

Señores

JUZGADO DOCE (12) CIVIL MUNICIPAL DE CÚCUTA

jcivmcu12@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO: VERBAL
DEMANDANTE: MARY LUZ ROJAS LEIRA
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.Y OTRO.
RADICACION: 540014003012-2024-00001-00.

**ASUNTO: DESCORRE TRASLADO DEL RECURSO DE REPOSICIÓN EN SUBSIDIO DE
APELACIÓN**

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J., obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, identificada con NIT No. 800.240.882-0, sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado de existencia y representación legal que reposa en el expediente, de manera respetuosa, comedidamente procedo a **DESCORRER DEL RECURSO DE REPOSICIÓN EN SUBSIDIO DE APELACIÓN** presentado por la parte demandante frente al Auto Interlocutorio N° 238 emitido el 07 de febrero de 2025, anunciando desde ya que las inconformidades del recurrente carecen de sustento, pues el peritaje en cuestión no se orienta a definir el alcance del artículo 1058 del Código de Comercio, sino a establecer, con base en criterios científicos y objetivos, la incidencia real de la omisión de información en la determinación del riesgo asegurado. Luego entonces, es evidente que el recurso tiene como único propósito, intentar deslegitimar el ejercicio probatorio, solo por resultar contrario a los intereses del recurrente. Lo anterior, conforme a los fundamentos que se exponen a continuación:

- **RESPECTO DE LOS FUNDAMENTOS EN QUE SE FUNDA EL RECURSO DE**

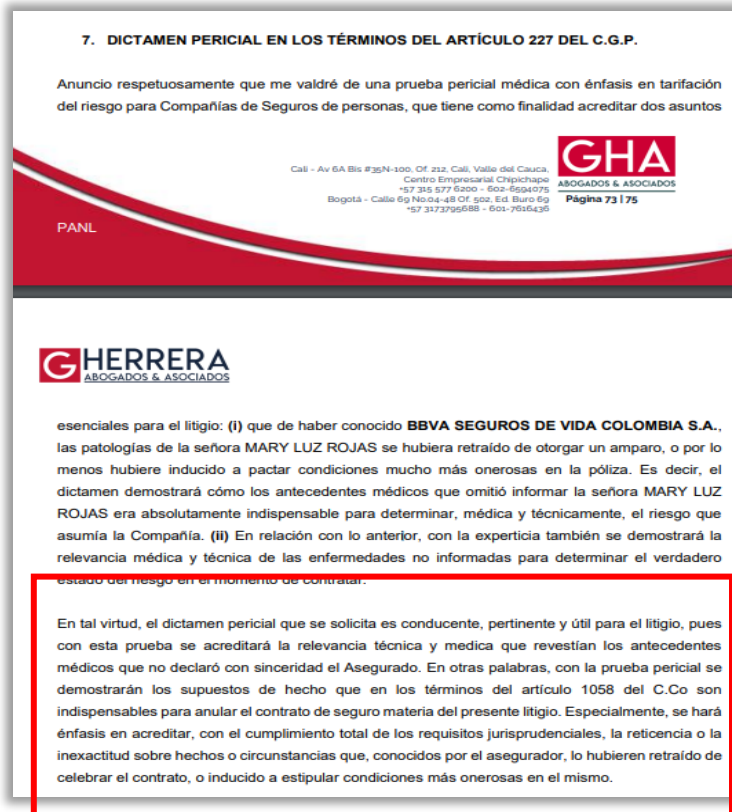
REPOSICIÓN EN SUBSIDIO DE APELACIÓN INTERPUESTO POR EL DEMANDANTE.

Procederé a analizar cada uno de los puntos planteados en el recurso de reposición en subsidio apelación, demostrando que no existe fundamento jurídico para revocar el auto recurrido. Para ello, mostraré en detalle los argumentos expuestos por el recurrente y su falta de incidencia en la validez de la decisión adoptada. Presentaré las disposiciones normativas aplicables y su correcta aplicación en el presente caso, evidenciando que el auto recurrido se ajusta a derecho. De esta manera, expondré las razones por las cuales la decisión debe mantenerse incólume, desvirtuando los señalamientos formulados en el recurso. Así:

- De la inconformidad denominada **“La prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para compañías de Seguros de Personas es notoriamente impertinente, inconducente e inútil como medio demostrativo, a más de estar legalmente prohibido”**

Una vez revisada la contestación de la demanda, más específicamente el acápite de solicitud de medios de prueba – Dictamen Pericial en los términos del artículo 227 C.G.P, es dable advertir que mi representada BBVA Seguros de Vida S.A. solicitó sin contravención alguna al artículo 168 del C.G.P, prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas. Dicha solicitud contrario a lo indicado por la parte recurrente, es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta, tal y como se indicó a la hora de peticionar el mentado medio probatorio, se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el Asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se solicitó porque demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, 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 en el mismo. Tal y como se evidencia a

continuación:



Obsérvese del medio probatorio de “Dictamen Pericial” pretendido en representación de BBVA Seguros de Vida S.A. que, contrario a lo manifestado recurso del demandante, este sí demuestra circunstancias que se quieren ser plenamente acreditadas por mi representada bajo el medio probatorio escogido. Pues este no se encuentra legalmente prohibido, ni se trata, como equívocamente indica el demandante, sobre puntos de Derecho, sino que por el contrario desde la solicitud probatoria se dijo que se trata de una prueba pericial medica con énfasis en tarificación del riesgo para compañías de seguros de personas, y que tiene dos finalidades, probar la consecuencia comercial diferencial en caso de que la aseguradora hubiera conocido el verdadero estado de salud de la señora Mary Luz Rojas y la pre existencia y relevancia medica de las enfermedades que la asegurada omitió declarar. En consecuencia, no es una prueba sobre puntos de derecho, pues ni siquiera el perito que lo rinda tendrá la calidad de abogado,

sino de médico.

Visto lo anterior, la solicitud de prueba pericial se aviene a las exigencias del artículo 226 y 168 del Código General del Proceso, en tanto, además, resulta ser una prueba pertinente, conducente y útil. Máxime cuando el peritazgo que se pretende allegar, es de vital importancia para probar los supuestos de hecho en que se fundamentan las excepciones propuestas, sobre todo, lo que tiene que ver con: **(i)** que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., las patologías de la señora MARY LUZ ROJAS se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. **(ii)** En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

Sumado a lo anterior, es claro que el Despacho tuvo en cuenta a la hora de decretar el medio probatorio aquí recurrido, que el mismo cumple con los requisitos del art. 168 del C.G.P., los cuales han sido desarrollados ampliamente por la doctrina y la jurisprudencia, en donde se ha determinado que para que una prueba pueda ser considerada dentro de un proceso, debe cumplir con unos requisitos generales que corresponden a la conducencia, pertinencia, ilicitud y utilidad de la misma, lo cual a todas luces no fue valorado en este caso, y por ello consideró importante advertir de cada uno, lo siguiente:

- En cuanto a la pertinencia: La prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas podrá ser valorada por parte del Despacho bajo los principios de la razonabilidad y la sana crítica, respecto cómo los antecedentes médicos que omitió informar la señora MARY LUZ ROJAS era absolutamente indispensable para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía y que de haber conocido estos, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza.

- En cuanto a la conducencia: La prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas resulta idónea para acreditar la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el Asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio.
- En cuanto a la oportunidad: La prueba testimonial fue solicitada como medio probatorio en la contestación de la demanda, esta última que, a su vez, fue presentada ante el Despacho dentro de la oportunidad legalmente establecida.
- En cuanto a la licitud: La prueba testimonial no contraviene derechos fundamentales o constitucionales, por cuanto no es nula de pleno derecho.

Para el caso que nos ocupa, la prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas solicitada, hace referencia a una prueba que cumple con todos y cada uno de los requisitos enumerados, ya que el perito tiene conocimiento técnico y médico, permitiendo al proceso aclarar las circunstancias tanto de la relevancia médica, como de relevancia en la tarificación del riesgo en el mercado asegurador por lo que dicha prueba es conducente, pertinente, útil y lícita.

En conclusión, del medio prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas fue solicitado en apego a lo dispuesto en el artículo 226 y 168 del C.G.P en tanto **(i)** no será allegado un dictamen que verse sobre puntos de derecho, **(ii)** fue enunciado concretamente el objeto de la prueba, el cual no es otro, sino el de acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: (a) que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., las patologías de la señora MARY LUZ ROJAS se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar la señora MARY LUZ ROJAS eran absolutamente indispensables para determinar, médica y

técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (b) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar. (iii) la prueba es conducente, pertinente y útil; y adicionalmente (iv) fue debidamente solicitada en las oportunidades probatorias, esto es, la contestación de la demanda.

- **Frente a la infundada inconformidad denominada “¿Por qué la prueba pericial médica con énfasis en ratificación del riesgo para Compañías de Seguros de Personas es “legalmente prohibida”?”**

Lo primero que debe indicarse es que lo mencionado en este reparo escapa de toda lógica, pues la inconformidad del apoderado de la parte demandante se basa únicamente en que resulte posible probar mediante un dictamen pericial la relevancia médica de una enfermedad y la consecuencia negocial diferente que hubiese tenido su declaración, en el mercado asegurador. Luego entonces, más allá de ser un verdadero reparo con argumentación jurídica, realmente lo que se enuncia en este acápite es una mera inconformidad infundada de la contraparte, por resultar contrario a sus intereses.

Sin perjuicio de lo anterior, se aclara a la parte recurrente, que el dictamen pericial médico con énfasis en ratificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas NO fue solicitado con objeto de demostrar puntos de mero derecho. Todo lo contrario, este peritazgo, como se ha venido advirtiendo con anterioridad, tiene dos fines específicos: (a) demostrar que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., las patologías de la señora MARY LUZ ROJAS se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar la señora MARY LUZ ROJAS eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (b) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

El perito encargado de la prueba, indefectiblemente realizará su experticia desde el campo técnico, documental, médico y desde su experiencia en tarificación de riesgo en el mercado asegurador. Ello servirá para aclarar que las compañías aseguradoras evalúan el riesgo a suscribir bajo unos análisis técnicos y médicos, acorde a lo respondido por cada asegurado a través de la declaración de asegurabilidad. Adicional a lo anterior, las tablas de tarificación del riesgo de los reaseguradores internacionales, así como la experiencia propia de la compañía, establecen una guía útil en el cálculo del riesgo de sobrevida de los posibles asegurados. Circunstancia que solo puede ser explicada por un perito experto en tarificación y que denota, la inexistencia de explicación de puntos de Derecho.

Además de lo anterior, es preciso tener en cuenta por parte del Despacho, que la Corte Suprema de Justicia en diferentes posturas ha sido enfático en indicar que las aseguradoras están en la obligación de demostrar, en casos como los que aquí nos ocupan, que la reticencia o inexactitud del asegurado, en caso de haber conocido la información ocultada, se habría retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas¹. Luego, limitar a mi representada en demostrar con el simple dicho de la parte demandante o lo que advierte la normatividad tan mencionada de la parte demandante, esto es, con lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, comportaría sin lugar a dudas de contravenir el principio sobre el cual versan los litigios, el debido proceso y el acceso, sin restricciones, la justicia. Dicho de otra manera, mi representada tiene el deber de probar los elementos de la nulidad relativa, sin embargo, se observa que el recurso de la contraparte no tiene otro propósito sino evitar que mi representada haga uso de los medios de prueba que ofrece el código y por el contrario, busca pedirle al juez que limite el derecho de defensa y contradicción que tiene mi representada, sin que ello sea constitucional o jurídicamente aceptable.

Por ello, con el dictamen pericial aportado y en aplicación del artículo **167 del C.G.P** en el que se indica: “Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen” está claro que, mi representada en pro de la demostración

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil SC3791-2021

de sus excepciones, no le basta con remembrarle a su Despacho lo que trata el artículo 1058 del Código de Comercio que indica: *“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. **La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.**”* Si no que en uso de lo permitido en la ley, utiliza los medios probatorios necesarios para acreditarle a su Despacho, técnicamente por parte de un perito con alta experiencia en evolución del riesgo, y además, en tarificación del riesgo, basado en la verificación técnico-medica del estado de salud a la fecha de declaración de asegurabilidad (dolencias anteriores a la fecha suscripción del seguro) de la señora MARY LUZ ROJAS y acorde con las políticas de suscripción de BBVA SEGUROS y la estadística de la compañía para el año de suscripción de este seguro: cómo se hubiera contratado el seguro, cómo habría sido la conducta contractual de la Compañía de haber conocido los antecedentes sufridos por el asegurado. Esto es, se acreditará que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., las patologías de la señora MARY LUZ ROJAS se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza.

En consecuencia, queda plenamente demostrado que el dictamen pericial no persigue probar puntos de mero derecho, sino que constituye un medio idóneo para acreditar aspectos técnicos y médicos fundamentales en la evaluación del riesgo asegurado. Con base en ello, se evidencia que la información omitida por la asegurada era determinante para la suscripción del contrato, pues su conocimiento previo habría llevado a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. a abstenerse de otorgar el amparo o a establecer condiciones más onerosas. Asimismo, el peritaje permitirá sustentar, con base en criterios técnicos y en las prácticas propias del sector asegurador, la relevancia de dichas patologías en la determinación del estado del riesgo.

De manera que, restringir el derecho de mi representada a valerse de este medio probatorio implicaría una vulneración del debido proceso y del principio de contradicción, desconociendo la obligación de la aseguradora de demostrar el impacto de la reticencia en la celebración del

contrato. Por ello, en aplicación del artículo 167 del C.G.P., el dictamen se erige como una prueba necesaria para acreditar que la omisión de la asegurada afectó directamente la valoración del riesgo y, en consecuencia, la validez del contrato de seguro.

- Frente a la inconformidad denominada **El fallador no puede delegar la interpretación de la Ley y la Jurisprudencia en peritos médicos**

Comoquiera que esta inconformidad resulta ser la misma alegación que el punto anterior, sin ningún argumento distinto, se continuará exponiendo el mismo punto:

Como se ha indicado, es importante aclarar que el dictamen pericial allegado al proceso no tiene como propósito interpretar ni desarrollar el alcance jurídico del artículo 1058 del Código de Comercio ni de las normas que rigen el contrato de seguro, pues su finalidad no es incursionar en la hermenéutica legal ni sustituir el análisis del fallador. Contrario a lo sostenido por la parte recurrente, la experticia pericial busca proporcionar elementos técnicos y científicos que permitan al juez comprender cómo las compañías aseguradoras evalúan el riesgo al momento de suscribir una póliza y cómo la omisión de información relevante puede afectar dicha evaluación. Es decir, el dictamen no pretende explicar el contenido normativo del artículo 1058, sino ilustrar, desde un punto de vista médico, la incidencia real de la reticencia en la determinación del riesgo asegurado. En este sentido, la prueba pericial no suplanta la labor del juez ni invade el ámbito de su competencia, sino que le ofrece herramientas especializadas que contribuyen a una mejor valoración de los hechos, de manera que pueda adoptar una decisión informada y ajustada a derecho.

En segundo lugar, la objeción planteada por la parte recurrente desconoce el principio de libertad probatoria y la facultad del juez de valorar todas las pruebas con base en las reglas de la sana crítica, conforme lo establece el artículo 176 del Código General del Proceso.

“Artículo 176. Apreciación de las pruebas

Las pruebas deberán ser apreciadas en conjunto, de acuerdo con las reglas de la

sana crítica, sin perjuicio de las solemnidades prescritas en la ley sustancial para la existencia o validez de ciertos actos.

El juez expondrá siempre razonadamente el mérito que le asigne a cada prueba.”

De acuerdo con esta disposición, el juez no solo tiene la potestad, sino el deber de analizar el mérito de cada prueba y asignarle el valor correspondiente dentro del contexto del proceso. Pretender que el juzgador no pueda apoyarse en la ilustración de expertos cuando se trata de materias técnicas y especializadas, como la evaluación del riesgo asegurado y la determinación de preexistencias médicas, implica restringir indebidamente su capacidad de decisión y desconocer la función orientadora de la prueba pericial. Además, el argumento de la parte recurrente resulta contradictorio, pues al tiempo que alega que el dictamen sustituye la labor del juez, pretende impedir que este cuente con elementos probatorios que le permitan esclarecer los hechos objeto de controversia, lo que en últimas afectaría el debido proceso y el derecho de defensa de mi representada.

Por último, la objeción formulada en este punto desconoce la finalidad misma de la prueba pericial dentro del proceso judicial. No es la primera vez que los jueces acuden a dictámenes de expertos para tomarlos como insumo para aclarar asuntos en los que se requiere conocimiento especializado, y la jurisprudencia ha sido clara en aceptar su pertinencia siempre que se refieran a aspectos técnicos y no a la interpretación de normas jurídicas. En este caso, el dictamen pericial es esencial para demostrar que las patologías preexistentes de la asegurada, de haber sido informadas, habrían afectado la decisión de la aseguradora de asumir el riesgo en los términos pactados. Se trata de una cuestión técnica que solo puede ser esclarecida mediante un análisis técnico y médico, lo que hace indispensable la intervención de un perito con experiencia en la tarificación del riesgo en seguros de vida. Por lo tanto, el argumento del recurrente carece de sustento, pues el peritaje en cuestión no se orienta a definir el alcance del artículo 1058 del Código de Comercio, sino a establecer, con base en criterios científicos y objetivos, la incidencia real de la omisión de información en la determinación del riesgo asegurado. En consecuencia, debe rechazarse la pretensión de invalidar la prueba pericial, pues

esta no vulnera el rol del juez, sino que lo auxilia en el ejercicio de su función jurisdiccional.

- Frente a la inconformidad denominada **“La petición y la actividad probatoria no pueden ejercerse escudándose en reprochables embustes”**

Es infundado el argumento de la parte recurrente cuando afirma que la actividad probatoria en este proceso se ha fundamentado en “reprochables embustes”. Por el contrario, la solicitud de pruebas, en particular la historia clínica de la asegurada, obedece al legítimo ejercicio del derecho a la contradicción y a la necesidad de obtener documentos fundamentales para el esclarecimiento de los hechos. La historia clínica que se solicitó de oficio a la UT RED INTEGRADA FOSCAL-CLUB no tiene como finalidad repetir documentos ya aportados al proceso, sino garantizar que se cuente con la versión íntegra y oficial de los antecedentes médicos de la asegurada, obtenida directamente de la entidad prestadora de salud, única fuente que puede certificar su autenticidad y completitud.

La parte recurrente pretende desvirtuar la pertinencia de esta prueba, argumentando que la aseguradora ya contaba con una parte de la historia clínica y el dictamen de pérdida de capacidad laboral desde la reclamación extrajudicial. Sin embargo, dicha afirmación no invalida la solicitud probatoria, ya que los documentos allegados en sede administrativa pudieron haber sido seleccionados de manera parcial o con información insuficiente para la debida evaluación judicial. En este sentido, la petición probatoria no se sustenta en engaños, sino en la necesidad de contar con un acervo documental completo y verificable, lo que refuerza el derecho a la defensa y el principio de contradicción probatoria dentro del proceso.

Adicionalmente, la crítica de la parte recurrente desconoce el principio de libertad probatoria y la obligación del juez de garantizar la práctica de las pruebas que resulten conducentes para esclarecer la verdad de los hechos. Según el artículo 176 del Código General del Proceso, las pruebas deben ser apreciadas en conjunto bajo las reglas de la sana crítica, lo que implica que la solicitud de documentos relevantes para el litigio no puede ser descalificada con base en afirmaciones subjetivas y sin sustento probatorio. La parte actora pretende establecer que la

sola existencia de referencias previas a la historia clínica y al concepto de pérdida de capacidad laboral en la contestación de la demanda bastan para considerar innecesaria la prueba. No obstante, ello no garantiza que los documentos aportados previamente sean completos ni que reflejen con exactitud la información médica que soporta la reclamación. Además, el acceso directo a la historia clínica por parte del despacho es esencial para verificar la existencia de patologías preexistentes que pudieron haber sido omitidas en la declaración del asegurado, lo que incide directamente en la validez del contrato de seguro y en la determinación de una posible retención. En este orden de ideas, es inadmisibles que la parte recurrente califique la actividad probatoria de la contraparte como una estrategia basada en falsedades, cuando en realidad responde a una necesidad probatoria legítima dentro del proceso.

Por último, la oposición al decreto de la prueba bajo la acusación de deslealtad procesal resulta ser una estrategia artificiosa para restringir el derecho a la prueba de la contraparte y obstaculizar el adecuado esclarecimiento de los hechos. La parte recurrente parte de la premisa errónea de que el asegurador ya contaba con toda la información médica de la asegurada al momento de la reclamación extrajudicial, cuando en realidad el acceso parcial a algunos documentos no excluye la posibilidad de que existan antecedentes médicos adicionales que puedan modificar la valoración del caso. Más aún, la solicitud de la historia clínica a la entidad prestadora de salud no es una maniobra dilatoria ni engañosa, sino una garantía de imparcialidad y objetividad en la valoración probatoria. En consecuencia, la solicitud de pruebas no puede ser denegada con base en una supuesta mendacidad que no ha sido probada, pues ello atentaría contra el principio de igualdad de armas y afectaría el derecho de defensa dentro del proceso.

- **RESPECTO DE LA IMPROCEDENCIA DEL RECURSO DE APELACIÓN EN SUBSIDIO INTERPUESTO.**

Es importante advertirle al Despacho el recurso de reposición y en subsidio apelación presentado por la parte demandante resulta improcedente por cuanto el recurso de apelación solo procede cuando se ha negado o inadmitido un medio probatorio a voces del numeral 3 del

artículo 321 del Código General del Proceso, el cual, a su tenor literal, dispone:

Artículo 321. Procedencia

Son apelables las sentencias de primera instancia, salvo las que se dicten en equidad.

También son apelables los siguientes autos proferidos en primera instancia:

(...)

3. El que niegue el decreto o la práctica de pruebas.

(...)

10. Los demás expresamente señalados en este código.

En el presente caso, la parte demandante optó por interponer un recurso en subsidio que deviene improcedente, toda vez que los autos que decretan una prueba no son susceptibles de apelación, conforme a las disposiciones del CGP. Todo lo contrario, solo son apelables los autos que las niegan. Luego, este tipo de decisiones tienen carácter interlocutorio y no se encuentran dentro de las providencias apelables taxativamente enumeradas por el legislador. Por lo que pretender ampliar el catálogo de decisiones recurribles sería contrariar el principio de taxatividad que rige en el derecho procesal colombiano.

Por lo anterior, y examinada la decisión a que se contrae el auto, 07 de febrero de 2025, que dispuso “RESUELVE: PRIMERO: REPONER y ADICIONAR el auto interlocutorio N°2414 fechado 29 de noviembre de 2024, mediante el cual esta judicatura decreto pruebas, por lo expuesto en este proveído. SEGUNDO: DECRETAR las siguientes pruebas: (...) Prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, para lo cual se le concederá un término de 10 días para remitirlo a esta unidad judicial, en

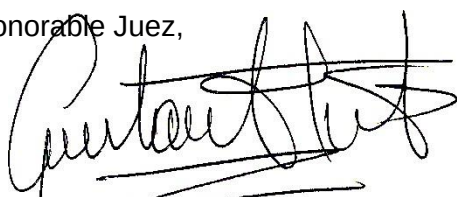
concordancia con el artículo 227 del C.G.P.” está claro que no se trata de una prueba que se niegue, por más que la parte contraria así lo quiera, es decir, tal decisión no se encuentra dentro del listado de providencias apelables conforme al artículo 321 del CGP. Luego, el recurso de apelación debe ser declarado improcedente.

III. SOLICITUD

Conforme a las consideraciones de hecho y de derecho expuestas, respetuosamente solicito lo siguiente:

1. Se **NIEGUE** el recurso de reposición interpuesto elevado por la parte demandante, toda vez que los fundamentos expuestos por la parte recurrente carecen de sustento jurídico y además, la prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas fue solicitado en apego a lo dispuesto en el artículo 226 y 168 del C.G.P.
2. Se declare **IMPROCEDENTE** el recurso de apelación interpuesto frente auto interlocutorio 238 del 07 de febrero de 2025, por cuanto el auto decreta pruebas solicitadas por mi representada, lo cual, conforme al artículo 321 del CGP, no admite recurso de apelación, sino cuando éstas se niegan.

Del Honorable Juez,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

T. P. No. 39.116 del C. S. de la J.