TEMA: PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO – No se hizo ningún condicionamiento para la procedencia del derecho, ni se señaló expresamente que para acceder al seguro, debe sujetarse a los términos y condiciones del contrato de póliza, ni se registran las exclusiones que la aseguradora, de manera que al no estar previstos en el artículo 12 del Estatuto de Personal de Comfama los condicionamientos definidos en la póliza, permiten concluir que el contrato de seguro suscrito entre Comfama y Metlife no obliga a la demandante, de manera que la prerrogativa descrita en el Estatuto de Personal, vinculó única y exclusivamente a la trabajadora y a su ex empleador, y por tanto es Comfama el obligado a asumir el reconocimiento y pago del seguro de vida de la demandante. /

HECHOS: La señora (NEYÁ) demanda contra Comfama y Metlife Seguros de Vida S.A. pretendiendo que se declare, que es beneficiaria de la indemnización por invalidez contenida en el artículo 12 del Estatuto de Personal de Comfama; que entre Comfama y Metlife, se celebró contrato de seguro para amparar la prestación social extralegal del artículo 12 del Estatuto Personal de Comfama en caso de invalidez total permanente, declarada estando en servicio del empleador; que se condene a Metlife. al pago de la prestación social consagrada en dicho Estatuto. El Juzgado Séptimo Laboral del Circuito de Medellín, declaró que la demandante tiene derecho al beneficio extralegal; absolvió a Comfama tanto de las pretensiones de indemnización de daños y perjuicios, como de la sanción moratoria; absolvió a Metlife declarando probadas las excepciones de ausencia de riesgo asegurado y ausencia de la obligación de indemnizar, y no probadas las excepciones formuladas por Comfama. El problema jurídico para resolver es, si a la señora (NEYA) le asiste derecho a percibir el seguro de vida previsto en el artículo 12 del Estatuto de Personal de Comfama, definiendo a cuál de las demandadas le corresponde su reconocimiento y pago; cuál es la fecha para definir su pago; y si es procedente la indemnización del artículo 65 del CST respecto de prestación extralegal.

TESIS: (…) el 30 de octubre de 2013, Protección S.A. reconoció a la demandante pensión de invalidez, a partir del 15 de julio de 2003. La demandante presentó renuncia a Comfama a partir del 14 de noviembre de 2013. El 22 de abril de 2014, la demandante solicitó a Comfama el reconocimiento y pago del seguro convencional por su estado de invalidez. (…) La entidad indica que el beneficio extralegal consagrado en el estatuto personal de Comfama en favor de sus trabajadores consiste en la inclusión de éstos en una póliza de vida grupo durante la vigencia de la relación laboral con la Caja, y las condiciones de asegurabilidad están sujetas a los requisitos y exclusiones previstos en el contrato de seguro y en el código de comercio, por lo que cualquier reclamación relativa al contrato debe hacerse ante la respectiva aseguradora. (…) Se verifica entonces, que el capítulo IV del estatuto personal, denominado “pólizas”, prevé en su artículo 12, el seguro deprecado por la actora, y tiene el siguiente tenor literal: Beneficiarios: grupo familiar básico del trabajador que fallece o que es declarado inválido. Requisitos: Que el trabajador al momento de fallecer o de ser declarado inválido por la entidad de seguridad social competente, esté al servicio de COMFAMA. (…) Mediante documento de endoso, se pactó en la vigencia de la referida póliza con fecha del 31 de julio de 2002 al 31 de julio de 2003, cuya entidad asegurada es Comfama e incluye como personal asegurado a los empleados al servicio activo del tomador, menores de 70 años con permanencia hasta los 75 años. Exclusiones: Cualquier enfermedad o patología y/o lesiones que se hayan manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de iniciación de la cobertura individual declara o no, de acuerdo con el artículo 1073 del código de comercio. Requisitos de Asegurabilidad: Toda persona debe presentar los requisitos de asegurabilidad que le señale la Compañía, contestando en forma diligente y sincera el cuestionario propuesto por la Compañía. (…) Metlife objetó la reclamación del seguro de la demandante, argumentando que la causa que generó el estado de incapacidad total y permanente de la asegurada tiene como fundamento patologías preexistentes manifestadas y diagnosticadas antes de la vinculación de ella como asegurada bajo la póliza de vida grupo, y además

la causa preexistente fue una condición pactada en el contrato de seguro como excluyente de responsabilidad de la compañía al momento de aceptar el riesgo asegurable. (…) Tales objeciones, sin ahondar en el análisis de si son acertadas o no, se advierten por lo menos ajustadas a los términos del contrato suscrito entre Comfama y el Metlife, resulta, de cara a las condiciones y exclusiones específicas previstas para el reconocimiento de los riesgos objeto de amparo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1073 del Código de Comercio, y cuyos requisitos, si eran de conocimiento del empleador como tomador del seguro, pero que en forma alguna pueden hacerse oponibles a la hoy demandante, quien no conoció de tales condicionamientos para ser acreedora de la prerrogativa hoy reclamada, pues no puede pasar por inadvertido la Sala que, del contenido del seguro de vida previsto en el artículo 12 del Estatuto del Personal, se desprende como único requisito que "el trabajador al momento de fallecer o de ser declarado inválido por la entidad de seguridad social competente, esté al servicio de COMFAMA", condición satisfecha por la demandante. (…) Aun cuando se estableció que "Las pólizas serán contratadas por COMFAMA con una compañía de seguros de manera que garanticen el cubrimiento del seguro de vida de sus trabajadores.", lo cierto es que no se hace ningún condicionamiento para la procedencia del derecho, ni se señala expresamente que para acceder al seguro, debe sujetarse a los términos y condiciones del contrato de póliza, ni se registran las exclusiones que la aseguradora previó, de manera que al no estar previstos en el artículo 12 del Estatuto de Personal de Comfama los condicionamientos definidos en la póliza, en ejercicio de una interpretación hermenéutica de dicho articulado, permiten concluir que el contrato de seguro suscrito entre Comfama y Metlife no obliga a la demandante, de manera que la prerrogativa descrita en el Estatuto de Personal, vinculó única y exclusivamente a la trabajadora y a su ex empleador, y por tanto es Comfama el obligado a asumir el reconocimiento y pago del seguro de vida de la demandante por haber acaecido invalidez total permanente. (…) en este caso no se demostró que se hubiere sometido a la actora a un examen médico, ni exigido formulario alguno de asegurabilidad; además, Comfama como parte contratante de dicho seguro y por tanto conocedor de ese requisito, al suscribir la póliza no diligenció formularios de asegurabilidad respecto de los miembros del grupo asegurado, como lo confesó la representante legal de la entidad en su interrogatorio de parte, precisando que la aseguradora nunca se los exigía. La redacción del derecho primigenio derivado del artículo 12, no vinculó de forma clara y expresa a las condiciones del eventual contrato de seguro, de manera que al no ser aplicable el referido contrato para resolver la presente controversia, resulta inane realizar apreciaciones en torno a ello, ni si la enfermedad que derivó en la invalidez de la demandante es anterior o no a la vigencia del contrato de seguro, sobre lo cual es menester resaltar como hizo la juez de instancia, que no obra en el plenario la vigencia del seguro para el año 2013, en que se valoró la PCL de la demandante, pese a que la juez de instancia decretó las pruebas pertinentes tendientes a esclarecerlo. Por las razones expuestas, se confirmará en este punto la sentencia de instancia conocida en apelación. (…) La Sala encuentra acertada la fecha de emisión del dictamen de PCL para verificar los requisitos y los salarios con el fin de cuantificar el derecho, y no el de la FE, pues solo es a partir de la declaratoria de invalidez por parte la JRCIA mediante del dictamen del 24 de mayo de 2013, fue que surgió en su favor el derecho a reclamar el respectivo seguro. (…) Se tiene que el seguro de vida acá reconocido tiene carácter extralegal y no se previó de forma explícita que constituyera salario, en tal sentido, al no ser considerado como salario, ni prestación legal, que son los conceptos previstos por ley sobre los cuales aplica la indemnización del artículo 65, no se permite una aplicación directa, y menos extensiva de esta disposición para la prestación extralegal. (…)

MP: MARÍA PATRICIA YEPES GARCÍA
FECHA: 29/11/2024
PROVIDENCIA: SENTENCIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SALA SEXTA DE DECISIÓN LABORAL

Medellín, veintinueve (29) de noviembre de dos mil veinticuatro (2024)

Demandante	Nora Elena Yepes Álvarez
Demandada	Comfama y Metlife Colombia Seguros de Vida S.A.
Origen	Juzgado Séptimo Laboral del Circuito de Medellín
Radicado	05001310500720150051802
Temas	Seguro de vida extralegal
Conocimiento	Apelación
Asunto	Sentencia de segunda instancia

La Sala Sexta de decisión Laboral, integrada por los Magistrados ANA MARÍA ZAPATA PÉREZ, HUGO JAVIER SALCEDO OVIEDO y la Ponente MARÍA PATRICIA YEPES GARCÍA, al tenor de lo dispuesto en el numeral 1° del art. 13 de la Ley 2213 de 2022 se constituye en audiencia para proferir sentencia escrita, dentro del proceso ordinario laboral referenciado.

I. ANTECEDENTES

Hechos y pretensiones de la demanda[1]

La señora Nora Elena Yepes Álvarez presenta demanda contra Comfama y Metlife Seguros de Vida S.A. formulando como pretensiones principales se declare: **i)** que es beneficiaria de la indemnización por invalidez contenida en el artículo 12 del Estatuto de Personal de Comfama; **ii)** que entre Comfama y Metlife Colombia Seguros de Vida S.A., se celebró contrato de seguro para amparar la prestación social extralegal del artículo 12 del Estatuto Personal de Comfama en caso de invalidez total permanente, declarada estando en servicio del empleador. Como consecuencia de lo anterior, pide **se condene a Metlife Colombia Seguros de Vida S.A. al pago de iii)** la prestación social consagrada en el artículo 12 del Estatuto de Personal Comfama equivalente a **$188.971.200**; **iv)** los **intereses de mora** a la tasa máxima autorizada por ley sobre las sumas totales a indemnizar, incluidos gastos para la demostración del siniestro, aplicados desde la fecha en la cual se debió proceder al pago, es decir, un mes tras

[1] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 223/239 demanda subsanada

recibir la reclamación por Comfama, esto es, el 16 de diciembre de 2013, u otra fecha anterior en que se haya demostrado la ocurrencia del siniestro y su cuantía, hasta la fecha en que se efectúe el pago, según el artículo 1080 del Código de Comercio, y normas concordantes, o **en subsidio** de estos **v)** la **indemnización de perjuicios patrimoniales**, en caso que sea mayor, a cargo de la aseguradora; así como **vi)** los **perjuicios morales** causados por Metlife por el no pago oportuno.

Pide además, que en caso de que la aseguradora pague el valor de la prestación social extralegal reclamada como amparada bajo el seguro, más no los intereses de mora o la indemnización subsidiaria, porque no le corresponda, o en caso de que solo lo haga a partir del mes siguiente al momento en que Comfama presentó la reclamación tardía o incompleta, se condene a Comfama a **vii)** al pago de la indemnización moratoria de que trata el artículo 65 del CST, la cual deberá cubrir todo el tiempo durante el cual debió gozar de la prestación extralegal, sin que se le hayan reconocido intereses de mora por la Aseguradora, imputable a la reclamación tardía y/o defectuosa en los trámites por parte de Comfama, y en consecuencia **viii)** al pago de la indemnización por perjuicios morales. Finalmente pide se condene a las demandadas al pago de **ix)** costas y agencias en derecho.

De forma subsidiaria a la pretensión iii) en caso de comprobarse que el pago de la prestación no está a cargo de Metlife, pide **se condene a Comfama x)** al pago de la prestación del artículo 12 del Estatuto Personal de Comfama. **Y en subsidio a las pretensiones iv), v) y vi)**, solicita se condene a **xi)** Comfama al pago de la reparación o indemnización integral de perjuicios causadas, teniendo en cuenta para el cálculo, la indemnización consagrada en el artículo 65 del CST, además de la indemnización por daño moral causado por el no pago injustificado de la prestación, y cualquier otro perjuicio patrimonial o extramatrimonial que se demuestre. Y como consecuencia de estas pretensiones subsidiarias, se condene a Comfama **xii)** al pago de las costas procesales.

Finalmente, como **pretensión especial frente a Metlife**, pide conforme al artículo 1081 del Código de Comercio y la Sentencia 5360 de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, se declare la prescripción de cualquier acción o derecho de Metlife a oponer la nulidad relativa del contrato invocado con relación a la demandante, al igual que cualquier otra defensa que debió oponer máximo dentro de los 5 años siguientes al contrato inicial con Comfama que incluya a la demandante.

Fundamentó sus peticiones en que laboró al servicio de Comfama por más de 15 años, mediante varios contratos laborales, hasta el 15 de noviembre de 2013, en el cual devengó como último salario básico la suma de $3’936.900. El 24 de mayo de

2013 la Junta Regional de Invalidez de Antioquia –(JRCIA) calificó su pérdida de capacidad laboral (PCL) en un 68.74% con fecha de estructuración (FE) el 15 de julio de 2003, por el diagnóstico de catarata complicada, glaucoma secundario a trastorno del ojo, hipertensión esencial primaria, por lo cual el 14 de noviembre de 2013 le fue reconocida pensión de invalidez por parte de Protección S.A., y en virtud de tal reconocimiento, presentó renuncia a su cargo en Comfama a partir del 15 de noviembre de 2013.

Señala que el artículo 12 del Estatuto Personal Comfama, beneficios extralegales describe un seguro de vida para los casos en que se declare inválido al trabajador que este al servicio de la entidad, el cual, según copia del año 2015, asciende a 24 meses de salario básico, no obstante, el valor vigente al momento de su retiro era de 48 meses de salario básico.

Señala que, al momento de ser declarado su estado de invalidez, Comfama tenía contratado un seguro de vida con amparo de invalidez con Metlife Colombia Seguros de Vida S.A., identificado como Póliza N° 02001625, denominada Póliza Vida Grupo código 150999-1413-P-26-VG 001, expedida por AIG, posteriormente ALICO hoy Metlife, y según certificación expedida por esta última el 22 de octubre de 2014, se deja constancia que estuvo afiliada como cliente de Comfama desde el 29 de junio de 1999 hasta el 1° de agosto de 2003, bajo póliza de vida grupo 20011625-1177, cuyo valor para amparo de incapacidad total o permanente es de $106’482.384. No obstante, la demandante afirma que el certificado no coincide con la póliza allegada, que es la misma en su numeración en ambos documentos, siendo la póliza lo que debió ampararla, pues el certificado no es correcto, además de ello, no se conoce si estuvo asegurada en otra póliza con la misma y otra aseguradora, pero advierte que debió estar asegurada por Comfama en la referida póliza, hasta el momento de su renuncia, esto es, 15 de noviembre de 2013.

Niega haber sido cliente de Metlife y que nunca tuvo negocios con dicha aseguradora, por lo que debió tener la calidad de asegurada, pues la cliente ha sido Comfama como contratante del seguro para un tercero, en este caso, su grupo de empleados. Además, en respuestas a las solicitudes del pago de la prestación a Comfama, esta ha indicado que asegura a sus empleados durante la vigencia de la relación laboral con la Caja.

Sabe que la aseguradora objetó el pago del siniestro a Comfama, argumentando que la enfermedad que derivó en la PCL, preexistía al contrato, tal y como aparece en carta del 20 de mayo de 2014 emitida por Metlife, donde afirma que es inoponible a ella como ex trabajadora, toda la gestión del seguro, la contratación, su operatividad

y reclamaciones fueron manejadas por Comfama, sin injerencia alguna de la empleada. Advierte que tanto el certificado expedido por Metlife y su carta de objeción, no coinciden con lo afirmado por Comfama, ni con lo consagrado en el Estatuto de Personal, tampoco los documentos de Metlife con el contenido en su propio seguro.

Ha radicado múltiples peticiones solicitando a Comfama el reconocimiento de lo deprecado en la demanda a través de escritos: i) del 9 de mayo de 2014, al cual informaron haber iniciado las gestiones pertinentes; ii) del 1 de agosto de 2014, a la cual informaron que el seguro de vida no fue establecido como prestación social o beneficio extralegal, por lo que se niega la solicitud; iii) del 13 de agosto de 2014 por el cual se solicitó copia de los trámites internos y externos respecto de la reclamación ante la aseguradora en torno a la póliza de vida grupo, a lo cual se respondió que debía solicitar tal documentación ante Metlife; iv) del 23 de octubre de 2014, se informa de la consecución de la copia de póliza con el corredor de seguros, con sus respectivas condiciones.

Señala que Metlife nunca envió la carta de objeción a la asegurada como si lo hizo Comfama, sin que conozca en qué fecha fue, solo se tuvo conocimiento de ella, en virtud de una copia recibida por Comfama.

Manifiesta que ha sufrido perjuicios económicos y morales, por el trato brindado por Comfama y la aseguradora.

Oposición a las pretensiones de la demanda

i) Metlife Colombia Seguros de Vida S.A.[2]: se opuso a las pretensiones de la demanda, argumentando que incumbe a la pretensora la carga de demostrar la calidad de asegurada, la configuración del siniestro, su estado de invalidez, la cobertura del contrato de seguro y que no se encuentra excluido; así, en el presente caso la demandante no tenía calidad de asegurada, por lo que el riesgo no fue trasladado, ni asumido por el ente asegurador, pues no existe contrato de seguro que ampare a la demandante, y por tanto, sus pretensiones no deben prosperar. Ahora, advierte que debe resolver el juez si es competente o no para resolver el presente asunto, pues las pretensiones están en caminadas a resolver una controversia derivada de un contrato de seguro, conflicto que necesariamente debe tramitarse ante un juez civil y no un juez laboral.

[2] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág.282/292

Formuló **excepción previa de falta de competencia** y de fondo o mérito las de: ausencia de riesgo asegurado, prescripción extintiva de los derechos del asegurado, nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia, ausencia de cobertura - limitación del riesgo asumido por el asegurador, ausencia de prueba de la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida e inexistencia de la obligación de indemnizar.

ii) Comfama[3]: Aceptó que la demandante si es beneficiaria de la indemnización por invalidez, pero a cargo de la aseguradora codemandada, pues el objeto social de la Caja de Compensación, no incluye legalmente la de funcionar como aseguradora, por ello, actúa como tomador de un seguro de vida con anexo de invalidez permanente, afilió a la demandante, pagó las primas de la póliza durante décadas y envió a la aseguradora los documentos de ésta, que se encontraban en la hoja de vida para facilitar el reconocimiento de la indemnización. Aclaró que la entidad no asumió en el Estatuto de Personal la obligación de pagar un seguro de vida o indemnización por invalidez permanente, se comprometió a afiliar a sus empleados, a una póliza mediante una compañía aseguradora legalmente habilitada para manejar tales aseguramientos; así, lo estipulado en el artículo 12 del ibidem, no es una prestación social definida y cierta a cargo de Comfama, es un beneficio extralegal, condicionado a la cobertura y condiciones de la póliza, de manera que las pretensiones subsidiarias de la principal iii), no tiene fundamento legal. Advierte además que en ningún momento la aseguradora practicó exámenes médicos a empleado alguno de Comfama, ni les remitió formulario o formato para que ellos manifestaran sus condiciones de salud, ni en las renovaciones sucesivas de la póliza, la aseguradora concretó o especificó las supuestas preexistencias de ningún empleado de Comfama, por ello, la demandante nunca dio su consentimiento informado para que fuera excluida de la póliza de vida e invalidez permanente, no se le requirió para exámenes médicos, ni se le exigió certificado de asegurabilidad, ni se le pidió autorización para consultar su historia clínica, por consiguiente no hubo reticencia alguna de la asegurada, nunca se presentó o comunicó exigencia o condición alguna por parte de la aseguradora, en tal sentido, Comfama ni la asegurada, tenían por qué saber, que se requería algún documento, trámite o examen para que fuese plena la afiliación de la actora en la póliza.

Finalmente, niega ser responsable de los supuestos daños y perjuicios, además de que incurre en indebida acumulación de pretensiones, y de mezclar pretensiones reguladas en el derecho laboral con reclamaciones que son de competencia del juez civil.

---

[3] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág.311/360

Excepcionó: inexistencia de la obligación de pagar indemnización por invalidez permanente a favor de la demandante por parte de Comfama, precedentes jurisprudenciales sobre la carga de la prueba en materia de preexistencias a cargo de las aseguradoras, buena fe y pago.

La juez de instancia, en audiencia de que trata el artículo 77 del CPTSS[4], declaró no probada la excepción previa de falta de competencia, decisión confirmada por esta Sala de Decisión Laboral[5].

Sentencia de primera instancia[6]

El 7 de julio de 2017, el Juzgado Séptimo Laboral del Circuito de Medellín, declaró que la demandante tiene derecho al beneficio extra legal previsto en el artículo 12 del Estatuto Personal de Comfama, a quien **condenó** a reconocer **$94'485.600**, suma que deberá ser indexada, tomando como IPC inicial, la fecha del dictamen que declara la invalidez de la demandante y el IPC final la fecha de pago. Absolvió a Comfama tanto de las pretensiones de indemnización de daños y perjuicios, como de la sanción moratoria del artículo 65 del CST. **Absolvió a Metlife** de las pretensiones formuladas en su contra por la actora, declarando probadas las excepciones de ausencia de riesgo asegurado y ausencia de la obligación de indemnizar, y no probadas las excepciones formuladas por Comfama. Condenó en costas a Comfama, cuyas agencias en derecho fijó en la suma de $10'000.000 en favor de la demandante y en favor de Metlife en la suma de $1'000.000

En primer lugar, para fundamentar su decisión, la juez de instancia, tuvo como acreditados los siguientes hechos: **i)** la existencia de la relación laboral de la demandante con Comfama, que se rigió por 3 contratos de trabajo, y que finalizó el 14 de noviembre de 2014; **ii)** el estado de invalidez de la actora que fue calificado por la JRCIA entidad competente, con un 68.74%, con FE del 15 de julio de 2003; **iii)** la existencia del Estatuto de Personal que rige las relaciones laborales de Comfama; **iv)** la suscripción de la póliza de seguros de vida colectivo N°2001625 con la aseguradora AyG Vida.

Con lo anterior, indicó que el Estatuto de Personal reconoce unos beneficios de forma unilateral en favor de los trabajadores de Comfama, y cuya vigencia corresponde al

---

[4] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 425/426 y 03AudienciaConciliacion0720150518.ASF pág. 7:00 a 36:06

[5] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 441/442 y 04AudienciaTribunalResuelveApelacion0720150518.mp3

[6] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 778/780 y 06AudienciaTramiteyJuzgamientoArt80Cptss0720150518.mp3 min: 2:21:13 a

estatuto de 21 de noviembre de 1985, el cual no ha sido modificado o derogado por nuevos estatutos, según lo certificó la entidad.

Precisó que en este caso se presentan dos situaciones jurídicas, la primera, nace del Estatuto de Personal que genera obligaciones del empleador respecto de sus trabajadores, y la segunda, es una relación de carácter comercial derivada del contrato de seguro colectivo de vida, mediante el cual el empleador busca garantizar los beneficios extralegales reconocidos en relación con una prestación específica, como lo es el denominado seguro de vida, previsto en el artículo 12 del referido Estatuto de Personal. Advirtió que de las obligaciones derivadas del contrato laboral, solo hacen parte el trabajador y el empleador, así, en principio el reconocimiento de prestaciones está radicada en el empleador, quien en la autonomía de la voluntad, decidió generar reconocimientos de beneficios a los trabajadores; mientras que en el contrato comercial son parte el Asegurador y el tomador que es la persona que contrata el seguro para amparar el riesgo, y en contraprestación paga la prima del contrato, así según voces del artículo 317 del Código de Comercio, ello es así, con independencia de que el tomador sea también el asegurado o lo tome en favor de otras personas, de manera que la demandante tampoco es parte de este contrato comercial; por tal razón, de la primera relación jurídica, enfatizó que la aseguradora no tiene injerencia alguna, por lo cual excluyó que la aseguradora, en este caso Metlife, tenga la obligación directa de pagar la indemnización del artículo 12, pues la aseguradora solo se obliga en los términos del contrato respecto del tomador, amparando el riesgo frente al grupo asegurado que corresponde a los trabajadores con relación laboral vigente de Comfama.

Así, advirtió que el beneficio contenido el artículo 12 del Estatuto Personal de Comfama, aunque no es claro en su redacción, puede desprenderse que está consagrado en favor del trabajador cuando es declarado su estado de invalidez permanente por parte de entidad competente, cuya cuantía es de 24 meses de salario básico, con el requisito de estar activo laboralmente al momento de ser declarado su estado de invalidez. Con ello, indicó que la demandante cumple con los requisitos allí previstos, y sin que exista otro condicionamiento para otorgar el beneficio, le asiste derecho a su reconocimiento a cargo del empleador. Consideró que el salario básico para determinar el valor a pagar por indemnización era de $3’936.900, devengado en el año 2013 cuando se emitió el dictamen que declaró su estado de invalidez.

Ahora, dicho estatuto en sus observaciones, prevé que Comfama debe adquirir una póliza de seguro que garantice el cumplimiento de ese beneficio extralegal, que en este caso se suscribió con la aseguradora AyG Seguros de Vida, hoy Metlife bajo póliza N°21625, donde se ampara al tomador Comfama y en beneficio de los

trabajadores, el cual contiene un anexo denominado “amparo opcional de incapacidad total y permanente”, por el cual se cubre la incapacidad siempre que haya asistido a un periodo continuo no menor a 150 días continuos y que no haya sido provocada por el asegurado, “sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal, la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o ambos pies (…)”. Advirtió que los términos que se usan en la póliza de incapacidad total y permanente o incapacidad total y permanente con pérdida, refieren al uso propio del contrato comercial, y no tienen referente legal, pues las normas que regulan la PCL en el Sistema de Seguridad Social de pensiones y de riesgos laborales, establecen al concepto de incapacidad temporal que corresponde al subsidio de incapacidad, incapacidad permanente parcial e invalidez, interpretando que a esta última refiere la póliza.

Con ello advirtió que no existe uniformidad (conexidad) entre el artículo 12 y el amparo que cubre la póliza, pues en parte alguna refiere a dicha norma extralegal contenida en el Estatuto de Personal de Comfama, siendo un contrato totalmente independiente. Y dentro de los términos del referido contrato de seguro se consagran exclusiones de la cláusula segunda, al exigirse para el reconocimiento del seguro que **i)** el estado de incapacidad permanente total debe ser ocasionada y haberse manifestado estando vinculado el asegurado en vigencia del anexo, y **ii)** se excluyen las patologías que se hayan manifestado, diagnosticado o tratado antes de la fecha de iniciación de la cobertura.

Interpreta la A Quo que la actora si tenía patologías diagnosticadas con anterioridad a la vigencia de la póliza, que es el 28 de julio de 1999, lo que implica que estaba excluida del amparo y que no se presentaría en los términos de la definición del anexo opcional, ello por cuanto según los dictámenes de PCL obrantes en el plenario y lo confesado por la actora respecto al diagnóstico de cataratas congénitas que padece desde su nacimiento y la pérdida de visión del ojo izquierdo desde los 22 años de edad; y tampoco se da una incapacidad de 150 días.

Y en una interpretación más amplia, tras precisar que, para efectos de determinar el estado de incapacidad permanente total, en el marco de contrato de seguros, se acude a la fecha de calificación a la demandante, y no a cuando se estructura su merma de capacidad laboral, tal y como han advertido la Corte Constitucional y la Superintendencia Financiera bajo Rad. 20141167 del 11 de septiembre de 2015, en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales, de ahí que tampoco se cumpliera el requisito, pues la calificación del estado de invalidez de la actora fue en el año 2013 cuando ya había expirado la póliza, año del cual no se cuenta con copia de la póliza por no haberla allegado la demandada.

Desestimó la pretensión de perjuicios deprecados, por no haberse acreditado afectación económica o moral derivada de la omisión de reconocimiento de la prestación. En igual sentido, negó la indemnización moratoria del artículo 65 del CST, considerando que esta tiene una aplicación restringida por tratarse de sanción, y no puede extenderse al beneficio extralegal.

Recursos de apelación:

i) Demandante: solicitó se revoque la absolución de la indemnización moratoria del artículo 65 del CST, en virtud de un criterio interpretativo que permite concluir en su procedencia, de un lado, porque la norma hace referencia a prestaciones sociales, más no distingue entre prestaciones legales y extra legales, por lo cual debe entenderse que unas y otras quedan comprendidas dentro de la misma; de otro lado, por cuanto históricamente, el seguro de vida y el seguro de invalidez han sido reconocidos históricamente por la legislación nacional como verdaderas prestaciones sociales, así lo evidencian tanto las normas del sector público, como las del CST aplicables antes que el ISS asumiera los riesgos de vejez e invalidez y en ese momento los beneficios que se reconocieran por esos hechos eran prestaciones sociales; de ahí, que cuando Comfama consagró en el artículo 12 del Estatuto de Personal un seguro de vida por invalidez o muerte, eso corresponde a verdaderas prestaciones sociales, que tienen como causa el contrato de trabajo, de ahí la exigencia de vinculación del trabajador a la entidad para efectos de que se pueda causar la prestación.

Adicionalmente, como refirió la A Quo, en este caso, no era necesario analizar el elemento subjetivo como presupuesto para imponer la sanción moratoria, pero superado lo anterior, corresponde al superior jerárquico analizar si la conducta de Comfama es coherente o no con el postulado de la buena fe, dada la falta de justificación de Comfama para aportar la póliza que cubría el riesgo en la fecha en que fue calificada la PCL de la demandante, y que por la conducta evasiva de la demandada, a pesar de los esfuerzos del juzgado no fue posible recaudar tal información, por ello, resalta que la buena fe implica seriedad, transparencia, lealtad y en el ámbito de un litigio significa aportar la información requerida hecho que no ocurrió, con lo que estima cumplido el criterio subjetivo para el pago de la pretensión.

ii) Comfama: recurrió la sentencia respecto de todas las condenas impuestas bajo los siguientes argumentos:

a) Desconoce la juez de instancia, cuál era la obligación asumida por Comfama, toda vez que el artículo 12 del Estatuto de personal, textualmente remite a la obligación

puntual de contratar una póliza para asegurar el cumplimiento del seguro de vida de los trabajadores, de ahí que no pueda separarse del análisis de los requisitos, el aparte final del articulado, que contiene esa condición especial, aspecto que siempre ha sido interpretado de buena fe por Comfama, como una obligación ligada necesariamente a la contratación de una póliza seguro de vida.

b) Advierte que el beneficio reclamado es una prestación extralegal que Comfama siempre ha cumplido rigurosamente en 2 aspectos; **i)** siempre ha contratado pólizas, nunca ha asumido el seguro de sus trabajadores, cuyas primas siempre ha pagado; y **ii)** Comfama no contempla en ese artículo el pago de un auxilio de 24 meses simplemente en caso de invalidez, porque primero lo remite al concepto de invalidez propio de la seguridad social, sino que establece la intervención de una aseguradora, cuyas condiciones de asegurabilidad son del resorte de la aseguradora y no de Comfama.

En virtud de ello, la actora al demandar a Comfama y Metlife, entendió que esta última era la aseguradora en el momento en que se estructuró por la JRCIA su estado de invalidez con FE del año 2003, cuando estaba vigente la póliza.

c) Se aparta de lo considerado por la A Quo, en torno a que las relaciones de póliza únicamente cobijan a Comfama como tomador y a la aseguradora, pues la línea jurisprudencial de la Sala Laboral de la CSJ, ha establecido que cuando se contrata un seguro de vida en razón de la relación laboral, es el juez laboral el competente para establecer las obligaciones de la aseguradora, al estar inmerso ese vínculo laboral.

d) Afirma que, la FE es la determinante para establecer desde cuándo se reconoce la pensión de invalidez, por ello, desde la demanda y la respuesta de Comfama se centró en el debate de la fecha de merma de la capacidad laboral, como fecha en la que se establece el siniestro, y que en este caso data del año 2003, momento para el cual estaba vigente la póliza y por ello, cualquier indemnización debe derivar de tal fecha.

e) Sobre la póliza, resalta debe revisarse la condición quinta que dice “toda persona debe de presentar los requisitos de asegurabilidad que le señale la compañía, contestando en forma diligente y sincera el cuestionario propuesto por la compañía”, de lo cual se deriva que no es una obligación de Comfama establecer la asegurabilidad, es una competencia de la aseguradora y, además, la aseguradora no sometió a la demandante en ningún momento a un examen médico ni le pido llenar algún formulario de asegurabilidad, lo cual no se analizó por la juez de instancia,

exonerando fácilmente a la aseguradora, cuando es claro que ella incumplió un requisito fundamental contraído y que hace parte esencial del contrato.

Sobre este punto, citó la sentencia proferida por la Sala Civil del 16 octubre 2007 con Ponencia del Magistrado Germán Alonso Flórez Hincapié (no indicó radicado del proceso), donde se analizó el caso de un beneficiario que omitió información en la declaración, -a diferencia del presente que no existe declaración alguna-, donde se advirtió: "no obra de buena fe la compañía aseguradora que celebra un contrato y recauda el valor de la prima y que solo al momento de acaecer el siniestro y ante el reclamo del pago de las sumas aseguradas, saca a relucir una presunta reticencia del asegurado con la única finalidad de que se declare a su favor la nulidad relativa del contrato", esta teoría de la nulidad relativa del contrato, fue expuesta por primera vez por el deponente de la aseguradora en el interrogatorio de parte, aunado a que la tesis de las respuestas de la compañía a Comfama y a la demandante al negar la indemnización, se centró en una preexistencia, punto sobre el cual las Altas Cortes han definido de forma pacífica el concepto de preexistencias, como en **Sentencia T437 de 2014** donde se indicó: "(…) si las aseguradoras no adelantan ninguna actuación tendiente a descartar preexistencias que impidan el aseguramiento del riesgo que ofrecen cubrir, no pueden luego negarse a hacerlo, con el pretexto de que el tomador les ocultó dicha circunstancias, en los casos aquí analizados la sala determinó que no es a los tomadores en quien recae la carga de la prueba para descartar la presencia de preexistencias", de ahí que los argumentos expuestos en el año 2013 y 2014 por la aseguradora, al resolver las solicitudes de la activa y Comfama, derivan en disculpas.

f) Considera que erró la juez en su apreciación, al separar el concepto de invalidez que estructuró la JRCI del concepto de pérdida total o permanente para trabajar y del concepto ambiguo contenido en la póliza, el cual tomó la aseguradora para negar su responsabilidad, porque no había existido una pérdida <u>total e irreversible o irreparable</u> de la capacidad visual de la actora. Al respecto, enfatiza que, el dictamen de PCL de la actora no fue objetado por ninguna de las partes, refiere claramente a la pérdida gradual de la agudeza visual, que se consolidó con el pasar de los años, no se estaba frente a un hecho imprevisto, ni una ceguera que existiera desde la niñez, tal como lo relacionan SURA y la JRCIA en sus dictámenes, la actora fue perdiendo la capacidad visual con el pasar de los años, por ende, el concepto de pérdida total de la visión y el de invalidez total y permanente, son términos equivalentes, y lo contratado por Comfama es lo establecido en el estatuto, así cuando la aseguradora refiere a pérdida total e irreparable de la visión, dicho término coincide con el dictamen de PCL por invalidez permanente, independientemente del lenguaje usado, de esa situación de discapacidad es evidente la PCL lo cual le impide a la demandante un empleo

remunerado, más en ningún momento la póliza exige una pérdida del 100% de la visión.

g) Afirma, respecto de lo apelado por el demandante para obtener el reconocimiento de la mora del artículo 65 del CST, que lo pretendido es un beneficio extra legal no derivado de la prestación del servicio, si no del estado de invalidez que impide a la actora trabajar, y tal y como señala la Ley 50 de 1990 el concepto de salario gira alrededor de una retribución directa del servicio, por ende, la indemnización del artículo 12, no puede equipararse a salario.

h) Finalmente, afirma que Comfama nunca adquirió la obligación de reportar enfermedades, novedades o cambios en la salud de sus empleados, afiliados a la referida póliza, por ello, la entidad obró de buena fe y pagó sus primas, no pudiendo endilgársele obligaciones de reportes o de asegurabilidad que son exclusivas de la aseguradora.

Alegatos de conclusión en segunda instancia

Surtido el traslado para alegar de conclusión en esta sede, ambas partes lo descorrieron de forma oportuna, así:

i) Comfama[7]: Solicita se revoque la sentencia de instancia y se tenga de presente que es una entidad sin ánimo de lucro encargada de atender las contingencias propias del Sistema de Subsidio Familiar en beneficio de los trabajadores afiliados con los aportes del 4% provenientes de las nóminas, cuya destinación es exclusivamente social, de ahí que cualquier eventual condena en el proceso, impactaría directamente los recursos destinados a la población afiliada, mientras que la codemandada Metlife, es una de las más importantes aseguradoras a nivel mundial.

De otro lado, reitera que la FE de la invalidez de la actora es la que determina cuáles eran las normas legales aplicables, y por ello, Metlife es quien venía cubriendo para dicho momento, el amparo básico así como el anexo por invalidez total y permanente, debiendo por tanto, examinarse cuáles eran las condiciones de asegurabilidad a esa fecha.

La exclusión que se declaró probada en primera instancia, aplica únicamente para el amparo básico de muerte, según se interpreta de la lectura de la condición primera y las exclusiones que esta prevé, entre las cuales se encuentran la enfermedad o

[7] 02SegundaInstancia; 05AlegatosComfama0720150518.pdf

patologías que se hayan manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de iniciación de la cobertura inicial, no obstante, lo reclamado con la demanda no es el amparo básico, sino el reconocimiento de indemnización por incapacidad permanente la cual no tiene exclusión, sin que sea dable buscar intención distinta a la plasmada en la póliza.

Aun así, si en gracia de discusión se interpretara que la preexistencia estaba excluida, también debe advertirse que las Altas Cortes han establecido que el asegurador no puede objetar la reclamación si no confirmó el estado de salud del beneficiario, lo que reitera no ocurrió en este caso, porque los más de 3.000 trabajadores de Comfama no se les envió el formato de asegurabilidad por parte de la aseguradora, desconociendo la juez de instancia la amplia jurisprudencia que en materia de seguros de vida y pólizas colectivas existe, citando algunas como la SL CSJ con Rad. 38.614 del 26 de junio de 2012 y la T-118 de 2000; adicionalmente, la eventual reticencia que ahora se traduce como nulidad relativa del contrato, debió ser oportunamente probada, de forma que con tal información la seguradora no había celebrado el contrato con los trabajadores de Comfama, prueba que no yace en el plenario.

Afirma que la tesis de la juez de instancia, privilegia el enriquecimiento indebido de Metlife y desconoce el principal y esencial principio de buena fe que rige cualquier póliza de seguros, pues Comfama estuvo pagando muchos años una póliza que no cubría la invalidez del total de sus empleados, sin que la aseguradora haya cancelado el anexo de la invalidez de la póliza de seguro de vida bajo el argumento de no cubrimiento de la prestación tomada por Comfama, ni mucho menos le reintegró a la entidad suma alguna por el supuesto menor valor de la póliza que sostente ahora, solo estaba cubriendo efectivamente el riego de muerte.

La condena a pagar 24 salarios de la demandante, no del 2003 cuando se estructuró su invalidez, sino del momento de la terminación del contrato, es otra incoherencia de la decisión, puesto que desconoció el efecto vinculante, de la FE.

Desconoció la A Quo que, en el contrato de seguro de vida e invalidez, no se estableció responsabilidad a cargo de Comfama de reportar los incidentes o situaciones de salud que conociera de sus empleados, ni al suscribir el contrato de seguros, ni en la prórroga anual de dicho contrato, de ahí que no se configure reticencia.

ii) Demandante[8]: solicita se confirme la sentencia de instancia en cuanto estimó que Comfama debía asumir la prestación por invalidez establecida en el Estatuto de Personal, al no haber trasladado a un tercero (aseguradora), la cabal cobertura del riesgo de invalidez. Y solicitó se revoque la absolución del pago de la indemnización moratoria de que trata el artículo 65 del CST, iterando lo expuesto en su alzada, añadiendo que la interpretación que defiende la activa, no es extensiva, pues no se pretende una aplicación analógica a supuestos de hecho diferentes a los consagrados en el texto legal, se parte de una interpretación literal del texto normativo, que no distingue el tipo de prestación social debida por el empleador para efectos de la causación de la moratoria al finalizar el contrato, pues su finalidad es la de satisfacer todos los derechos de orden salarial y prestacional, sin que exista razón para que se le de un tratamiento diferente a las prestaciones extra legales, que tienen como causa el contrato de trabajo, de tal suerte, al haber obrado de mala fe el empleador, al evadir la responsabilidad que le asistía, debe condenársele por dicho concepto.

iii) Metlife[9]: Solicita se confirme la sentencia de instancia, resaltando que frente a las decisiones que niegan lo pretendido respecto de Metlife, solo interpuso recurso Comfama, de manera que el apelante no tiene interés en recurrir, en razón a que en este proceso no existe relación jurídico procesal entre ambas codemandadas, la pretensión de responsabilidad contractual que buscaba el pago de la prestación asegurada, solo fue formulada por la activa, y que al ser negada y no recurrida por la actora, debe quedar en firme.

Refiere que del contenido del artículo 1054 del Código de Comercio, es claro que no es necesario analizar las estipulaciones de cobertura y de exclusión para concluir que el elemento riesgo no concurre en este caso, pues los antecedentes de salud anteriores a la contratación del seguro son hechos ciertos que no estructuran riesgo asegurable, y que, por tanto, no pueden trasladarse al asegurador. Así, la A Quo conforme a los dictámenes periciales y la confesión obtenida en el interrogatorio de parte, concluyó en la existencia de patologías de la demandante desde antes de su vinculación como asegurada en la póliza de vida grupo 2001625, incluso desde su nacimiento con cataratas congénitas y pérdida de visión del ojo izquierdo desde los 22 años, hechos ciertos que impiden que exista un riesgo asegurado por incapacidad total y permanente.

No se señala en la impugnación, ningún error en el enjuiciamiento ni en el procedimiento que destruya las bases de la sentencia de instancia, ni ataca los

[8] 02SegundaInstancia; 06AlegatosDemandante0720150518.pdf
[9] 02SegundaInstancia; 08AlegatosMetlife0720150518.pdf

medios de prueba que apoyaron la decisión, y al no hacerlo la sentencia debe mantenerse incólume.

II. SON CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL

La competencia de la Sala está dada por los artículos 66, 66A del CPTSS, es decir, por los puntos que fueron objeto de apelación.

Vistos los hechos y pretensiones de la demanda, así como la oposición formulada por las demandadas, interpreta la Sala, que el **problema jurídico** a resolver se circunscribe a determinar: **a)** si a la señora Nora Elena Yepes Álvarez le asiste derecho a percibir el seguro de vida previsto en el artículo 12 del Estatuto de Personal de Comfama, definiendo además a cuál de las demandadas le corresponde su reconocimiento y pago; **b)** cuál es la fecha que deberá tenerse en cuenta para definir su pago. Finalmente, se analizará **c)** si es procedente la indemnización del artículo 65 del CST respecto de prestación extralegal.

La Sala se abstendrá de analizar lo relativo a los perjuicios deprecados con la demanda, pues ellos fueron denegados por la juez de instancia y la parte interesada no recurrió en tal aspecto la decisión.

Hechos relevantes acreditados documentalmente

- La señora Nora Elena Yepes Álvarez, suscribió con Comfama varios contratos de trabajo cuyos extremos temporales fueron del 4 de junio de 1997 al 3 de agosto del mismo año[10]; del 12 de marzo de 1998 al 11 de marzo de 1999[11], y el último de ellos finalizó el 13 de noviembre de 2012, siendo su último cargo el de Coordinadora y un último salario básico mensual de $3’936.900[12].

- Del archivo de hoja de vida de la demandante, recaudado oficiosamente por la juez de instancia, se observa consentimiento informado de evaluación médica a la demandante[13]. También se observa evaluación de puesto de trabajo de la demandante del 18 de mayo de 2011, por parte del área de Higiene y Seguridad Ocupacional[14].

---

[10] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 35
[11] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 36
[12] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 167
[13] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 543
[14] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 544

- El 27 de marzo de 2012 se radicó ante Protección S.A. el inicio de reconocimiento de pensión de invalidez de la demandante[15]. Así, Mediante dictamen de PCL del 25 de septiembre de 2012[16], Suramericana, por remisión de Protección S.A., calificó la PCL de la demandante en un 63.85% con FE del 16 de septiembre de 1997, de origen común, por los diagnósticos de i) enucleación ojo izquierdo OD20/400 -catarata congénita OD, Falla en injerto corneal; y ii) glaucoma en afaquia ojo derecho. Lo cual fue notificado el 29 de octubre del mismo año[17].

- El 6 de noviembre de 2012[18], la demandante elevó recurso de reposición y en subsidio de apelación ante Protección respecto al porcentaje y FE de PCL, refiriendo que al momento del ingreso a Comfama el resultado de la evaluación de la agudeza visual fue la siguiente:

Al momento del ingreso a Comfama el resultado de la evaluación de la agudeza visual fue la siguiente:

Fecha examen médico de pre-empleo 27 de febrero de 1998 (se anexa)

	sin lentes			con lentes		
Agudeza visual	OD	OI	AO	OD	OI	AO
Lejana	20/200	X	20/100			
Cercana	20/200	X	20/35			

Ante la pérdida de agudeza visual que venia presentando, me realizaron dos trasplantes de córnea.

El primero el 25 de septiembre de 2002. En diciembre del mismo año presenté rechazo del trasplante por lo que fui intervenida nuevamente el 12 de febrero de 2003. Esta cirugia no tuvo los resultados esperados.

El 24 de junio de 2003 tuve otra intervención consistente en: Queratoplastia penetrante vitrectomía más implante para glaucoma.

387705

Advierte que todos los procedimientos y tratamientos recibidos, no han sido efectivos.

- La JRCIA, mediante dictamen N°43196 del 24 de mayo de 2013[19], desató el recurso de reposición, asignando una PCL a la demandante del 68.74%, con FE del 14 de julio de 2003. Lo cual fue notificado en la misma fecha.

- Mediante escrito del 30 de octubre de 2013, Protección S.A. reconoció a la demandante pensión de invalidez[20], a partir del 15 de julio de 2003.

- La demandante presentó renuncia a Comfama a partir del 14 de noviembre de 2013[21].

---

[15] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 673/674
[16] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 37/43
[17] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 44/45
[18] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 628/632
[19] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 634/641 y 690/695
[20] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 143/145 y 658/660
[21] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 146

- Historia Clínica parcial de la demandante[22].

- El 22 de abril de 2014, la demandante solicitó a Comfama el reconocimiento y pago del seguro convencional por su estado de invalidez[23]. Em respuesta del 9 de mayo de 2014[24], Comfama la indica que recibió su documentación y que fueron iniciadas las gestiones ante la respectiva aseguradora a través del corredor de seguros, estando sujetos a la respuesta de la aseguradora.

- En escrito del 17 de junio de 2014[25], la demandante reclama nuevamente ante Comfama el seguro de vida por invalidez, junto con la sanción moratoria por la tardanza en el reconocimiento de la misma. En comunicado del 11 de agosto de 2014[26], la entidad le indica que el seguro de vida en mención no está establecido como una prestación social o beneficio extralegal, pues lo que fue incluido como beneficio extralegal, es la inclusión del trabajador beneficiario del estatuto de personal, en la póliza de vida grupo, y por tanto las condiciones de asegurabilidad están sujetas a los requisitos y exclusiones previstos en el contrato de seguro y en el código de comercio.

- El 13 de agosto de 2014[27], radicó nueva petición solicitando el derecho al pago de la prestación del seguro por incapacidad, así como información y documentos, entre ello, del trámite del reconocimiento de tal seguro que reposen en la entidad, así como los trámites externos. En respuesta del 3 de septiembre siguiente[28], la entidad indica que el beneficio extralegal consagrado en el estatuto personal de Comfama en favor de sus trabajadores, consiste en la inclusión de éstos en una póliza de vida grupo durante la vigencia de la relación laboral con la Caja, y las condiciones de asegurabilidad están sujetas a los requisitos y exclusiones previstos en el contrato de seguro y en el código de comercio, por lo que cualquier reclamación relativa al contrato debe hacerse ante la respectiva aseguradora.

- Mediante escrito del 1° de octubre de 2014[29], la demandante reitera su petición, y a su vez la entidad en respuesta del 23 de octubre del mismo año[30], reitera respuestas anteriores.

---

[22] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 46/80; 83/115; 119/142
[23] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 147/148
[24] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 149 y 376
[25] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 150/151
[26] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 152 y 380
[27] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 153/157
[28] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 158/160 y 377/379
[29] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 161/163
[30] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 165/166 y 400/403

- El 31 de mayo de 2013[31] por parte de la jefe de área de Seguridad Social de Comfama se radicó reclamación de seguro de invalidez de la demandante, la cual fue dirigida a Delima Marsh.

- El 14 de mayo de 2014[32], Metlife objetó la reclamación del seguro de la demandante, informando que no pagará el valor asegurado por considerar que la causa que generó la incapacidad total y permanente se originó por un evento preexistente, expresamente excluido de la póliza.

- Metlife certificó el 22 de octubre de 2014[33], que la señora Yepes Álvarez estuvo vinculada como cliente de la compañía desde el 29 de junio de 1999 hasta el 1° de agosto de 2003, bajo la póliza de vida grupo N°2001625-1177 a nombre de Comfama, entre otros, por concepto de incapacidad total y permanente por valor de $106’482.384. Asimismo, certificó que Comfama fue cliente suyo bajo el mismo N° de póliza[34].

- Se allegó copia de póliza de vida N°02001625[35] suscrita por Comfama con AIG Vida, y vigencia del 31 de julio de 2002 hasta el 31 de julio de 2003[36], con anexo de buenas participaciones[37]

- Estatuto de personal Comfama -Beneficios extralegales-[38], el cual se encontraba vigente a la fecha de su certificación, 27 de abril de 2017[39]

Adicionalmente, se recepcionó interrogatorio de parte a la demandante[40], al representante legal de Comfama[41] y al representante legal de Metlife[42]. Y el testimonio de Maria Teresa López Restrepo[43]

i) Seguro de vida por invalidez / responsable de asumir su reconocimiento

Pretende la demandante, el reconocimiento del seguro de vida contenido en el artículo 12 del Estatuto Personal de Comfama[44], el cual según certificado emanado de

---

31 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 168 y 373
32 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 169/170
33 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 171
34 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 706
35 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 172/188; 384/399 y 707/731
36 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 189/190 y 381
37 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 382/383
38 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 191/221 y 736/766
39 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 734/735
40 01PrimeraInstancia; 06AudienciaTramiteyJuzgamientoArt80Cptss0720150518.mp3 Min: 4:46 a 24:51
41 01PrimeraInstancia; 06AudienciaTramiteyJuzgamientoArt80Cptss0720150518.mp3 Min: 25:09: a 46:05
42 01PrimeraInstancia; 06AudienciaTramiteyJuzgamientoArt80Cptss0720150518.mp3 Min: 46:47 a 1:10:20
43 01PrimeraInstancia; 06AudienciaTramiteyJuzgamientoArt80Cptss0720150518.mp3 Min: 1:11:05 a 1:36:17.
44 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 736

Comfama para el 27 de abril de 2017 aún estaba vigente, y que acorde con la presentación de dicho documento y como lo refirió la representante legal de la entidad en su interrogatorio de parte rendido en primera instancia[45], está constituido como un compendio de beneficios que de forma unilateral otorga la caja y que recoge de forma general "los aspectos básicos que regulan el reconocimiento de las prestaciones extralegales, que han sido establecidas en el Estatuto de Personal aprobado por el Consejo Directivo de la Caja en su reunión del 21 de noviembre de 1985 y en diferentes Órdenes Administrativas y circulades expedidas por la Dirección Administrativa", lo cual se sustenta en brindar a la oportunidad de bienestar y mejoramiento de calidad de vida de sus trabajadores y sus familias, advirtiendo que para beneficiarse de tales prestaciones "**es condición indispensable además de los requisitos que para cada una de ellas se indican en particular, estar vinculado laboralmente a la Caja en el momento de recibirlas**". (Negrillas propias); además de que, en caso de que, por norma, convención colectiva o pacto, exista cualquiera de tales prestaciones, no se tendrá derecho a recibir los dos beneficios, sino uno solo.

Se verifica entonces, que el capítulo IV del estatuto personal, denominado "pólizas", prevé en su artículo 12, el seguro deprecado por la actora, y tiene el siguiente tenor literal[46]:

> **Artículo 12. SEGURO DE VIDA**.
>
> **BENEFICIARIOS**: grupo familiar básico del trabajador que fallece o que es declarado inválido.
>
> **CUANTÍA**:
> - Veinticuatro (24) meses de salario básico, en caso de muerte natural.
> - Cuarenta y ocho (48) meses de salario básico en caso de muerte accidental.
> - Veinticuatro (24) meses de salario básico en caso de invalidez total permanente debidamente declarada por la entidad de Seguridad Social competente.
>
> **REQUISITOS**: Que el trabajador al momento de fallecer o de ser declarado inválido por la entidad de seguridad social competente, esté al servicio de COMFAMA.
>
> **OBSERVACIONES**: Las pólizas serán contratadas por COMFAMA con una compañía de seguros de manera que garanticen el cubrimiento del seguro de vida de sus trabajadores."

Pues bien, es claro que el referido beneficio **es una prerrogativa reconocida por mera liberalidad del empleador, en pleno ejercicio del principio de libertad contractual**, **y que constituye un instrumento jurídico y creador de derecho objetivo y sustantivo**, una fuente formal de derecho para las partes, de ahí que para

---

[45] 01PrimeraInstancia; 06AudienciaTramiteyJuzgamientoArt80Cptss0720150518.mp3 Min: 25:09
[46] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 745

su interpretación deba acudirse a las reglas de hermenéutica jurídica y a los principios del derecho laboral a la luz de la Constitución Política, tal y como se ha sostenido jurisprudencialmente por nuestro órgano de cierre, respecto de las convenciones colectivas[47], y que si bien no es el documento en el que se incorporó el beneficio hoy deprecado, es posible acudir a dicho análisis, en tanto constituye un beneficio extralegal que es fuente jurídica de derechos.

Consagra entonces el Estatuto de Personal, que en caso de que el trabajador cuente con invalidez total permanente declarada por entidad de seguridad social competente, le asiste 24 meses de salario básico, beneficio que si bien está incluido en un capítulo denominado “pólizas” y contiene la observación de que estas serán contratadas por Comfama con una compañía aseguradora para el seguro de vida de sus trabajadores, lo que en principio llevaría a advertir que la intención del empleador fue reconocer un seguro a través de una entidad aseguradora, que en esta caso, AIG Colombia Seguros de Vida S.A. hoy Metlife[48], con quien se suscribió el respectivo contrato, resulta pertinente en primer lugar, verificar las condiciones de la póliza que se allegó al plenario, a efecto de dilucidar el problema jurídico planteado.

Obra copia de la **póliza de vida seguro N°02001625**[49], y sus anexos, suscrita por Comfama con AIG Colombia Seguros de Vida S.A. hoy Metlife, quien se denomina como la “compañía” y como tomador Comfama. Los anexos contienen distintos riesgos asegurados como lo son: i) muerte[50], ii) incapacidad total y permanente[51], iii) enfermedades graves[52], iv) fallecimiento a consecuencia del “síndrome de inmunodeficiencia adquirida S.I.D.A.” [53].

---

[47] Ver **SL 1181 de 2024 “**Pues bien, inicialmente es oportuno señalar que si bien la convención colectiva de trabajo es una prueba que implica su incorporación al proceso con los presupuestos legales exigidos para su validez y análisis, no debe olvidarse que una vez estos se acreditan, es imperativo que los jueces la reconozcan como un instrumento jurídico creador de derecho objetivo y sustantivo, una verdadera fuente formal de derecho con un ámbito de aplicación concreto según la ley.

Bajo ese entendido, la Sala ha considerado pacíficamente que esa fuerza normativa implica que **al interpretar la convención deban tenerse en cuenta los métodos hermenéuticos más comunes y aplicables a cualquier otra norma jurídica, como la interpretación conforme, sistemática, el espíritu de las disposiciones y la intención y expectativas de los contratantes**. Asimismo, que ese ejercicio debe efectuarse **en concordancia con los principios que orientan el derecho del trabajo, especialmente el de favorabilidad cuando la norma extralegal permite dos o más interpretaciones sólidas y razonables** (CSJ SL351-2018 y CSJ SL5052-2018). En general, es dable acudir a cualquier herramienta hermenéutica que sirva de guía para fijar soluciones justas y equilibradas, que reconozcan los valores constitucionales del derecho del trabajo.

También es importante destacar que la Corte ha señalado que, si bien son los interlocutores sociales los primeros llamados a darle alcance y sentido a las cláusulas de una convención, es natural que al respecto surjan controversias y, en ese caso, el juez laboral tiene plena competencia para definirlas a la luz de *«los criterios y herramientas interpretativas más extendidas en el mundo jurídico»* (CSJ SL8694-2014, CSJ SL10179-2015 y CSJ 1980-2020).” (Negrillas propias)

[48] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 28

[49] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 172/188; 384/399 y 707/731

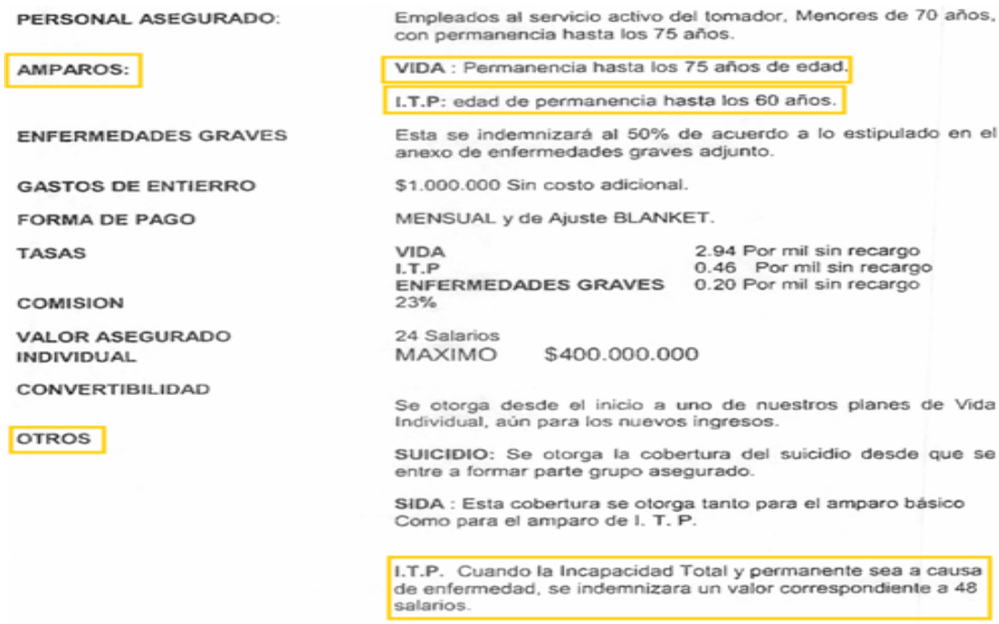
[50] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 172/181, 384/391 y 710/717

[51] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 392/393 y 718/719

[52] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 183/184, 394/395 y 720/721

[53] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 182, 399 y 725

Mediante documento de endoso[54], se pactó en la vigencia de la referida póliza con fecha del 31 de julio de 2002 al 31 de julio de 2003, cuya entidad asegurada es Comfama e incluye como personal asegurado a los empleados al servicio activo del tomador, menores de 70 años con permanencia hasta los 75 años, se pactaron las siguientes condiciones particulares:



PERSONAL ASEGURADO:	Empleados al servicio activo del tomador, Menores de 70 años, con permanencia hasta los 75 años.
AMPAROS:	**VIDA** : Permanencia hasta los 75 años de edad.
	I.T.P: edad de permanencia hasta los 60 años.
ENFERMEDADES GRAVES	Esta se indemnizará al 50% de acuerdo a lo estipulado en el anexo de enfermedades graves adjunto.
GASTOS DE ENTIERRO	$1.000.000 Sin costo adicional.
FORMA DE PAGO	MENSUAL y de Ajuste BLANKET.
TASAS	**VIDA** 2.94 Por mil sin recargo **I.T.P** 0.46 Por mil sin recargo **ENFERMEDADES GRAVES** 0.20 Por mil sin recargo
COMISION	23%
VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	24 Salarios MAXIMO $400.000.000
CONVERTIBILIDAD	Se otorga desde el inicio a uno de nuestros planes de Vida Individual, aún para los nuevos ingresos.
OTROS	**SUICIDIO**: Se otorga la cobertura del suicidio desde que se entre a formar parte grupo asegurado.
	SIDA : Esta cobertura se otorga tanto para el amparo básico Como para el amparo de I. T. P.
	I.T.P. Cuando la Incapacidad Total y permanente sea a causa de enfermedad, se indemnizara un valor correspondiente a 48 salarios.

La póliza contiene las siguientes exclusiones al amparo básico a las que resulta pertinente acudir[55], veamos:

> **CONDICIÓN SEGUNDA**; EXCLUSIONES AL AMPARO BÁSICO
>
> LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBRE:
>
> (…)
> 3. CUALQUIER ENFERMEDAD O PATOLOGÍA Y/O LESIONES QUE SE HAYAN MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DECLARA <SIC> O NO, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1073 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

Más adelante se prevén los requisitos de asegurabilidad y de reticencia:

> **CONDICIÓN QUINTA: REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**
>
> Toda persona debe presentar los requisitos de asegurabilidad que le señale la Compañía, contestando en forma diligente y sincera el cuestionario propuesto por la Compañía.
>
> **CONDICIÓN DÉCIMA: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE**.
>
> El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según lo dispone el artículo 1058 del Código de Comercio.

---

[54] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 189, 381 y 707
[55] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 172/181, 384/391 y 710/717

> La declaración podrá suministrarse a través del cuestionario que sea propuesto por el asegurador o sin él. En ambos casos, la reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubiera retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
>
> Si la inexactitud o reticencia proviene de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo pero el asegurador solo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adeudada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en la condición siguiente.

Finalmente, en la condición DÉCIMO OCTAVA, en su inciso tercero se previó respecto del pago del siniestro, lo siguiente

> (…) La indemnización por el amparo opcional de incapacidad total y permanente no es acumulable al Seguro de Vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de vida del asegurado incapacitado, siempre y cuando esta incapacidad provenga de un accidente.

Ahora bien, **del anexo de amparo opcional de incapacidad total y permanente** con código: 15099-1413-A-29-VG 003, prevé en su condición primera, el amparo de[56]:

> "INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, **SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO**.
>
> SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARÁ COMO TAL LA PERDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS; LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE. (negrillas propias)

Para ello, en la póliza se suscriben las siguientes definiciones:

> **Incapacidad Total y Permanente**.
> Se entiende por ésta, la sufrida por el asegurado menor de sesenta (60) años de edad que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente anexo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia.
>
> **Pérdida:**
> Conforme se emplea aquí significa respecto de:
> (…)
> c. Ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

[56] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 392/393 y 718/719

De lo anterior se desprenden que se consagró en la póliza de aseguramiento varios riesgos y condiciones para acceder al seguro, y que de conformidad con el lenguaje usado para definirlos, se evidencia diferencia en el riesgo que se pretende cubrir, pues en este primero se habla de "**incapacidad total y permanente**", mientras que en el seguro consagrado en el Estatuto de Personal, se llama **SEGURO DE VIDA por "invalidez total y permanente**". Al respecto, en el marco del Sistema de Seguridad Social podemos encontrar diferencias relevantes; la incapacidad, se asegura a través de un auxilio económico temporal, mientras que la invalidez reviere a la pérdida de capacidad laboral superior al 50% acorde con los manuales de calificaciones vigentes al momento de la valoración de la persona, sin embargo, el representante legal de Metlife señaló en el interrogatorio de parte, que para los efectos de este proceso, la remisión del seguro es al amparo por incapacidad total y permanente[57].

También debe resaltarse que, en la cláusula décima del amparo básico, cuando advierte que "La indemnización por el amparo opcional de incapacidad total y permanente no es acumulable al Seguro de Vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de vida del asegurado incapacitado, (…)".

Pero, no estando acreditado el pago a la fecha de ningún seguro o indemnización por invalidez de la demandante, o incluso acogiendo la interpretación de que la indemnización por incapacidad total y permanente cubre el seguro de vida a que refiere el artículo 12 del Estatuto de Personal, es pertinente adentrarnos en el estudio de la póliza contratada para determinar si en efecto, la aseguradora es a quien le asiste la carga de asumir dicho seguro, o por el contrario al ex empleador.

Pues bien, de los clausulados del contrato de seguro examinados, se desprende que para acceder a esta indemnización en el caso que nos ocupa, en síntesis, debe verificarse lo siguiente:

- Se considerará como incapacidad total y permanente, la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos del asegurado, que sea menor de 60 años de edad.
- Que haya existido por un periodo continuo no menor de 150 días
- Que no haya sido provocada por el asegurado
- Que se ocasione y se manifieste estando asegurado bajo la vigencia del anexo.

[57] 01PrimeraInstancia; 06AudienciaTramiteyJuzgamientoArt80Cptss0720150518.mp3 Min: 49:00 a 50:04

- Es un requisito de asegurabilidad, que toda persona presente los requisitos que para tales efectos le exija la compañía, lo que deberá diligenciar de forma sincera.

Adicionalmente, son causales de exclusiones al amparo básico, la enfermedad, patología y/o lesiones manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de iniciación de la cobertura individual.

Metlife objetó la reclamación del seguro de la demandante[58], argumentando que la causa que generó el estado de incapacidad total y permanente de la asegurada tiene como fundamento patologías preexistentes manifestadas y diagnosticadas antes de la vinculación de ella como asegurada bajo la póliza de vida grupo 2001625, y además la causa preexistente fue una condición pactada en el contrato de seguro como excluyente de responsabilidad de la compañía al momento de aceptar el riesgo asegurable.

Tales objeciones, sin ahondar en el análisis de si son acertadas o no, se advierten por lo menos ajustadas a los términos del contrato suscrito entre Comfama y el Metlife, resulta, de cara a las condiciones y exclusiones específicas previstas para el reconocimiento de los riesgos objeto de amparo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1073 del Código de Comercio, y cuyos requisitos, si eran de conocimiento del empleador como tomador del seguro, pero que en forma alguna pueden hacerse oponibles a la hoy demandante, quien no conoció de tales condicionamientos para ser acreedora de la prerrogativa hoy reclamada, pues no puede pasar por inadvertido la Sala que, del contenido del seguro de vida previsto en el artículo 12 del Estatuto del Personal, **se desprende como <u>único requisito</u> que** "**el trabajador al momento de fallecer o de ser declarado inválido por la entidad de seguridad social competente, esté al servicio de COMFAMA**", condición satisfecha por la demandante por cuanto estando al servicio de Comfama, su estado de invalidez fue declarado por la JRCIA mediante dictamen N°43196 del 24 de mayo de 2013[59] al otorgar una PCL a la demandante del 68.74%, con FE del 14 de julio de 2003, por tanto, no hay duda sobre el derecho que le asiste al referido seguro.

Ahora, aun cuando se estableció que "Las pólizas serán contratadas por COMFAMA con una compañía de seguros de manera que garanticen el cubrimiento del seguro de vida de sus trabajadores.", lo cierto es que no se hace ningún condicionamiento para la procedencia del derecho, ni se señala expresamente que para acceder al seguro, debe sujetarse a los términos y condiciones del contrato de póliza, ni se

[58] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 169/170
[59] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 634/641 y 690/695

registran las exclusiones que la aseguradora previó, de manera que al no estar previstos en el artículo 12 del Estatuto de Personal de Comfama los condicionamientos definidos en la póliza, en ejercicio de una interpretación hermenéutica de dicho articulado, permiten concluir que el contrato de seguro suscrito entre Comfama y Metlife no obliga a la demandante, de manera que la prerrogativa descrita en el Estatuto de Personal, vinculó única y exclusivamente a la trabajadora y a su ex empleador, y por tanto **es Comfama el obligado a asumir el reconocimiento y pago del seguro de vida de la demandante por haber acaecido invalidez total permanente**.

Es cierto entonces, como afirma el apoderado de Comfama en su recurso de alzada, que el contenido del artículo 12 del Estatuto de Personal está ligado al contrato de una póliza, pero como ya se explicó, al no quedar allí expresamente consagrado que esa obligación estaba ligada a los términos y condiciones de la póliza, ni mucho menos los condicionamientos de edad, periodo de incapacidad, ni exclusiones de ningún tipo, tales requisitos no le son exigibles a la actora para poder sufragar el seguro.

En igual sentido, si bien como refiere en su alzada Comfama, la condición quinta del amparo básico, prevé que para efectos de asegurabilidad de los riesgos asumidos con la póliza, toda persona debe contestar en forma diligente y sincera el cuestionario propuesto por la Compañía (Metlife), sin embargo, este caso no se demostró que se hubiere sometido a la actora a un examen médico, ni exigido formulario alguno de asegurabilidad; además, Comfama como parte contratante de dicho seguro y por tanto conocedor de ese requisito, al suscribir la póliza no diligenció formularios de asegurabilidad respecto de los miembros del grupo asegurado, como lo confesó la representante legal de la entidad en su interrogatorio de parte[60], precisando que la aseguradora nunca se los exigía; y aun cuando Metlife tampoco lo exigiera de Comfama durante la vigencia de la póliza, ello no es suficiente para acoger los argumentos de alzada en torno a que se debe condenar a la aseguradora, pues la redacción del derecho primigenio derivado del artículo 12, no vinculó de forma clara y expresa a las condiciones del eventual contrato de seguro, de manera que al no ser aplicable el referido contrato para resolver la presente controversia, resulta inane realizar apreciaciones en torno a ello, ni si la enfermedad que derivó en la invalidez de la demandante es anterior o no a la vigencia del contrato de seguro, sobre lo cual es menester resaltar como hizo la juez de instancia, que no obra en el plenario la vigencia del seguro para el año 2013, en que se valoró la PCL de la demandante,

[60] 01PrimeraInstancia; 06AudienciaTramiteyJuzgamientoArt80Cptss0720150518.mp3 Min: 44:56 a 45:53

pese a que la juez de instancia decretó las pruebas pertinentes tendientes a esclarecerlo.

Por las razones expuestas, se **confirmará** en este punto la sentencia de instancia conocida en apelación.

b) Fecha de causación del seguro de vida

Argumenta el apoderado de Comfama, que la fecha de estructuración de la invalidez de la demandante es la determinante para establecer desde cuándo se reconoce la pensión de invalidez, y por tanto, en este caso se centró la defensa en la FE como momento en que se establece el siniestro, que fue en el año 2003, momento en que se encontraba vigente la póliza, debiéndose derivar cualquier indemnización de esa fecha.

Al respecto, se debe indicar que el artículo 12 del Estatuto de Personal no establece de forma expresa que será la FE de invalidez del trabajador la que defina los efectos del seguro de vida, pero el requisito si se dirige al momento de su calificación, así lo indica expresamente el apartado del artículo 12: "**REQUISITOS**: Que el trabajador al momento de fallecer o de ser declarado inválido por la entidad de seguridad social competente, esté al servicio de COMFAMA", en tal sentido, la Sala encuentra **acertada la conclusión de la juez de instancia al adoptar la fecha de emisión del dictamen de PCL** para verificar los requisitos y los salarios con el fin de cuantificar el derecho, y no el de la FE, pues solo es a partir de la declaratoria de invalidez por parte la JRCIA mediante del dictamen N°43196 del 24 de mayo de 2013[61], fue que surgió en su favor el derecho a reclamar el respectivo seguro.

Ahora bien, el valor dispuesto por la juez de instancia que debe satisfacer Comfama en favor de la hoy demandante, corresponde a 24 veces el de su último salario devengado, y al no haberse objetado no procede hacer nueva cuantificación, por tanto, se **confirmará** en tal aspecto la decisión.

c) Procedencia del artículo 65 del CST respecto de la prestación extra legal.

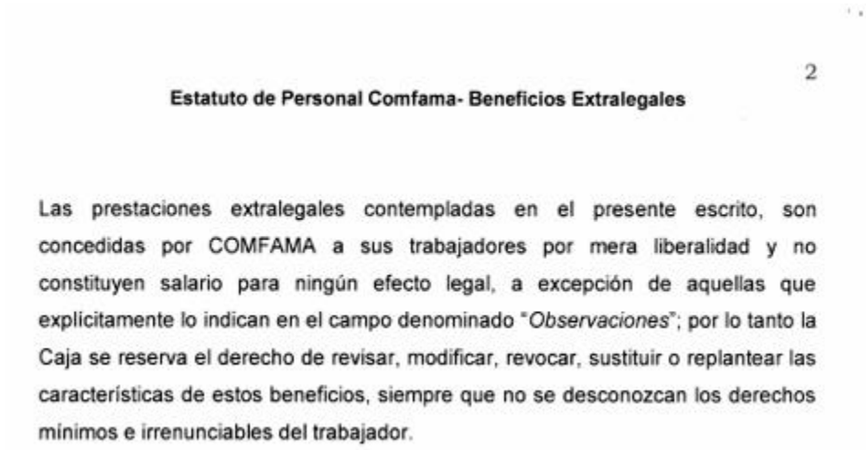
Recurrió la activa la absolución de la juez de instancia respecto de la indemnización del artículo 65 del CST, argumentando que en virtud de un criterio interpretativo se permite su aplicación a esta prestación extralegal.

[61] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 634/641 y 690/695

Pues bien, el artículo 65 del CST, modificado por el artículo 29 de la Ley 789 de 2002 consagra que:

> "1. Si a la terminación del contrato, el empleador no paga al trabajador los salarios y prestaciones debidas, salvo los casos de retención autorizados por la ley o convenidos por las partes, debe pagar al asalariado, como indemnización, una suma igual al último salario diario por cada día de retardo, hasta por veinticuatro (24) meses, o hasta cuando el pago se verifique si el período es menor. Si transcurridos veinticuatro (24) meses contados desde la fecha de terminación del contrato, el trabajador no ha iniciado su reclamación por la vía ordinaria o si presentara la demanda, no ha habido pronunciamiento judicial, el empleador deberá pagar al trabajador intereses moratorios a la tasa máxima de créditos de libre asignación certificados por la Superintendencia Bancaria, a partir de la iniciación del mes veinticinco (25) hasta cuando el pago se verifique. (…)"

Pues bien, en primer lugar, se advierte en la introducción del Estatuto Personal de Comfama[62], que las prestaciones extralegales allí reconocidas no constituyen salario para ningún efecto legal, a menos que así se consagre expresamente, así lo indicó:



2

Estatuto de Personal Comfama- Beneficios Extralegales

Las prestaciones extralegales contempladas en el presente escrito, son concedidas por COMFAMA a sus trabajadores por mera liberalidad y no constituyen salario para ningún efecto legal, a excepción de aquellas que explícitamente lo indican en el campo denominado "*Observaciones*"; por lo tanto la Caja se reserva el derecho de revisar, modificar, revocar, sustituir o replantear las características de estos beneficios, siempre que no se desconozcan los derechos mínimos e irrenunciables del trabajador.

Conforme a lo anterior, se tiene que el seguro de vida acá reconocido tiene carácter extralegal y no se previó de forma explícita que constituyera salario, en tal sentido, al no ser considerado como salario, ni prestación legal, que son los conceptos previstos por ley sobre los cuales aplica la indemnización del artículo 65, no se permite una aplicación directa, y menos extensiva de esta disposición para la prestación extralegal; máxime que dicho beneficio fue reconocido unilateralmente por el empleador en busca de mejorar las condiciones del trabajador, y al consagrar el artículo 65 ibídem una sanción, no es admisible su aplicación analógica sin estar expresamente estipulada para conceptos que no estén expresamente contenidos en ella.

Ahora, si en gracia de discusión se admitiera que dicha sanción es procedente para el beneficio extralegal, debe recordarse que sobre el particular ha sido clara la línea jurisprudencial de la H. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral frente

[62] 01PrimeraInstancia; 02Expediente0720150518.pdf pág. 737

al tema de las sanciones moratorias, en el sentido que no son automáticas, y en cada caso concreto es deber del funcionario judicial analizar la conducta patronal de cara a la buena o mala fe.

El artículo 83 de la Constitución Nacional, presume la buena fe, entendida ésta como el actuar con probidad, honestidad y rectitud, sin pretender obtener ventajas sobre la contraparte, aun atentando contra sus intereses[63], suficiente de lealtad y honradez del empleador frente a su trabajador, que en ningún momento ha querido atropellar sus derechos (…)[64].

Como dejó sentado en decisión de la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia del día 11 de Julio 2000, radicado 13467, se precisa claramente que, la imposición de la sanción moratoria prevista en el artículo 65 del Código Sustantivo de Trabajo así como la del artículo 99 de la ley 50 de 1990, se restringen a la evaluación de los elementos subjetivos que rigieron la conducta del empleador y pudieran ser examinados como de buena o mala fe, toda vez que la aplicación de manera indiscriminada de estas normas las despojarían de su verdadero propósito sancionador de conducta dolosa[65].

Estudiados los medios probatorios esta Sala de Decisión encuentra que no existió mala fe por parte de Comfama, pues pese a que no se reconoció el seguro de vida deprecado, no observa la Sala notoria intención de la empleadora de eludir el pago de dicha prestación, que por demás es una prerrogativa extralegal reconocida por mera liberalidad del empleador, con la clara intención de incentivar al trabajador y mejorar sus condiciones, pues su negativa se debió al convencimiento de que su reconocimiento estaba a cargo de la aseguradora con quien suscribió contrato de seguros, pero solo en el curso del debate de este proceso judicial, se determinó correspondía al empleador por las razones ya esbozadas. Del material probatorio recaudado no puede colegirse mala fe del ex empleador, no da cuenta de conducta deshonesta y desleal del empleador frente a su trabajadora, que justifique la imposición de la indemnización y sanción moratoria previstas en los artículos 65 CST.

63Ver sentencia Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Laboral, Rad. 11734 mayo 20 de 1999. M.P RAFAEL MENDEZ ARANGO.

64Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral, sentencia de radicación N° 35.506 del 23 de febrero de 2010, Magistrado Ponente, Doctor Luis Javier Osorio López.

65 *"Ello no es nada nuevo, pues en sentencia de 9 de abril de 1959, reiterada en varias oportunidades, tanto por el extinguido Tribunal Supremo del Trabajo como por la Sala de Casación Laboral de la Corte, se ha dicho que, "La sanción por ella consagrada (se refiere al Art. 65 del CST) no opera de plano sobre los casos de supuestas prestaciones sociales no satisfechas por el patrono, ya que tal indiscriminada imposición de la pena pecuniaria entrañaría aberración contraria a las normas del derecho que proponen el castigo como correctivo de la temeridad, como recíproco del ánimo doloso".*

Por las razones expuestas, también será **confirmada** la sentencia de instancia en cuanto dispuso la indexación de la condena.

III. EXCEPCIONES

Las excepciones formuladas por quienes conforman la pasiva han quedado implícitamente resueltas.

IV. COSTAS

Sin costas en esta instancia por haber resultado vencidas ambas partes en su recurso de alzada.

V. DECISIÓN DEL TRIBUNAL

En mérito de lo expuesto, la **SALA SEXTA DE DECISIÓN LABORAL** del **TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR ÍNTEGRAMENTE la sentencia proferida el 7 de agosto de 2017 por el Juzgado Séptimo Laboral del Circuito de Medellín, dentro del proceso ordinario de doble instancia promovido por Nora Elena Yepes Álvarez contra Comfama y Metlife Colombia Seguros Vida S.A., según lo motivado.

SEGUNDO: No se causaron costas en esta instancia.

Notifíquese lo decidido por Edicto.

Devuélvase el expediente al despacho de origen.

Los Magistrados

MARÍA PATRICIA YEPES GARCÍA

ANA MARÍA ZAPATA PÉREZ

HUGO JAVIER SALCEDO OVIEDO