentencias T-272 de 2015 y T-591 de 2017.
[162] Corte Constitucional, Sentencia T-272 de 2015.
[163] *Ibidem.*

Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, iniciado en el año 2021, que la compañía aseguradora invocó la nulidad del contrato del seguro como excepción a las pretensiones de la demanda, sin que la Superintendencia Financiera se hubiera pronunciado sobre ello en la resolución del fondo del asunto. Es decir, que el año 2016 era la fecha en la que la compañía aseguradora tuvo o debió tener conocimiento del estado real de salud del señor Ramírez Rangel, no solo por la suscripción misma del contrato de seguro, sino por la práctica del examen médico que ésta misma consideró suficiente para validar el estado del riesgo.

114. De tal suerte, la Sala estima que la Corte Constitucional no podría pronunciarse frente a un tema que no se incluyó en la sentencia proferida por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, la cual fue confirmada íntegramente por el Juzgado accionado y frente a la que se presentó la acción de tutela objeto de estudio. Lo anterior, sumado a que al abordar la posible nulidad del contrato de seguro n.º 3704-220051 con base en una preexistencia, este Tribunal debería analizar una posible prescripción de la acción de nulidad del contrato de seguro, invocada por vía de excepción de mérito por parte de Colmena Seguros de Vida S.A., situación que desborda las pretensiones constitucionales alegadas por la accionante y reviviría una oportunidad procesal en cabeza de la entonces demandante quien no se pronunció sobre la prescripción de la acción en sede ordinaria.

115. Superado el anterior punto, se debe tener en cuenta que la accionante, con respecto a la configuración de un defecto fáctico, sostiene que el Juzgado accionado no valoró la existencia del examen médico previo realizado al tomador del seguro, para concluir que no era posible objetar el amparo asegurado. Sin embargo, lo cierto es que en el proceso ordinario sí se tuvo en cuenta dicho examen médico y no se desconocieron las particularidades de este. Lo anterior, no solo por el hecho de que el juez de segunda instancia tuvo en cuenta las declaraciones realizadas por la doctora Cuello Martínez y por el doctor Merizalde, sino porque el accionado avaló la tesis de que este examen era suficiente para determinar el verdadero estado de salud del señor Ramírez Rangel antes de ingresar a la póliza de seguro.

116. No obstante, el hecho de que el juzgado haya tenido en cuenta el examen médico no descarta, por sí mismo, la existencia de un defecto fáctico. Como ha señalado esta Corte, el vicio por indebida valoración probatoria se configura cuando el juez concede a una prueba una fuerza demostrativa que no le corresponde, desconociendo su alcance real en el contexto del caso concreto. Así, el problema no radica en que el examen haya sido ignorado, sino en que fue valorado erróneamente como elemento suficiente para acreditar el estado integral de salud del tomador, a pesar de sus limitaciones objetivas para detectar patologías relevantes. Este yerro vulnera el estándar constitucional que exige una valoración probatoria lógica, razonable y completa al momento de objetar pólizas de seguro, especialmente cuando están en juego derechos fundamentales como la vivienda digna y la protección del núcleo familiar, y los tomadores se encuentran en situación de vulnerabilidad económica y social (considerandos 98 a 102).

117. De este modo, la Sala considera que la valoración que tuvo este examen fue errónea, por cuanto se le asignó una capacidad probatoria sobre hechos frente a los que no podía brindar certeza, lo cual, configura el defecto fáctico en su dimensión positiva. En concreto, el Juzgado accionado consideró que con este examen médico era posible determinar el verdadero estado de salud del señor Ramírez Rangel, pues las observaciones realizadas en este coincidían con las declaraciones hechas por el asegurado. Sin embargo, la misma historia clínica analizada de forma posterior por el doctor Merizalde, evidencia que el estado de salud del señor Ramírez Rangel era mucho más complejo de aquel identificado en el examen practicado por la doctora Cuello Martínez, pues padecía de diabetes mellitus desde 2013 e hipertensión desde 2015, patologías que, incluso, se encontraban en tratamiento a través de la ingesta de medicamentos.

118. Esta discrepancia entre el resultado del examen físico y la historia clínica evidencia que el juzgado omitió contrastar adecuadamente los elementos probatorios disponibles, lo que comprometió la validez de la decisión. Conforme a la jurisprudencia constitucional, el juez debe valorar las pruebas en su conjunto, identificar contradicciones relevantes y explicar las razones por las cuales otorga mayor credibilidad a una u otra fuente de información. En este caso, el juzgado no explicó por qué consideró suficiente un examen limitado, sin acceso a historia clínica ni pruebas de laboratorio, frente a un documento técnico posterior que sí permitía establecer con claridad las condiciones patológicas del asegurado. Esta falta de contraste razonado genera un defecto fáctico relevante, por cuanto condujo a una conclusión insostenible en perspectiva del material probatorio disponible.

119. Así, el único examen médico que consta a lo largo del expediente no solo es impreciso frente a las patologías que el señor Ramírez Rangel padecía para el año 2016, sino que el hecho de que se haya practicado no podría considerarse como un actuar diligente por parte de la compañía de seguros y suficiente para tener certeza sobre el estado real de salud del asegurado. Esto es así, debido a que el paciente era un adulto mayor, frente a la cual Colmena Seguros de Vida S.A. debía validar el estado del riesgo, no solo por contar con los mecanismos y autorizaciones para ello, como lo era el acceso a la historia clínica, sino porque no podía presumir la existencia o inexistencia de patologías complejas como diabetes mellitus o hipertensión, a partir de una revisión física simple como la que realizó la doctora Cuello Martinez.

120. Sumado a lo anterior, el juez ordinario contaba con elementos relevantes para determinar que la práctica de un examen médico superficial y no invasivo era suficiente para acreditar el deber de diligencia por parte de la compañía aseguradora. En efecto, tal y como lo expuso el médico Merizalde en el proceso llevado ante la Superintendencia Financiera de Colombia, Colmena Seguros de Vida S.A. fue consciente desde el examen de ingreso practicado al señor Ramírez Rangel, que éste era un paciente que presentaba sobrepeso, tenía venas várices incipientes en los miembros inferiores y contaba con 69 años al momento de ingreso a la póliza (considerandos 15 a 17). Tales condiciones generaban indicios suficientes para concluir la necesidad de realizar valoraciones adicionales

orientadas a verificar la posible existencia de enfermedades preexistentes, así como la solicitud y revisión de su historia clínica.

121. En consecuencia, teniendo en cuenta que habían indicios de los que se podían inferir diferencias entre la declaración por parte del asegurado y la realidad clínica observada por Colmena Seguros de Vida S.A., la Corte Constitucional en su jurisprudencia sobre deber de diligencia de las compañías de seguros (considerando 86 (ii)), ha precisado que, en estos casos, "(…) el asegurador debe constatar el estado de salud del tomador y verificar la veracidad de la declaración de asegurabilidad por medio de, entre otras, la realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica. Si no lo hace, se aplica la regla de conocimiento presuntivo, aun si el tomador omitió informar sobre preexistencias al contestar el cuestionario"[164]. Este alcance de la *Postura 2* referida anteriormente, se encuentra respaldada por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, en la que al existir motivos de sospecha es deber de la aseguradora realizar averiguaciones adicionales para confirmar el estado del riesgo[165].

122. De esta forma, la práctica de exámenes médicos por parte de las aseguradoras, y en el caso s*ub examine*, de exámenes médicos adicionales, es requerida únicamente cuando existan elementos que generen duda sobre la información suministrada, lo cual, en este caso, resultaba objetivamente necesario por cuanto el diagnóstico de venas várices y sobrepeso a la edad de 69 años generaba, si quiera, una sospecha sobre el estado de salud sin ninguna patología o padecimiento que declaró el señor Ramírez Rangel.

123. Lo anterior permite concluir que el juez accionado incurrió en un defecto fáctico, por un lado, porque no valoró debidamente los indicios que justificaban la realización de exámenes médicos complementarios y la solicitud de la historia clínica, lo cual resultaba determinante para el análisis del caso; y por otra parte, al no advertir las limitaciones estructurales del único examen médico obrante en el expediente, ni las implicaciones que ello tenía en la verificación del estado real del riesgo asegurable. Pese a que se trataba de una persona mayor, frente a quien era previsible la existencia de condiciones de salud crónicas, el análisis judicial omitió valorar de forma razonada si el examen físico practicado por la aseguradora era idóneo para descartar o confirmar patologías como la diabetes o la hipertensión. Esta omisión probatoria no puede considerarse un error menor, pues impidió que el fallo tuviera en cuenta elementos relevantes y accesibles, como la historia clínica, para adoptar una decisión fundada en la realidad del caso. En ese sentido, se configura el defecto alegado, en tanto la sentencia se apoyó en una prueba insuficiente y no valoró de forma adecuada otros medios disponibles que hubieran permitido una comprensión más precisa del estado de salud del señor Ramírez Rangel al momento de contratar el seguro.

9.2. Sobre la configuración del defecto por desconocimiento del precedente

[164] Corte Constitucional, Sentencia T-025 de 2024.
[165] Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, sentencias SC18563-2016, SC3791-2021, SC167-2023 y STL588-2023.

124. La Sala observa que la postura del Juzgado accionado para confirmar la sentencia de primera instancia, con respecto a la objeción del amparo por la declaratoria de una preexistencia en el estado de salud del señor Ramírez Rangel, se basa en afirmar que Colmena Seguros de Vida S.A. actuó con diligencia por el hecho de haber practicado un examen médico y no encontrar discrepancias entre éste y las declaraciones negativas del asegurado sobre sus antecedentes de salud. De entrada, la Sala advierte que esta conclusión está construida desde una visión formal del contrato de seguro, que desconoce la asimetría estructural entre las partes y la necesidad de reforzar el estándar de diligencia de la aseguradora cuando el tomador es un consumidor en situación de vulnerabilidad, como ocurre en este caso.

125. Sumado a lo anterior, y de acuerdo con las consideraciones efectuadas para la configuración del defecto fáctico en este caso, el Juzgado accionado contaba con elementos suficientes para considerar que, pese a la existencia de un examen previo por parte de la aseguradora, ésta contaba con indicios o elementos que observó en la valoración realizada al señor Ramírez Rangel que debían ser corroborados con mayor diligencia. La Sala no desconoce que el Juzgado accionado era consciente de las tres posturas que la jurisprudencia constitucional ha enunciado, pues no solo puso de presente que estas posturas no han sido pacíficas, sino que decidió aplicar aquella en la que no era necesario la práctica de exámenes adicionales para validar el estado del riesgo por cuanto no había discrepancias entre la declaratoria de asegurabilidad y el estado de salud del tomador (considerando 106 (iv)).

126. Así, la Sala encuentra que el Juzgado accionado adoptó como criterio para valorar la debida diligencia de la aseguradora la *Postura 2*, sin embargo, no lo hizo de la forma en la que lo exigen las consideraciones desarrolladas las sentencias T-309 de 2015, T-344 de 2024 y T-025 de 2024. En concreto, no se refirió a los indicios de sobrepeso, venas varices y edad que se identificaron del examen médico superficial realizado al señor Ramírez Rangel, por el contrario, supuso que estos elementos no eran circunstancias que podían contraponerse a las declaraciones del asegurado y que podían generar alertas sobre el verdadero estado del riesgo.

127. Como se mencionó anteriormente (considerando 91 y 92), la postura jurisprudencial que esta Corporación ha aplicado recientemente frente al deber de diligencia de las compañías aseguradoras obliga al asegurador a validar el estado de salud del asegurado, siempre y cuando se identifiquen situaciones particulares que generen duda sobre el estado real de salud del asegurado y dicha validación corresponda a la naturaleza del riesgo solicitado. En esta ocasión, la Sala también acoge la *Postura 2* antes señalada y con base en esta se analizará el defecto de desconocimiento de precedente por la vía del deber de diligencia que deben tener las compañías de seguros. Lo anterior, principalmente, porque existían indicios en la salud del señor Ramírez Rangel (sobrepeso, venas varices y edad), así hayan sido identificados de forma superficial, que obligaban a Colmena Seguros de Vida S.A. a corroborar si correspondían a efectos de patologías reales padecidas por el asegurado que potencialmente variaban el riesgo asegurable.

128. Adicionalmente, la Sala considera que la aseguradora, como profesional del sector, debe actuar con la debida diligencia tanto en la etapa precontractual como durante la vigencia del contrato, de tal suerte que, si no demuestra haber verificado adecuadamente el estado del riesgo en la fase precontractual, sobre todo en aquellos casos donde existían indicios o señales de la existencia de patologías en el asegurado, se presume que tenía conocimiento de posibles inexactitudes en la declaración del tomador, como preexistencias no informadas u otras falsedades[166].

129. En consecuencia, de acuerdo con los lineamientos fijados por la jurisprudencia para aplicar la *Postura 2*, la aseguradora no podrá invocar la nulidad del contrato por reticencia u objetar el pago de la indemnización pactada. Esta subregla, reiterada en las sentencias T-309 de 2015, T-344 de 2024 y T-025 de 2024, constituye un estándar jurisprudencial valioso, cuyo desconocimiento sin justificación suficiente, o con una aplicación errada, vulnera los principios constitucionales como los de la igualdad, la seguridad jurídica, la confianza legítima y el acceso a la administración de justicia.

130. Por otra parte, de acuerdo con las sentencias T-591 de 2017, T-658 de 2017 y T-344 de 2024 (considerandos 93 a 97), la Sala no puede pasar por alto que la jurisprudencia constitucional ha reiterado que las aseguradoras deben abstenerse de utilizar cláusulas genéricas y ambiguas para fundamentar la cancelación de una póliza bajo el argumento de reticencia, y que deben eliminar todo elemento que genere inseguridad en la ejecución del contrato. En concreto, se ha precisado que las preexistencias deben estar expresamente consignadas en el contrato, de lo contrario, tales vacíos deben resolverse en favor del asegurado o sus beneficiarios, conforme al artículo 1604 del Código Civil y al principio de buena fe.

131. De esta forma, es necesario realizar un estudio constitucional de la cláusula de exclusión prevista en el contrato de seguro, para determinar si ésta presentaba características de ambigüedad o generalidad que impedían invocar el no pago de la obligación asegurada y, en consecuencia, no era procedente la declaratoria de la excepción de riesgo asegurado que el Juzgado accionado confirmó en segunda instancia. Así, también se analizará el defecto por desconocimiento del precedente en la vía del alcance de las cláusulas de exclusión.

132. ***Sobre el desconocimiento del precedente por la vía del deber de diligencia de las aseguradoras en los contratos de seguro.*** Por lo tanto, para el caso del señor Ramírez Rangel, Colmena Seguros de Vida S.A. no podía negar injustificadamente el reconocimiento del pago de la póliza, pues se encontraba en una posición de actuar con mayor diligencia para verificar el estado de salud del asegurado antes del ingreso a la póliza. Esta carga reforzada se deriva del deber de diligencia, que impone límites al ejercicio del poder contractual en contextos de desigualdad, especialmente cuando se comprometen derechos fundamentales

[166] Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01. Ver también: Corte Constitucional, sentencias T-832 de 2010, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-316 de 2015 y T-658 de 2017.

como la vivienda digna de una persona mayor sin ingresos propios. El incumplimiento de esta carga se ve reflejada, al menos, en los siguientes aspectos:

133. *Primero*. En la página inicial del documento de la póliza de seguro[167], suscrito por el señor Ramírez Rangel el 25 de febrero de 2016, en la sección de autorizaciones y otras declaraciones de los asegurados, se señala que "2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a Colmena Seguros a que, aún después de mi fallecimiento, verifique y pida ante cualquier médico, odontólogo o cualquier institución hospitalaria, la información y/o copia de mi historia clínica y/o carta dental". De esta forma, incluso antes de ingresar a la póliza de seguro, la compañía aseguradora contaba con la autorización del señor Ramírez Rangel para poder constatar su estado de salud a partir de los documentos médicos idóneos, como lo era la historia clínica.

134. Pese a lo anterior, la aseguradora optó por continuar con el examen médico que usualmente practica a los futuros asegurados, por cuanto, en criterio de sus médicos adscritos, no consideraron pertinente practicar exámenes adicionales. Esta decisión resulta incompatible con el estándar jurisprudencial vigente, por lo menos para la *Postura 2*, según el cual las aseguradoras no pueden alegar reticencia si previamente omitieron utilizar los mecanismos a su disposición para confirmar la veracidad de las declaraciones de asegurabilidad y, sobre todo, si contaban con elementos para avizorar posibles discrepancias entre la información suministrada por el asegurado y su estado real de salud, como sucedió en este caso.

135. Así, el hecho de contar con autorización expresa del asegurado y no haber hecho uso de la misma demuestra que la aseguradora eligió conscientemente no agotar los medios disponibles para verificar el estado de salud del asegurado. Para la Sala, esta omisión implica una renuncia voluntaria a la posibilidad de constatar hechos relevantes para el contrato. De ahí que, a luz de la jurisprudencia constitucional ya reseñada, conductas pasivas u omisivas como esta impiden luego alegar la reticencia como causal válida de exclusión o de nulidad relativa del contrato.

136. *Segunda*. En línea con lo anterior, tanto en la etapa probatoria del proceso llevado ante la Superintendencia Financiera de Colombia como en sede de revisión, la médico Cuello Martinez describió que el examen médico practicado al señor Ramírez Rangel no incluyó procedimientos invasivos y consistió en una valoración general en la que solo se podían identificar patologías detectables a partir de la revisión física del paciente. En consecuencia, este examen no estaba diseñado para determinar patologías complejas que solo son posibles de evidenciar tras la práctica de exámenes médicos de laboratorio más complejos o invasivos, pues de este modo lo señaló el doctor Merizalde a lo largo del proceso ordinario y en sede de revisión, que en este examen diseñado por Colmena Seguros de Vida S.A. no se aborda la historia clínica ni se ordenan tratamientos o

[167] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "CONTESTACIÓN YANEXOS MARÍA DE JESÚS VIDALES – EXP 2021-0228 (002).pdf", pp. 51-52.

se decretan diagnósticos, sino que se realiza la toma de signos vitales, medidas corporales y se anotan datos médicos del paciente.

137. En consecuencia, la compañía aseguradora siempre fue consciente de que el examen médico que diseñó era insuficiente para constatar enfermedades de mayor complejidad o signos de salud que no fueran ostensiblemente reconocibles y, pese a eso, decidió asumir el riesgo de basar su calificación en las declaraciones hechas por el señor Ramírez Rangel. Incluso, pese a la superficialidad del examen médico, quedó constatado que sí fue posible evidenciar algunos signos de alerta sobre el estado de salud del asegurado, como lo fueron el sobrepeso y las venas varices, los cuales, merecían una particular atención, sobre todo, porque el señor Ramírez Rangel era un adulto mayor al momento de tomar el seguro. De esta forma, no se podría afirmar que Colmena Seguras de Vida S.A. obtuvo un diagnóstico totalmente normal o sin ningún signo de alerta que merecía ser verificado.

138. Este comportamiento, desde la perspectiva constitucional, es incompatible con los deberes reforzados que se imponen a los profesionales del sector asegurador. Una empresa que diseña exámenes médicos conscientemente limitados no puede luego trasladar las consecuencias de su insuficiencia al asegurado, y menos aún a sus beneficiarios, como ocurre en este caso. Este tipo de actuación contradice el principio de buena fe y desnaturaliza la finalidad protectora del contrato de seguro, especialmente cuando está orientado a cubrir obligaciones esenciales como el crédito de una vivienda.

139. *Tercera*. Ahora bien, el Doctor Merizalde indicó que debido a la edad del señor Ramírez Rangel -69 años- y a la solicitud de riesgo realizada, su perfil era uno de riesgo 2, el cual, de acuerdo con las políticas de Colmena Seguros de Vida S.A., no requería exámenes médicos adicionales. Sin embargo, desde antes de la ejecución de la póliza, y después de evidenciar las venas varices y el sobrepeso del asegurado, la compañía aseguradora estaba en la capacidad de realizar exámenes médicos más precisos o mediante los que se pudieran constatar las patologías del señor Ramírez Rangel, al igual que tenía la capacidad de realizar una valoración médica más integral.

140. Lo anterior se demuestra a partir de que, solo tras la solicitud de reclamo del amparo realizada por la señora Vidales en septiembre de 2020, la compañía aseguradora decidió acceder a la historia clínica del señor Ramírez Rangel y analizar sus antecedentes patológicos tal y como lo hizo el doctor Merizalde para formular su concepto en octubre de 2020, el cual explicó a detalle en la respuesta dada a esta Corte en sede de revisión. Así, Colmena Seguros de Vida S.A. no solo sabía el procedimiento médico pertinente para identificar las patologías que, posteriormente, invocó como causales de exclusión, sino que contaba con los profesionales médicos adscritos necesarios para llevarlas a cabo sin que haya hecho uso de estas facultades.

141. Esto refuerza la conclusión de que Colmena Seguros de Vida S.A. incumplió con su deber de diligencia reforzada. Su comportamiento posterior

demuestra que tenía los medios técnicos, humanos y jurídicos para realizar una verificación integral del riesgo desde la etapa precontractual, pero prefirió no hacerlo. Esta omisión, en el contexto de la jurisprudencia constitucional citada, no puede beneficiarla. Todo lo contrario, pues, en lugar de operar como una defensa válida, configura la inobservancia del estándar mínimo exigible a una entidad que participa de forma profesional y especializada en el mercado asegurador.

142. A partir de lo anterior, la Sala concluye que la Sentencia proferida por el Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá incurrió en desconocimiento de los estándares constitucionales, por lo menos, para valorar la debida diligencia de la aseguradora bajo la *Postura 2* ya explicada. Aunque dicha autoridad judicial reconoció que la aseguradora Colmena Seguros de Vida S.A. practicó un examen médico al señor Ramírez Rangel y no encontró inconsistencias con su declaración de asegurabilidad, omitió considerar que la aseguradora tuvo conocimiento de indicios que podían alertar alguna condición adicional en el estado de salud del asegurado, ante lo cual, se le impone a las aseguradoras un deber de diligencia reforzada en la etapa precontractual, particularmente cuando están en juego derechos fundamentales de personas en condición de vulnerabilidad. Este estándar jurisprudencial, reiterado en las sentencias T-309 de 2015, T-344 de 2024 y T-025 de 2024, precisa que, cuando la aseguradora no adopta medidas razonables para verificar el estado real de salud del tomador, teniendo conocimiento de posibles discrepancias con la información suministrada, no puede luego invocar válidamente la figura de la reticencia ni objetar el pago del amparo con base en patologías que solo podrían haberse detectado mediante exámenes adicionales o historia clínica.

143. El fallo judicial controvertido no ofreció razones suficientes para justificar una aplicación de la *Postura 2* de forma apartada a los estándares constitucionales. Limitó su análisis a verificar si había contradicción entre las respuestas del asegurado y el examen médico general practicado, sin considerar que la propia aseguradora había optado por no consultar la historia clínica ni realizar una valoración más rigurosa, a pesar de tener autorización expresa para hacerlo y contar con señales de alerta en el estado real de salud como la presencia de venas varices y sobrepeso, particularidades que se refuerzan teniendo en cuenta la edad que tenía el señor Ramírez Rangel. Tampoco valoró que el examen aplicado por la entidad era meramente físico, superficial y claramente insuficiente para identificar enfermedades como la diabetes o la hipertensión arterial. Esta omisión probatoria y doctrinal revela una interpretación excesivamente formalista de las obligaciones contractuales, que desconoce la función protectora de la jurisprudencia constitucional en contextos de contratos de adhesión.

144. En consecuencia, la Sala encuentra acreditado el desconocimiento del precedente judicial, por haber aplicado incorrectamente, de manera injustificada, de una posición jurisprudencial consolidada y garantista que busca preservar el equilibrio en las relaciones contractuales y proteger los derechos fundamentales. Esta omisión vulneró los principios de buena fe, razonabilidad, motivación suficiente, igualdad ante la ley y seguridad jurídica, y resulta incompatible con la

obligación de los jueces de aplicar el precedente como expresión concreta del derecho vigente.

145. ***Sobre el desconocimiento del precedente por la vía del alcance de las cláusulas de exclusión y por objeción al pago de indemnizaciones de seguro cuando afectan el mínimo vital de los tomadores que se encuentran en situación de vulnerabilidad***

146. En relación con esa cláusula, la accionante también alegó que no cumplía con las exigencias jurisprudenciales de visibilidad y transparencia, conforme a la sentencia de unificación SC2879-2022 de la Corte Suprema de Justicia. No obstante, se advierte que la cláusula de exclusión por preexistencias se encontraba en el anverso del formulario de asegurabilidad, con encabezado explícito, y que las condiciones generales de la póliza también fueron allegadas por la accionante al expediente. Por tanto, el estándar mínimo de información fue satisfecho.

147. Ahora bien, con respecto al estándar de claridad y oportunidad que tenía la cláusula de exclusión, en concreto, para que el asegurado pudiera identificar con precisión las circunstancias en las que se podría configurar una reticencia, el clausulado no podía contener apartados genéricos o ambiguos, so pena de que la aseguradora no pudiera invocar la objeción del pago con base en dichos vacíos (considerando 97). Bajo esta perspectiva, la cláusula de exclusión pactada en la póliza de seguro de vida individual deudores n.º3704-220051 indicaba lo siguiente:

> **"EXCLUSIONES**
> **CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBREN PÉRDIDA ALGUNA QUE SEA CONSECUENCIA DE:**
>
> **PARA TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA**
> La muerte, incapacidad, enfermedad u hospitalización del asegurado originada o derivada por cualquier causa, patología o enfermedad, física o mental, congénita o adquirida, preexistente, que haya sido diagnosticada, o conocida por el asegurado, o por la cual se haya recibido tratamiento, o que por sus síntomas o signos no pudiese pasar desapercibida, y no haya sido declarada por el asegurado con anterioridad a la contratación del seguro". (Resaltado, mayúsculas y formato del texto original)[168].

148. A partir de lo anterior, se observa que la cláusula expresamente señalaba la no cobertura del riesgo en aquellos casos en los que, por ejemplo, la causa de la muerte se hubiese derivado de una enfermedad previamente diagnosticada y no reportada por el asegurado. Con todo, la cláusula misma no contemplaba de forma particular las enfermedades o preexistencias que eran sancionadas con la exclusión de la cobertura, más allá de indicar que dentro de ese grupo de

[168] Expediente digital 2021013677-010-000. Documento digital: "CONTESTACIÓN YANEXOS MARÍA DE JESÚS VIDALES – EXP 2021-0228 (002).pdf", p. 52.

enfermedades o causas de muerte se incluían las que no fueron informadas por el tomador.

149. En este punto, la Sala encuentra que, si bien la compañía de seguros pudo haber delimitado el riesgo asegurado con las preguntas formuladas en la declaración de asegurabilidad, lo cierto es que la cláusula de exclusiones resulta genérica y amplia, poniendo a la parte asegurada en un escenario desventajoso donde ninguna situación de salud previa a la suscripción del contrato sería cubierta por la póliza. Lo anterior, no solo porque no se indican expresamente las enfermedades o patologías que no serán cubiertas, sino porque, independiente de los casos en los que el asegurado pudo haber negado su estado de salud, la cláusula excluye todas las situaciones médicas con las que el asegurado pudo haber llegado a la relación contractual.

150. Al respecto, la Corte Constitucional desde la Sentencia T-118 de 2000, donde por primera vez extendió la doctrina de la prohibición de las cláusulas genéricas de los contratos de salud prepagada a los contratos de seguros de salud, precisó que "las enfermedades o padecimientos que tengan rango de preexistentes deben estar previstas, (…) , y no pueden quedar librados a posteriores y siempre sorpresivas verificaciones médicas de carácter retroactivo, generalmente contrarias al interés del paciente". De hecho, esta situación de validación posterior se configuró en el caso bajo estudio, pues solo fue con el concepto medico practicado por el médico Marizalde que Colmena Seguros de Vida S.A. delimitó aquella preexistencia que no consideró debía cubrir en virtud de la cláusula de exclusión del contrato de seguro.

151. En el mismo sentido, esta Corporación también ha precisado que "si bien es cierto que en los contratos de seguros las compañías tienen libres atribuciones para fijar sus cláusulas, no es menos cierto que 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"[169].

152. En consecuencia, las cláusulas contenidas en un contrato de seguro deben elaborarse conforme al principio de buena fe, lo cual implica que deben estar redactadas con precisión, sin ambigüedades ni omisiones. De lo contrario, cualquier efecto adverso derivado del incumplimiento de este deber deberá ser asumido por la parte que las estableció. Lo anterior, tal y como sucedió en este caso, pues la parte asegurada no pudo identificar, desde la firma del contrato de seguro, aquellas situaciones concretas en las que la compañía de seguros podía excluir el riesgo, solo después de acaecido el siniestro fue que la señora Vidales

[169] Corte Constitucional, Sentencia T-591 de 2017, en la que se reiteran consideraciones de Corte Constitucional. Sentencia T-240 de 2016.

de Ramírez se enfrentó a la certeza de las exclusiones y su consecuente objeción en el reconocimiento.

153. Así, la cláusula de exclusión, invocada por Colmena Seguros de Vida S.A. y declarada por parte de los jueces del proceso ordinario, no era válida y las excepciones o reclamaciones de la compañía asegurada no podían valorarse a la luz de su aplicabilidad. En este sentido, el juzgado accionado también incurrió en un defecto de desconocimiento del precedente por no considerar el enfoque constitucional que se debe atender en el contenido del contrato de seguro definido por la aseguradora, el cual, en virtud del principio "a favor del consumidor" (*pro consumatore)*, obliga a las compañías aseguradoras a suprimir cualquier disposición que genere incertidumbre en el cumplimiento de las obligaciones contractuales y a abstenerse de incluir cláusulas abusivas.

154. Adicionalmente, no se puede desconocer que cuando el contrato de seguro compromete derechos fundamentales de personas pertenecientes a grupos en condición de especial protección constitucional, la interpretación de este puede flexibilizarse, con el fin de asegurar la efectividad y prevalencia de sus garantías superiores[170]. Este aspecto cobre especial relevancia cuando se tiene en cuenta que el objeto de la póliza de seguro de vida individual deudores n.º3704-220051 era el de amparar los valores insolutos de un crédito hipotecario de vivienda de interés social, la cual, corresponde a un tipo de inmueble destinado a garantizar el derecho a la vivienda de los hogares con menores ingresos o en situación de vulnerabilidad[171].

155. De esta forma, las cláusulas del contrato de seguro n.º 3704-220051, por lo menos aquella relacionada con las exclusiones, debían cumplir no solo con los estándares constitucionales de precisión y claridad, sin que se pactaran escenarios genéricos que pusieran en desventaja contractual a la señora Vidales de Ramírez. Esto, sobre todo, porque la finalidad de ese contrato de seguro era proteger el pago de la casa en donde vivía, razón por la que el alcance de asegurabilidad del contrato de seguro, indirectamente, era una garantía para proteger su derecho a la vivienda digna.

156. Ahora bien, la Corte ha sostenido que, incluso en el escenario del cumplimiento formal de las condiciones contractuales, en el marco de la libertad contractual y la autonomía de las partes, no se excluye el deber de examinar si la cláusula de exclusión se torna abusiva y desproporcionada para la parte débil de la relación contractual y, por ende, su aplicación genera una afectación desproporcionada a derechos fundamentales[172]. Esto ocurre, por ejemplo, cuando la negativa del pago asegurado deja a los beneficiarios en una situación de vulnerabilidad grave, como se evidenció en este caso.

157. En efecto, la señora María de Jesús Vidales es una persona de 71 años, sin ingresos ni pensión, que dependía económicamente de su esposo fallecido, y que

[170] Corte Constitucional, Sentencia T-591 de 2017.
[171] Artículo 91, Ley 388 de 1997.
[172] Corte Constitucional, Sentencia T-025 de 2024.

desde entonces enfrenta el embargo y la pérdida material de su vivienda de interés social. Aunque la cláusula de exclusión estuviera formalmente incorporada al contrato, su aplicación en este contexto tuvo un impacto directo en su derecho fundamental al mínimo vital, y fue validada por decisiones judiciales que omitieron valorar esa consecuencia concreta.

158. Esta situación refuerza la necesidad de aplicar un estándar de interpretación constitucional del contrato de seguro, basado en los principios de buena fe, equidad y protección de las personas en condición de vulnerabilidad. La señora Vidales no solo quedó sin ingresos tras el fallecimiento de su esposo, sino que, desde entonces, no ha podido hacer uso del inmueble que adquirieron juntos y se encuentra en riesgo real de perder la propiedad por el embargo derivado del incumplimiento del crédito hipotecario.

159. Estas circunstancias evidencian una afectación concreta del derecho fundamental al mínimo vital, derivada de la negativa de pago del seguro y de la validación judicial de dicha decisión. Por tanto, la cláusula de exclusión no podía ser aplicada sin una valoración sustancial del impacto que generaba; valoración que fue omitida por el juez ordinario, en contravía de los mandatos constitucionales de protección reforzada.

160. En consecuencia, el Juzgado acusado incurrió en un desconocimiento del precedente con respecto a los estándares constitucional que deben cumplir las cláusulas de exclusión de los contratos de seguros (Sentencias T-591 de 2017, T-658 de 2017 y T-344 de 2024) y, a su vez, desconoció la jurisprudencia desarrollada por esta Corte (Sentencias T-316 de 2015, T-591 de 2017 y T-658 de 2017) cuando las objeciones de las compañías de seguros al pago de la póliza afectan los derechos fundamentales de los tomadores que se encuentran en vulnerabilidad económica. En este caso, por no considerar el estado de desprotección, sobre todo económica, en el que quedó la señora Vidales de Rangel con la muerte de su esposo, el cual, se ha venido desmejorando con la mora generada en su crédito hipotecario por falta de pago y el consecuente embargo de su vivienda de interés por parte del Banco Caja Social S.A.

9.3. Consideraciones adicionales sobre la supuesta nulidad del contrato de seguro y el derecho a la vivienda digna

161. La accionante sostuvo que el juez ordinario incurrió en un error al declarar implícitamente la nulidad del contrato de seguro, pese a que la aseguradora había invocado una cláusula de exclusión por enfermedades preexistentes, y no la figura de la nulidad relativa. Sin embargo, del análisis del fallo judicial se observa que el juzgado no declaró la nulidad, sino que confirmó la decisión de la Superintendencia Financiera, en la que se negó el amparo con base en una causal de exclusión prevista en la póliza. Lo anterior, en línea con lo mencionado en el considerando 108 a 115 de la presente decisión.

162. Por otra parte, la accionante en su escrito de tutela invocó la protección del derecho fundamental a la vivienda digna, el cual indicó que está en peligro por cuanto su inmueble se encuentra embargado en el marco de un proceso ejecutivo

iniciado por el Banco Caja Social S.A., a raíz de la falta de pago de las cuotas del crédito hipotecario que asumía el señor Ramírez Rangel, y frente a las cuales, la accionante tenía la expectativa legítima de que Colmena Seguros de Vida S.A. cancelara totalmente en virtud del contrato de seguro.

163. En materia de seguros de vida, esta Corte ha considerado que el derecho a la vivienda digna se vulnera cuando, debido a la negativa del pago de la indemnización por parte de las compañías de seguro -para el caso de las pólizas que amparaban créditos hipotecarios-, se adelantan procesos ejecutivos sobre el inmueble objeto de la financiación y se evidencia un riesgo de pérdida de titularidad sobre el bien.

164. Por ejemplo, en la Sentencia T-658 de 2017 la Sala Tercera de Revisión amparó los derechos fundamentales de un accionante a quien le fue negada la indemnización de una póliza de seguro de vida por parte de una compañía aseguradora que alegó reticencia en las condiciones de salud del asegurado. En este caso, la Corte consideró que la decisión de la aseguradora, a parte de no probar los elementos para entender configurada la reticencia, vulneró el derecho a la vivienda digna del accionante, por cuanto ya se encontraba en curso un proceso ejecutivo por falta de pago del crédito hipotecario y el inmueble se encontraba embargado, razón por la que el accionante no tenía disponibilidad sobre el bien.

165. Para el caso de la señora Vidales de Ramírez, la actuación del Juzgado accionado, al aplicar incorrectamente la jurisprudencia constitucional sobre debida diligencia de las compañías de seguros y al valorar indebidamente el alcance probatorio que tenía el examen realizado al señor Ramírez Rangel para determinar su estado de salud, perpetuó la situación de vulnerabilidad de la accionante, pues dicha decisión no permitió que ella tuviera acceso a la indemnización que le correspondía y con la que se cubrirían la totalidad de saldos adeudados del crédito hipotecario. De esta forma, el fallo de la justicia ordinaria generó que la accionante continuara en mora del pago de su obligación bancaria, situación que si bien se originó desde la muerte de su esposo por ser este quien asumía los gastos de la pareja, llevó a la accionante a una situación en la que, actualmente, su vivienda está embargada, el inmueble se encuentra en condiciones precarias y ella no puede acceder a éste.

166. Adicionalmente, la Sala recalca que la vulneración al derecho a la vivienda se genera de forma consecuente a la vulneración principal del derecho al debido proceso, la cual, en concreto, se materializó cuando el Juzgado accionado incurrió en los defectos de desconocimiento de precedente y fáctico. De esta forma, no se desconoce que las lesiones que ha tenido el derecho a la vivienda de la accionante se han generado, principalmente, en el marco del proceso ejecutivo llevado en su contra por parte del Banco Caja Social S.A., y debido a la mala administración del secuestre. En concreto, estas situaciones han lesionado el derecho de disposición sobre su bien inmueble, pues no solo no puede hacer uso de este, sino que, incluso, si llegara a ingresar a su vivienda, ésta no se encuentra en condiciones dignas.

167. En este sentido, las decisiones de la justicia ordinaria en su especialidad civil en el marco de la acción de protección al consumidor incrementaron la lesión del derecho a la vivienda digna de la accionante o, en su defecto, generaron una lesión adicional concretada en la posibilidad de perder la disposición sobre el inmueble. Lo anterior, por cuanto la imposibilidad de cumplir con los pagos del crédito hipotecario era una situación que la accionante aspiraba suplir a través del reconocimiento de la póliza de seguro, pero que, en el momento en el que se generó la negativa por parte de la compañía aseguradora, la expectativa de reconocimiento de la indemnización recayó en cabeza del juzgado accionado, frente al cual se esperaba un actuar conforme a la jurisprudencia constitucional.

9.4. Conclusión y remedio constitucional

168. A partir de todo lo expuesto, la Sala concluye que la decisión judicial controvertida incurrió en un defecto fáctico, dado que el juez otorgó fuerza probatoria concluyente a un examen médico general y no invasivo, que por su diseño no permitía detectar enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, ya diagnosticadas y en tratamiento en el momento de la contratación. Al valorar de forma aislada ese único elemento probatorio, sin contrastarlo con otros medios disponibles ni con el contexto del caso, se incurrió en un análisis probatorio parcial, incompatible con el principio de razonabilidad de las decisiones judiciales.

169. Asimismo, se constató un defecto por desconocimiento del precedente, al aplicar errada e injustificadamente la jurisprudencia constitucional a partir de la cual se ha establecido que las aseguradoras están sujetas a un deber reforzado de diligencia para verificar el estado real del riesgo asegurable, especialmente en contratos por adhesión celebrados con personas en condición de vulnerabilidad. En efecto, el juez ordinario omitió aplicar correctamente la jurisprudencia–contenida en las sentencias T-309 de 2015, T-344 de 2024 y T-025 de 2024–, según la cual las aseguradoras no pueden invocar válidamente la reticencia cuando no han desplegado medidas razonables para verificar la veracidad de la declaración de asegurabilidad, sobre todo, cuando se contaba con situaciones particulares que permitían evidenciar contradicciones entre las declaraciones del asegurado y su verdadero estado de salud. A su vez, se constató un defecto por desconocimiento del precedente, en materia de validez de cláusulas de exclusión en contratos de seguros, desconociendo la jurisprudencia de esta Corte sobre la prohibición de generalidad en las cláusulas de exclusión y en omitir el impacto que puede generar la negativa de pago en los derechos fundamentales de tomadores en situación de vulnerabilidad.

170. Estas deficiencias condujeron a una decisión que avaló la negativa de la aseguradora de reconocer el amparo contratado, sin tener en cuenta la situación concreta de la accionante, quien perdió a su esposo (sostén económico del hogar), no cuenta con ingresos propios ni pensión, y se encuentra en riesgo de perder la vivienda adquirida con él por la imposibilidad de cubrir el crédito hipotecario. Desde entonces, no ha podido hacer uso efectivo del inmueble, el cual permanece embargado y en condiciones precarias. En consecuencia, la Sala constata la

vulneración de los derechos fundamentales de la señora María de Jesús Vidales al debido proceso, por indebida valoración probatoria razonable; a la igualdad, por desconocer su posición estructuralmente débil frente a la aseguradora; y a la vivienda digna, por el riesgo real y actual que enfrenta de perder el único bien destinado a su habitación. Por tanto, se hace procedente conceder el amparo solicitado.

171. Por lo anterior, la Sala Tercera de Revisión revocará las decisiones de instancia, mediante las cuales se negó el amparo a los derechos a la igualdad, al debido proceso y a la vivienda digna, invocados por la señora María de Jesús Vidales de Ramírez en contra del Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá. A su vez, y con el fin de que el juzgado accionado adopte una decisión con base en las consideraciones de esta sentencia, se dejará sin efectos la sentencia del 30 de agosto de 2024 adoptada por el mencionado juzgado, mediante la que confirmó íntegramente la sentencia proferida el 16 de febrero de 2022 por la Delegatura para Asuntos Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO. REVOCAR la Sentencia proferida por la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia, del 24 de octubre de 2024, así como la providencia dictada por la Sala de Decisión Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, del 12 de septiembre de 2024, que denegaron el amparo solicitado dentro de la tutela promovida por María de Jesús Vidales de Ramírez en contra del Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá. En su lugar, **TUTELAR** los derechos fundamentales a la igualdad, al debido proceso y a la vivienda digna.

SEGUNDO. En consecuencia, **DEJAR SIN EFECTOS** la Sentencia del 30 de agosto de 2024, proferida en segunda instancia por el Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá en el marco del proceso protección al consumidor, previsto en el artículo 56 de la Ley 1480 de 2011, en contra de la compañía Colmena Seguros de Vida S.A., y **ORDENAR** al Juzgado 032 Civil del Circuito de Bogotá que, en el término de diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de esta decisión, adopte una nueva sentencia en la que deberá tener en cuenta lo establecido en la parte motiva de este pronunciamiento.

TERCERO. LIBRAR las comunicaciones por Secretaría General de la Corte Constitucional y **DISPONER** las notificaciones a las partes -a través del Juez de tutela de instancia-, previstas en el artículo 36 del Decreto Ley 2591 de 1991.

Comuníquese y cúmplase,

DIANA FAJARDO RIVERA

Magistrada

VLADIMIR FERNÁNDEZ ANDRADE

Magistrado

Aclaración de voto

JORGE ENRIQUE IBÁÑEZ NAJAR

Magistrado

Con salvamento de voto

ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ

Secretaria General