

Señores:

JUZGADO DIECINUEVE (19) CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE CALI.

j19cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL DE MÍNIMA CUANTÍA.

RADICADO: 76001-40-03-019-**2025-00256**-00.

DEMANDANTE: FABILU S.A.S.

DEMANDADOS: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA

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., con dirección electrónica de notificaciones notificaciones@gha.com.co, actuando en calidad de apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC**, identificada con NIT 860.524.654-6, con dirección electrónica de notificaciones notificaciones@solidaria.com.co, comedidamente procedo dentro del término legal a presentar **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA** interpuesta por **FABILU S.A.S.** en contra de mi procurada, manifestando desde este momento que me opongo a cada una de las pretensiones de la demanda conforme a las razones de derecho que se expresan en este escrito, con base en los siguientes:

SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA

En el presente caso, y con fundamento en los artículos 11 y 41 del Decreto 056 de 2015 y en el artículo 1081 del Código de Comercio, se tiene que la acción formulada por Fabilu S.A.S., en contra de Aseguradora Solidaria de Colombia EC, se encuentra prescrita, comoquiera que, desde la fecha de prestación del servicio médico a la víctima del accidente de tránsito y hasta la fecha de presentación de la demanda, han transcurrido más de los **2 años** previstos en los

preceptos normativos citados. Incluso, si hipotéticamente se computara el término prescriptivo desde la fecha de radicación de la factura tomando la misma como el requerimiento para el pago, de todos modos, tal como se ilustrará en líneas siguientes, la acción también estaría prescrita, por lo que, en virtud de lo dispuesto en el artículo 278 del C.G.P. el despacho deberá dictar sentencia anticipada declarando que se encuentra probado el fenómeno prescriptivo.

Conforme a lo mencionado anteriormente, es necesario recordar que la norma procesal referida hace alusión a los presupuestos bajo los cuales el Juez que conoce del proceso debe dictar sentencia anticipada:

“ARTÍCULO 278. CLASES DE PROVIDENCIAS. Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias.

(...)

En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:

- 1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.*
- 2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.*
- 3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa.” (subrayado fuera del texto original)*

Ahora bien, para continuar el análisis del fenómeno prescriptivo resulta pertinente traer a colación lo establecido en el artículo 11 del Decreto 056 de 2015 referente al término con el que cuentan los prestadores de salud para presentar la reclamación respectiva ante la compañía

aseguradora:

“Artículo 11. Término para presentar las reclamaciones. Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:

a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, dentro del año siguiente a la fecha en la que se prestó el servicio o a la del egreso de la víctima de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, con ocasión de la atención médica que se le haya prestado;

b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.” (subrayado fuera del texto original)

De forma complementaria, el artículo 41 del mismo Decreto establece las condiciones generales del SOAT en las cuales incluye el término de prescripción ya referido en los siguientes términos:

“Artículo 41. Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

1. Pago de reclamaciones. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:

1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención

médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud. (...)

Teniendo en cuenta que las normas que regulan la reclamación ante la compañía aseguradora en temas relacionados con el SOAT remiten a la legislación comercial sobre la prescripción, debe recordarse que el artículo 1081 del Código de Comercio establece el término para la prescripción ordinaria y su contabilización en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 1081. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción (...)

De esta forma, se tiene que el término de la prescripción para que la entidad prestadora del servicio de salud efectúe la reclamación respectiva a la aseguradora es de 2 años, los cuales deben contarse a partir de la prestación del servicio a la víctima del accidente de tránsito o desde su egreso de dicha institución, postura que ha sido respaldada por la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC-3075 de 2024:

“(...) En suma, la prescripción ordinaria de las acciones ejecutivas y declarativas con que cuentan las IPS para reclamar el pago del amparo de gastos de salud del SOAT será de dos años, contados a partir del momento en que dicha IPS «haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción», lo cual, según la regulación especializada, sucede cuando la víctima del accidente de tránsito «fue atendida o (...) egresó de la institución prestadora».

Descendiendo al caso concreto, tenemos que las facturas objeto de litigio fue emitida con ocasión a servicios médicos suministrados en virtud de los amparos concertados en Contratos de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT, y por lo mismo, opera el régimen especial de prescripción previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio (prescripción ordinaria), cuyo término bienal se computa a partir de la fecha en que la víctima fue atendida o que egresó de la institución de salud, tal como impone el artículo 41 el Decreto 056 de 2015. Así, tenemos que la reclamación por los gastos relacionados con el servicio de salud que se constata en la factura No. FS203612, se encuentra prescrita.

Conforme a lo señalado anteriormente, es claro que la atención brindada por Fabilu S.A.S. a la señora Angie Tatiana Villalba Medina, la cual motivó la emisión de la factura que fundamenta la demanda, fue prestada desde el día 16 de julio de 2022 con egreso de la paciente el día 17 de julio de 2022. En este sentido, es claro que desde dicha época empezó a correr el término prescriptivo de 2 años regulado en el Código de Comercio, aplicable a las reclamaciones de SOAT por remisión expresa del artículo 41 del Decreto 056 de 2015, respaldada por la jurisprudencia, por lo tanto, la demanda presentada por la parte accionante resulta extemporánea, pues la acción bajo estudio solo podía presentarse hasta el día 17 de julio de 2024.

Ahora bien, si en gracia de discusión se decidiera tomar como fecha inicial para contabilizar el término prescriptivo aquella en la cual se presentó la factura antes referida, la cual de por sí fue emitida de forma tardía pues apenas se expidió el día 10 de septiembre de 2022, debe ponerse de presente que la presentación de la factura ante la aseguradora se hizo el día 19 de septiembre de 2022. La anterior circunstancia permite afirmar que, en todo caso, la prescripción ya referida se configuró el día 19 de septiembre de 2024, siendo claro que la demanda fue presentada de manera extemporánea pues la misma solo fue radicada hasta el día 7 de marzo de 2025, es decir, 5 meses y 15 días después de que se perfeccione la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro.

Atendiendo a la evidente configuración del fenómeno prescriptivo, el Juez deberá dictar

sentencia anticipada declarando su existencia, toda vez que dicho supuesto se ajusta al numeral 3 del artículo 278 del C.G.P.

OPORTUNIDAD

La presente contestación de la demanda se presenta de forma tempestiva teniendo en cuenta que mi representada fue notificada por correo electrónico el día 6 de mayo de 2025, por lo cual, a dicha forma de notificación deben aplicarse los términos referidos en la ley 2213 de 2022.

Conforme a lo anterior, el artículo 8 de la ley 2213 de 2022 señala frente a la notificación por medios electrónicos:

ARTÍCULO 8o. NOTIFICACIONES PERSONALES. *Las notificaciones que deban hacerse personalmente también podrán efectuarse con el envío de la providencia respectiva como mensaje de datos a la dirección electrónica o sitio que suministre el interesado en que se realice la notificación, sin necesidad del envío de previa citación o aviso físico o virtual. Los anexos que deban entregarse para un traslado se enviarán por el mismo medio.*

El interesado afirmará bajo la gravedad del juramento, que se entenderá prestado con la petición, que la dirección electrónica o sitio suministrado corresponde al utilizado por la persona a notificar, informará la forma como la obtuvo y allegará las evidencias correspondientes, particularmente las comunicaciones remitidas a la persona por notificar.

La notificación personal se entenderá realizada una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje y los términos empezarán a contarse cuándo el iniciador recepcione acuse de recibo o se pueda por otro medio constatar el acceso del destinatario al mensaje (...) (subrayado fuera del texto original)

Aplicando esta norma al caso concreto, debe tenerse en cuenta que la parte demandante remitió notificación electrónica el día 6 de mayo de 2025, por lo cual los 2 días hábiles corrieron hasta el 8 de mayo cuando se entendió surtida la notificación, en este sentido, el término empezó a contar desde el día 9 de mayo y se cumpliría el día 22 de mayo de 2025, por lo que la contestación se hace dentro de término.

No obstante lo anterior, debe añadirse el hecho de que el auto admisorio de la demanda fue objeto de recurso de reposición propuesto por esta parte, el cual fue radicado de forma tempestiva el día 13 de mayo de 2025 situación que, a voces del inciso tercero del artículo 118 del CGP, interrumpe el término para contestar la demanda y este solo volverá a correr a partir del día siguiente a la notificación del auto que resuelva el recurso.

I. FERENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO PRIMERO: A mi representada no le consta de manera directa si la demandante es propietaria del establecimiento denominado Clínica Colombia ES, pues aunque así lo afirma, no allegó con el escrito de la demanda el certificado mercantil que dé cuenta que dicho establecimiento de comercio es de su propiedad, por lo cual deberá probarlo conforme a lo previsto en el artículo 167 del CGP.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: Este hecho refiere diversas afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que, conforme los documentos anexos a la demanda, Fabilu S.A.S. prestó los servicios de urgencia a la señora Angie Tatiana Villalba Medina, sin embargo, se precisa que la paciente no es beneficiaria del SOAT asociado a la motocicleta de placas XNN-30E, pues el accidente de tránsito no fue atribuible al vehículo referido, por lo tanto, dicha calidad no fue acreditada lo que impide la afectación de la póliza para cubrir el pago de los gastos médicos reclamados.

- No es cierto que los servicios de salud prestados fueron debidamente facturados y reclamados conforme a la normatividad que rige la materia toda vez que, como se observa en la objeción de Aseguradora Solidaria de Colombia EC que data del 6 de octubre de 2022, se verificó que el accidente no fue causado por el vehículo asegurado en el SOAT, luego, la reclamación no se ajusta al Decreto 056 de 2015 resultando improcedente el pago pretendido.
- Es cierto que la factura fue radicada el día 19 de septiembre de 2022. Téngase en cuenta en este apartado que la acción judicial derivada del seguro no es procedente ya que operó la prescripción ordinaria prevista en el artículo 1081 del Código de Comercio la cual se contabiliza desde el día 17 de julio de 2022, cumpliendo los 2 años el 17 de julio de 2024. Sin embargo, si se llegare a tomar como punto de partida para la contabilización del término prescriptivo la fecha de radicación referida en este hecho, se tiene que tal fenómeno también operó pues el límite temporal para interponer la presente acción legal feneció el día 19 de septiembre de 2024.

FRENTE AL HECHO TERCERO: Este hecho contiene diversas afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente forma:

- Es cierto que la factura presentada por Fabilu S.A.S. fue objetada por Aseguradora Solidaria de Colombia EC. Frente a este hecho debe precisarse que la objeción es válida toda vez que fue posible verificar que la reclamación de la institución de salud no se ajusta a los preceptos del Decreto 056 de 2015.
- Es cierto que se presentaron las objeciones y las respuestas a dichas objeciones en las fechas referidas en el presente hecho.
- No es cierto que la documentación se presentó conforme a la normatividad que rige la materia toda vez que, como se observa en la objeción de Aseguradora Solidaria de Colombia EC que data del 6 de octubre de 2022, se verificó que el accidente no fue causado por el

vehículo asegurado en el SOAT, luego, la reclamación no se ajusta al Decreto 056 de 2015 resultando improcedente el pago pretendido.

- A mi representada no le consta si al momento de la prestación del servicio de salud la paciente indicó a la institución el SOAT de la motocicleta de placas XNN-30E, sin embargo, se aclara que lo que la parte demandante señala en este hecho no es el documento del SOAT, sino la licencia de tránsito del vehículo en mención. Asimismo, no se observa en los anexos de la demanda el documento atinente al SOAT.
- Es cierto que el SOAT en cuestión se encontraba vigente entre el 17 de febrero de 2022 al 16 de febrero de 2023.
- No es cierto que la sola cobertura temporal anteriormente referida implique el pago automático de los servicios médicos prestados al paciente pues esto se sujeta a la verificación del cumplimiento de los requisitos referidos en la normatividad que rige la materia. Así, en el presente caso no se verificó que el accidente en cuestión se enmarque en los supuestos regulados por el Decreto 056 de 2015, por lo que el pago reclamado no es procedente.
- A mi representada no le consta directamente que para el cobro de los procedimientos y atenciones médicas la demandante base dichos cobros únicamente en el Decreto 2423 de 1996, situación que la parte demandante deberá corroborar en el presente proceso.

FRENTE AL HECHO CUARTO: Este hecho contiene diversas afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente forma:

- Es cierto que hasta ahora no se ha efectuado el pago solicitado por la contraparte teniendo en cuenta que no existe exigencia alguna frente a mi representada para efectuarlo, puesto que no se cumplen los requisitos exigidos por la normatividad aplicable a este tipo de seguro para proceder de conformidad, tal como quedó plasmado en la objeción del 6 de octubre de

2022.

- No es cierto que mi representada se encuentre retrasando el pago, esta afirmación no corresponde a un supuesto fáctico, es una apreciación subjetiva. Como se ha indicado, el eventual pago no resulta procedente al verificar que el accidente que motiva la reclamación no se encuentra dentro de los supuestos regulados por el Decreto 056 de 2015, situación que impide tal pago. Por otra parte, es la accionante quien ha insistido en el mismo sin brindar elementos nuevos a la aseguradora que le permitan ampliar el análisis efectuado frente a la viabilidad del pago de los servicios médicos.

FRENTE AL HECHO QUINTO: No es cierto que mi representada se encuentre en mora de cancelar la suma reclamada más los intereses moratorios de la misma ya que para que nazca a la vida la obligación indemnizatoria y sobre todo condicional de mi representada, se requería que Fabilu S.A.S. cumpliera con la carga establece en el artículo 1077 del C.Co., situación válida por disposición expresa del inciso cuarto del artículo 38 del Decreto 056 de 2015. Ahora bien, por lógica, la acreditación de los requisitos del mencionado artículo en el caso de la entidad prestadora de servicios de salud se circunscribe al cumplimiento de los presupuestos previstos a lo largo del Decreto 056 de 2015, así como a la verificación de que no hayan existido causales de devolución o glosas a las facturas presentadas. No obstante, tales supuestos no fueron acreditados por lo que no puede predicarse la existencia de obligación alguna y por ende tampoco puede considerarse que mi representada se encuentre en mora, dado que, no es posible predicarse la mora de una obligación inexistente.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO A ESTA PRETENSIÓN toda vez que, en primer lugar, se encuentra configurada la prescripción ordinaria de 2 años respecto de las acciones derivadas del contrato de seguro, la cual se encuentra regulada en el artículo 1081 del C.Co. y es aplicable por remisión expresa del Decreto 056 de 2015. De esta forma debido a que la factura objeto del proceso obedece a la atención brindada a la paciente del accidente de

tránsito que egresó de la institución en el 17 de julio de 2022, es claro que el término prescriptivo empezó a contar desde la mencionada data configurándose el 17 de julio de 2024, no obstante, la demanda fue interpuesta más de 7 meses después del límite previsto en la ley.

Además, debe decirse que la parte demandante no aporta ninguna prueba que corrobore que la objeción, que alega fue efectuada por mi representada, haya sido infundada, limitándose a efectuar una apreciación subjetiva de las causales invocadas sin ningún sustento probatorio siendo claro el incumplimiento de la carga que le impone el artículo 167 del C.G.P.

Finalmente, cabe resaltar que solo es posible esperar el pago de los gastos determinados en el Decreto por parte de la compañía aseguradora en tanto estos tengan alguna relación con el vehículo que ampara en el respectivo seguro. Ahora bien, debe entenderse que esa relación a la que se hace referencia entre el vehículo asegurado y los gastos reclamados obedece concretamente a que dicho vehículo haya sido el causante de las lesiones que dieron lugar a la atención y gastos médicos, de lo contrario, carecería de sentido referir siquiera el número de placa de vehículo en la póliza si la misma pudiera ser afectada por el solo hecho de ser puesta en conocimiento por parte de la entidad prestadora de los servicios de salud a la compañía de seguros sin verificar la relación referida. Por lo que si bien ya operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, lo cierto es que la objeción emitida por mi representada se encuentra fundada.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO a esta pretensión pues no es posible derivar una presunta obligación pendiente de pago a cargo de mi representada que emane de la factura que ha allegado al proceso la parte demandante, debido a que esta factura emitida por FABILU S.A.S., fue objetada en su valor total, y la parte demandante omitió efectuar la respectiva subsanación de la misma, razón por la cual dicha glosa u objeción se entiende como aceptada, y por lo mismo, resulta imposible aduce la existencia de un supuesto saldo pendiente.

Lo anterior, sin perjuicio de que como ya se ha indicado se encuentra configurada la prescripción ordinaria de 2 años respecto de las acciones derivadas del contrato de seguro, la cual se

encuentra regulada en el artículo 1081 del C.Co. y es aplicable por remisión expresa del Decreto 056 de 2015. De esta forma debido a que la factura objeto del proceso obedece a la atención brindada a la paciente del accidente de tránsito que egresó de la institución en el 17 de julio de 2022, es claro que el término prescriptivo empezó a contar desde la mencionada data configurándose el 17 de julio de 2024, no obstante, la demanda fue interpuesta más de 7 meses después del límite previsto en la ley.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: ME OPONGO a esta pretensión, ya que la factura objeto de análisis en el presente proceso fue objetada en su valor total, y la parte demandante omitió efectuar la respectiva subsanación de la misma incluso hasta el actual momento procesal, razón por la cual dicha glosa u objeción se entiende como aceptada, y por lo mismo, resulta imposible levantar la misma al no existir causa para ello.

FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA: ME OPONGO a esta pretensión ya que la parte demandante solicita el reconocimiento de una suma de dinero e intereses de mora dispuestos en el artículo 1080 del C.Co., ignorando que los supuestos del artículo 1077 del C.Co. no fueron acreditados por lo que no puede predicarse la existencia de obligación alguna y por ende tampoco puede considerarse que mi representada se encuentre en mora, dado que, no es posible predicarse la mora de una obligación inexistente, por lo dicho es claro que ningún respaldo encuentra la solicitud de pago del capital y de intereses de mora cuando la parte demandante no ha demostrado fehacientemente los requisitos mencionados. Nótese que ni siquiera en esta instancia judicial ha probado las razones por las que afirma que las objeciones o devoluciones que efectuó mi representada en su momento resultaron infundadas, limitándose a hacer apreciaciones subjetivas en su escrito sin ningún sustento real. Por lo anterior esta pretensión no puede ser concedida.

Lo anterior sin perjuicio de que se encuentra configurada la prescripción ordinaria de 2 años respecto de las acciones derivadas del contrato de seguro, la cual se encuentra regulada en el artículo 1081 del C.Co. y es aplicable por remisión expresa del Decreto 056 de 2015. De esta forma debido a que la factura objeto del proceso obedece a la atención brindada a la paciente

del accidente de tránsito que egresó de la institución en el 17 de julio de 2022, es claro que el término prescriptivo empezó a contar desde la mencionada data configurándose el 17 de julio de 2024, no obstante, la demanda fue interpuesta más de 7 meses después del límite previsto en la ley.

FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA: ME OPONGO a esta pretensión por ser consecuencial de las anteriores.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA: ME OPONGO a esta pretensión, pues resulta claramente improcedente solicitar medidas cautelares en el presente proceso cuando mi representada es una sociedad cuyo objeto se relaciona con el pago de los valores de los riesgos asegurados, luego, si en el remoto e improbable caso llegare a emitirse sentencia adversa en contra de la compañía, la misma procedería al pago respectivo sin demora alguna. Adicionalmente a lo anterior, la solicitud de medidas cautelares no tiene relación con las pretensiones que se buscan en la demanda, luego, es impreciso colocar en el acápite de pretensiones una solicitud de medida cautelar.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con lo establecido en el inciso primero del artículo 206 del Código General del Proceso y con el fin mantener un equilibrio procesal, garantizar pedimentos razonables y salvaguardar el derecho de defensa de mi procurada, procedo a **OBJETAR** el juramento estimatorio de la demanda.

Inicialmente se debe advertir que, conforme a lo establecido en el artículo 206 del CGP, los perjuicios patrimoniales solicitados deben ser estimados de forma razonada:

*“ARTÍCULO 206. JURAMENTO ESTIMATORIO. Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, **deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o***

petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación.

(...)" (Resaltado propio).

De esta forma, resulta claro que la estimación efectuada por la parte demandante carece del razonamiento solicitado por la norma, pues en este acápite se refiere una estimación de \$14.785.966 con base en el saldo de la factura base del presente proceso. Sin embargo, la parte demandante justifica dicho saldo bajo el argumento de que la objeción que fue efectuada por la aseguradora carecía de sustento alguno, afirmación que resulta subjetiva y carente de prueba, pues Fabilu S.A.S. se limita a realizar apreciaciones que no devienen de una visión objetiva del material probatorio que obra en el proceso, pues si así fuera, se deduce con lógica que las observaciones a la factura se ajustó a los parámetros referidos en las normas especiales alusiva al cobro de valores con cargo al SOAT.

A lo anterior debe añadirse que la acción se encuentra prescrita, toda vez que este fenómeno se materializó en los términos del artículo 1081 del C.Co. y es aplicable por remisión expresa del Decreto 056 de 2015. De esta forma debido a que la factura objeto del proceso obedece a la atención brindada a la paciente del accidente de tránsito que egresó de la institución en el 17 de julio de 2022, es claro que el término prescriptivo empezó a contar desde la mencionada data configurándose el 17 de julio de 2024, no obstante, la demanda fue interpuesta más de 7 meses después del límite previsto en la ley.

De lo expuesto, resulta claro concluir que no existen elementos de convicción que acrediten la suma aquí referida y mucho menos que esta se adeuda a la demandante.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO

1. PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

Esta excepción se propone teniendo en cuenta que Fabilu S.A.S. solicita el pago del importe de la factura relativa a la atención Angie Tatiana Villalba Medina, por lo que pretende el pago conforme a los amparos contemplados en el SOAT respecto de dicha atención brindada los días 16 y 17 de julio de 2022. En este entendido, debe tenerse en cuenta que dicho seguro se encuentra reglado por el Decreto 056 del año 2015, que remite al término de la prescripción ordinaria establecida en el artículo 1081 del Código de Comercio aclarando, además, que el cómputo del término inicia desde el momento en que se brindó la atención o egresó el paciente de la institución de salud. En este sentido, es claro que operó el fenómeno prescriptivo, pues la prescripción ordinaria de 2 años se configuró el 17 de julio de 2024. Ahora bien, si hipotéticamente se llegare a considerar que el término bajo análisis debe contabilizarse desde la presentación de la factura, en todo caso esta fue radicada ante la aseguradora el día 19 de septiembre de 2022, por lo que la prescripción se cumplió el día 19 de septiembre de 2024, no obstante lo anterior, la demandante solo interpone demanda en contra de mi representada transcurridos 5 meses y 15 días desde esta última fecha, por lo que es claro que el Juzgado debe declarar tal prescripción y negar las pretensiones de la accionante.

Conforme a lo anterior, resulta pertinente traer a colación lo establecido en el artículo 11 del Decreto 056 de 2015 referente al término con el que cuentan los prestadores de salud para presentar la reclamación respectiva ante la compañía aseguradora:

“Artículo 11. Término para presentar las reclamaciones. Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:

a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, dentro del

año siguiente a la fecha en la que se prestó el servicio o a la del egreso de la víctima de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, con ocasión de la atención médica que se le haya prestado;

b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio. (subrayado fuera del texto original)

De forma complementaria, el artículo 41 del mismo Decreto establece las condiciones generales del SOAT en las cuales incluye el término de prescripción ya referido en los siguientes términos:

“Artículo 41. Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

1. Pago de reclamaciones. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:

1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud. (...)

Teniendo en cuenta que las normas que regulan la reclamación ante la compañía aseguradora en temas relacionados con el SOAT remiten a la legislación comercial sobre la prescripción, debe recordarse que el artículo 1081 del Código de Comercio establece el término para la prescripción ordinaria y su

contabilización en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción (...).”

De esta forma, se tiene que el término de la prescripción para que la entidad prestadora del servicio de salud efectúe la reclamación respectiva a la aseguradora es de 2 años, los cuales deben contarse a partir de la prestación del servicio a la víctima del accidente de tránsito o desde su egreso de dicha institución, postura que ha sido respaldada por la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC-3075 de 2024:

*“(...) En suma, la prescripción ordinaria de las acciones ejecutivas y declarativas con que cuentan las IPS para reclamar el pago del amparo de gastos de salud del **SOAT será de dos años, contados a partir del momento en que dicha IPS «haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción», lo cual, según la regulación especializada, sucede cuando la víctima del accidente de tránsito «fue atendida o (...) egresó de la institución prestadora».**”*

Descendiendo al caso concreto, tenemos que la factura objeto de litigio fue emitida con ocasión a servicios médicos suministrados en virtud de los amparos concertados en Contratos de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT, y por lo mismo, opera el régimen especial de prescripción previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio (prescripción ordinaria), cuyo término bienal se computa a partir de la fecha en que la víctima fue atendida o que egresó de la institución de salud, tal como impone el artículo 41 del Decreto 056 de 2015. Así, tenemos que

se configuró la prescripción al verificar la fecha de egreso de la paciente plasmada en la factura FS203612, así como su fecha de radicación ante la aseguradora:

Página 1 de 1

FABILU S.A.S
DIRECCION: CRA 46 9C-85
NIT: 900242742 - 1
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
TELEFONOS: 3850285 CALI-VALLE DEL CAUCA
FS203612

CLÍNICA COLOMBIA ES
Salud para todos

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA NIT: 860524654 - 6
DIRECCIÓN: CALLE 100 9A 45 P 12
TELÉFONOS: 2961523
PLAN: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA 2022
PACIENTE: VILLALBA MEDINA ANGIE TATIANA
FECHA INGR.: 16/07/2022 FECHA EGRE.: 17/07/2022
FECHA ELAB.: 10/09/2022 16:50 FECHA VENC.: 10/10/2022
FORMA DE PAGO: CREDITO MEDIO DE PAGO: INSTRUMENTO NO DEFINIDO
N° CONTRATO: 20220101-4
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN / PAGO: Pago por tipo de servicio
TIPO DE USUARIO: Tomador / NUMERO DE PÓLIZA: 1502-430000004-4
Amparado SOAT

PROFESIONAL: MAYERLIN MARTINEZ PORTILLA
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
DPTO: HOSPITALIZACION 5 PISO
HISTORIA: CC 1144180471
N° AUTORIZACIÓN: 1
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS: Cobertura Póliza SOAT
FECHA VALIDACIÓN DIAN: 10/09/2022 16:50



Conforme a lo señalado anteriormente, es claro que la atención fue brindada por Fabilu S.A.S. desde el día 16 de julio de 2022, y la paciente egresó de la entidad el 17 de julio del mismo año. En este sentido, es claro que desde dicha época empezó a correr el término prescriptivo de 2 años regulado en el Código de Comercio, aplicable a las reclamaciones de SOAT por remisión expresa del artículo 41 del Decreto 056 de 2015 respaldada por la jurisprudencia, por lo tanto, la demanda presentada por la parte accionante resulta extemporánea pues la acción bajo estudio solo podía presentarse hasta el día 17 de julio de 2024. Ahora bien, también es posible

verificar que la factura bajo análisis fue radicada por primera vez ante la aseguradora el día 19 de septiembre de 2022 siendo claro que, de contabilizar la prescripción desde dicha data, el término para presentar la demanda feneció el 19 de septiembre de 2024, sin embargo, la demanda en cuestión solo fue presentada hasta el 7 de marzo de 2025, como se observa en la información del proceso registrada en el portal web de la consulta nacional unificada de la rama judicial:

CONSULTAR

NUEVA CONSULTA

23 / 23

DETALLE DEL PROCESO

76001400301920250025600

Fecha de consulta:

2025-05-21 18:02:00.47

Fecha de replicación de datos:

2025-05-21 17:58:04.56

2025-03-20	Auto admite demanda	Se admite demanda; se fija caución por valor de \$2.957.193 equivalente al 20% del valor de las pretensiones, la cual debe ser prestada en el término de 10 días	2025-03-20
2025-03-10	Constancia secretarial	Pasa a AJL	2025-03-10
2025-03-07	Radicación de Proceso	Actuación de Radicación de Proceso realizada el 07/03/2025 a las 16:34:21	2025-03-07

2025-03-07

2025-03-07

2025-03-07

2025-03-07

Activa Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Windows

Ahora bien, resulta necesario aclarar que, conforme a los hechos de la demanda, la accionante objetó múltiples veces la glosa efectuada por Aseguradora Solidaria de Colombia EC a la factura que fundamenta la presente demanda. No obstante lo anterior, bajo ninguna circunstancia podrán tomarse las fechas de las diferentes respuestas a la glosa efectuada como punto de referencia para contabilizar el término prescriptivo pues resulta claro que la norma prevé que la prescripción se cuenta desde el momento del egreso del paciente. Adicionalmente, el ejercicio de contabilización a partir de la primera presentación de la factura se toma únicamente bajo el supuesto de que dicha presentación sea eventualmente considerada como la reclamación efectuada por la clínica a la aseguradora, sin embargo, ello no implica la posibilidad de que cada respuesta a la glosa presentada constituya una nueva reclamación que tenga la virtualidad de

interrumpir el término prescriptivo.

Conforme a lo manifestado, se concluye que las pretensiones de la demanda deberán ser negadas teniendo en cuenta que el término prescriptivo aplicable a la acción presentada por la demandante es de 2 años conforme a lo dispuesto por el artículo 1081 del C.Co. para la prescripción ordinaria, el cual resulta aplicable para las reclamaciones efectuadas por las entidades de salud con cargo al SOAT conforme lo prevé el decretó 056 de 2015. De esta forma, el término empezó a computarse desde el egreso de la institución de salud por parte de la paciente el día 17 de julio de 2022, siendo claro que han transcurrido más de 2 años desde la data mencionada hasta la fecha en que se radicó la presente demanda, esto es el 7 de marzo de 2025, pues transcurrió un periodo de más de 7 meses luego de haberse cumplido el bienio el 17 de julio de 2024. Ahora bien, si hipotéticamente se tomara como punto de referencia la radicación de la reclamación el mediante la presentación de la factura el día 19 de septiembre de 2022, se tiene que el término de 2 años culminó el 19 de septiembre de 2024, no obstante, la demanda solo se interpuso 5 meses y 15 días después. De esta manera, el Juzgado deberá negar las pretensiones de la demanda pues la configuración de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro prevalece sobre la discusión del supuesto incumplimiento aquí alegado frente a los pagos por parte de la aseguradora.

Solicito declarar probada esta excepción.

2. LA FACTURA FS203612 NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS PREVISTOS EN EL DECRETO 056 DE 2015 PARA EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE SERVICIOS DE SALUD SUMINISTRADOS A VÍCTIMAS DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, CON CARGO AL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO – SOAT

Sin perjuicio de la excepción anterior, a partir de la cual surge evidente que no existe ninguna obligación de pago pendiente a cargo de mi procurada, de todos modos, es necesario advertir que, conforme a las objeciones formuladas por Aseguradora Solidaria de Colombia EC, respecto de la factura emitida por Fabilu S.A.S., existe una irregularidad que demuestra el incumplimiento

por parte de la sociedad demandante frente las exigencias consagradas en el Decreto 056 de 2015. De esta manera, la factura en mención fue emitida pretendiendo el cobro a la aseguradora sin que el vehículo de placas XNN-30E asegurado mediante el SOAT fuera el causante de las lesiones que generaron la atención médica de la paciente Angie Tatiana Villalba Medina, por lo cual, incluso desde la época en que fue presentada la factura es evidente que la entidad de salud desatendió a los requisitos legales para la procedencia del pago, lo que en consecuencia impide el surgimiento de la obligación de pago a cargo de mi representada.

Conforme a lo señalado anteriormente, resulta pertinente recordar que el Decreto 056 de 2015 tiene por objeto:

*“(...) **Artículo 1°. Objeto.** El presente decreto tiene por objeto establecer las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en que deben operar tanto la Subcuenta ECAT del Fosyga, como las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y demás entidades referidas en el ámbito de aplicación de este acto administrativo (...)”*

Así, en cumplimiento del objeto señalado, dentro de la regulación establecida en el mencionado acto administrativo se determina cuáles son los amparos que rigen para el SOAT, el límite de los mismos, quién se encuentra legitimado para reclamar a la aseguradora el pago de los servicios de salud, etc. Ahora bien, dentro de este contexto, el creador de la norma ha delimitado los eventos en que la aseguradora debe responder por los gastos de la atención médica, los cuales se encuentran asociados a que el origen de las lesiones que dan lugar a la atención médica haya sido generado por el vehículo asegurado.

Lo mencionado con anterioridad poder verificarse, por ejemplo, en el numeral 1 del artículo 40, norma que para fines ilustrativos se cita a continuación:

“(…) Artículo 40. Repetición. Se podrá repetir el pago realizado a las víctimas de accidentes de tránsito, así:

- 1. Las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, podrán repetir en acción judicial contra la Subcuenta ECAT del Fosyga, el valor de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos cancelados a la víctima o a los beneficiarios, cuando judicialmente se demuestre que la póliza que ampara el vehículo que ocasionó el accidente de tránsito, es falsa.*

(…)” (subrayado fuera del texto original)

De la lectura de la norma en cuestión puede inferirse con claridad que el fin de la misma es determinar la obligación del reconocimiento de gastos y atención médica por parte de la aseguradora cuando el vehículo asegurado por esta haya sido el que causó el accidente de tránsito, no es otra la interpretación que puede darse al Decreto en cuestión teniendo en cuenta que el mismo, por ejemplo, habilita a la aseguradora para repetir en contra de la sub cuenta ECAT del Fosyga haciendo referencia a la falsedad de la póliza del vehículo que ocasionó el accidente de tránsito, luego, la norma considera que la aseguradora no tiene la obligación de asumir los gastos médicos si el accidente de tránsito no fue originado por el vehículo registrado en la respectiva póliza.

Lo anterior guarda lógica con el seguro de daños, el cual tiene similitud con el SOAT en cuanto al reconocimiento de gastos se refiere, en tanto el riesgo a asumir se encuentra estrechamente ligado con el vehículo determinado en la respectiva póliza, de esta manera, solo es posible esperar el pago de los gastos determinados en el Decreto por parte de la compañía aseguradora en tanto estos tengan alguna relación con el vehículo que ampara en el respectivo seguro. Ahora bien, debe entenderse que esa relación a la que se hace referencia entre el vehículo asegurado

y los gastos reclamados obedece concretamente a que dicho vehículo haya sido el causante de las lesiones que dieron lugar a la atención y gastos médicos, de lo contrario, carecería de sentido referir siquiera el número de placa de vehículo en la póliza si la misma pudiera ser afectada por el solo hecho de ser puesta en conocimiento por parte de la entidad prestadora de los servicios de salud a la compañía de seguros sin verificar la relación referida.

Conforme a lo anterior, Aseguradora Solidaria de Colombia EC emitió objeción con fecha 6 de octubre de 2022, en la que el pago fue negado al poder verificar que las lesiones sufridas por la paciente no fueron originadas por el vehículo asegurado:

2. LA NORMA

El Decreto 780 de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social” compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud y por tanto incluye en su contenido todas las disposiciones del Decreto 0056 de 2015 así:

“Parte 6, Título 1, Capítulo 4:

Artículo 2.6.1.4.1. Objeto. El presente Capítulo tiene por objeto establecer las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en que deben operar tanto la Subcuenta ECAT del Fosyga, como las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y demás entidades referidas en el ámbito de aplicación de este acto administrativo. (Artículo 1º del Decreto 56 de 2015)

3. ANALISIS Y CONCLUSIONES

Analizados los documentos que conforman la reclamación con base en la norma anterior, encontramos que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA no es la Entidad responsable del pago requerido por usted, teniendo en cuenta que según auditoría de campo se pudo determinar que las lesiones sufridas por el paciente si son consecuencia de un accidente de tránsito, sin embargo, las mismas no fueron ocasionadas por la motocicleta vehículo de placa XNN30E. Lo anterior es corroborado en durante el procedimiento de auditoría de campo.

Dicha objeción no fue aceptada por la ahora demandante quien se dedicó a insistir en su desacuerdo frente a la misma sin aportar elementos de conocimiento nuevos que permitieran a la aseguradora contar con nuevos insumos para variar el análisis efectuado, sino que la accionante se limitó simplemente a reiterar el descontento que tenía frente a dicha objeción, por lo que es claro que ni al inicio, ni en las múltiples respuestas a la glosa tantas veces reiterada, dio cumplimiento a lo previsto en el Decreto 056 de 2015 con el fin de tornar en procedente el

pago de la suma exigida por los servicios médicos prestados con cargo al SOAT, por lo que su reclamación es improcedente.

De esta forma, se concluye que la reclamación de la parte demandante para obtener el pago de la suma referida en la factura No. FS.203612 resulta claramente improcedente, pues no cumple con los presupuestos previstos en el Decreto 056 de 2015 al no existir una relación entre las lesiones atendidas por la institución de salud y la participación del vehículo de placas XNN-30E en el accidente de tránsito, motivo por el cual deberá proceder el Juzgado a negar las pretensiones de la demanda.

Solicito declarar probada esta excepción.

3. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO DERIVADA DE LA FACTURA OBJETO DE DEMANDA, COMO QUIERA QUE LA PARTE DEMANDANTE NO SUBSANÓ LAS GLOSAS FORMULADAS OPORTUNAMENTE POR MI REPRESENTADA, CONFORME AL DECRETO 056 DE 2015, Y, POR TANTO, DICHAS GLOSAS U OBJECIONES, SE ENTENDERÁN ACEPTADAS POR EL DEMANDANTE

En el presente caso, resulta necesario advertir al operador judicial que no es posible derivar una presunta obligación pendiente de pago a cargo de mi representada que emane de la factura que ha allegado al proceso la parte demandante, debido a que esta factura emitida por FABILU S.A.S., fue objetada en su valor total, y la parte demandante omitió efectuar la respectiva subsanación de la misma, razón por la cual dicha glosa u objeción se entiende como aceptada, y por lo mismo, resulta imposible aduce la existencia de un supuesto saldo pendiente.

El artículo 23 del Decreto 4747 de 2007 prevé el trámite de glosas generadas por las entidades responsable de pago, en cambio de los servicios de salud suministrador por los prestadores de tales servicios, veamos:

Artículo 23. Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de

servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. **El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción.**

En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud. Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.

En virtud de lo anterior, y tal como lo tiene dicho el Ministerio de Salud y Protección Social “*Si el prestador no responde las glosas en el término establecido, la entidad responsable del pago*

no estará obligada a cancelar”¹.

En el caso concreto, es necesario indicar que mi representada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC, formuló la respectiva glosa y objetó la factura emitida por la sociedad demandante, sin que FABILU S.A.S., hubiere subsanado las deficiencias anotadas, razón por la que, conforme a la normativa transcrita, las siguientes objeciones se entienden ACEPTADAS y por lo mismo **NO EXISTE OBLIGACIÓN DE PAGO PENDIENTE A CARGO DE MI PROCURADA.**

Precisamente, en el escrito de la demanda se evidencia cómo la parte demandante afirma que las glosas efectuadas son supuestamente infundadas sin sustentar probatoriamente dicha afirmación y, en consecuencia, se limita a entrar en desacuerdo con ellas sin mencionar cuando y de qué forma procedió a subsanarlas, por lo tanto, es claro que la accionante ha incumplido dicho deber impidiendo que ahora se pueda tener por válido el descuerdo que presenta en el escrito de la demanda respecto de las glosas.

Así las cosas, es evidente que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC, formuló oportunamente glosas en contra de la factura cuyo incumplimiento demanda la parte actora. En virtud de lo anterior, correspondía a FABILU S.A.S., subsanar las glosas, aceptarlas o justificar que no tenían lugar. No obstante, como aquello no ocurrió, es entendido que tales inconformidades fueron ACEPTADAS por la IPS prestadora, y por lo mismo, no existe ninguna obligación de pago a cargo de mi procurada. Todo lo anterior, sin perder de vista que, de todos modos, la acción instaurada se encuentra prescrita.

Conforme a lo expuesto, solicito sea declarada como probada esta excepción.

¹ https://www.minsalud.gov.co/Lists/FAQ/Plan%20Obligatorio%20de%20Salud.aspx?Paged=TRUE&p_ID=259&PageFirstRow=91&&View=%7B35F5EE97-7D8C-428F-AB48-D97C1C1A8399%7D.

4. LA SOLA AFIRMACIÓN DEL DEMANDANTE DE NINGUNA MANERA PUEDE CONSTITUIR PLENA PRUEBA DE UN SUPUESTO FÁCTICO.

Esta excepción se propone teniendo en cuenta que al momento de referir la objeción efectuada por la aseguradora, Fabilu S.A.S., efectúa apreciaciones subjetivas sobre la improcedencia o falta de motivación de dicha objeción sin que allegue al proceso prueba suficiente de su dicho, por lo cual las observaciones por ella presentada frente a la objeción de mi representada resultan a todas luces infundadas, siendo claro el incumplimiento de la carga probatoria que le impone el artículo 167 del C.G.P., siendo necesario en tal sentido que el juez de conocimiento deniegue las pretensiones de la demanda teniendo en cuenta que las afirmaciones de la demanda no cuentan con sustento probatorio alguno.

Conforme a lo manifestado, es necesario recordar que el Código General del Proceso en su artículo 167 impone a la parte interesada la carga probatoria de demostrar los supuestos de hecho de las normas cuyos efectos persiguen, por lo tanto, es claro que las afirmaciones realizadas en el escrito de la demanda deben contar con un respaldo probatorio suficiente que traspase las barreras de las simples declaraciones efectuadas por la misma parte demandante, so pena de encontrar frustradas sus pretensiones.

Frente a este particular, resulta de suma importancia citar una providencia del Tribunal Superior de Bogotá, que es clara al explicar que la sola afirmación del Demandante de ninguna manera puede constituir plena prueba de un supuesto fáctico. La citada providencia explica lo siguiente:

*Y es que pasó inadvertida la Superintendencia Financiera de Colombia que conforme lo establecen el artículo 167 del C.G.P., le correspondía a la parte demandante probar los supuestos fácticos en los cuales fundamenta sus pretensiones, **en tanto que la sola afirmación de quien lo alega no es constitutiva de plena prueba del hecho o acto, ya que a nadie le es dado el privilegio de que su mero dicho sea prueba suficiente de lo que afirma, tal como lo ha precisado la H. Corte Suprema de Justicia en Sala de Casación Civil:***

“...es verdad que, con arreglo al principio universal de que nadie puede hacerse su propia prueba, una decisión no puede fundarse exclusivamente en lo que una de las partes afirma a tono con sus aspiraciones. Sería desmedido que alguien pretendiese que lo que afirma en un proceso se tenga por verdad, así y todo sea muy acrisolada la solvencia moral que se tenga. De ahí que la Corte Suprema de Justicia haya dicho en un importante número de veces... que ‘es principio general de derecho probatorio y de profundo contenido lógico, **que la parte no puede crearse a su favor su propia prueba**. Quien afirma un hecho en un proceso tiene la carga procesal de demostrarlo con alguno de los medios que enumera el artículo 175 del Código de Procedimiento Civil, con cualesquiera formas que sirvan para formar el convencimiento del Juez. Esa carga... que se expresa con el aforismo onus probandi incumbit actori no existiría, si al demandante le bastara afirmar el supuesto de hecho de las normas y con eso no más quedar convencido el Juez”² (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, la jurisprudencia del Tribunal Superior de Bogotá, afincada en una tesis desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, se ha decantado en el sentido de explicar que el mero dicho de una parte no basta para probar un supuesto de hecho. En tal virtud, aterrizando tal teoría al caso concreto, se puede afirmar que la demanda se adelantó con el mero dicho del Demandante, sin que existiera una prueba conducente, pertinente y útil, a partir de la cual se acrediten debidamente las circunstancias fácticas expuestas en el libelo genitor. En efecto, la parte demandante construye sus hechos a partir de afirmaciones subjetivas con las cuales busca desacreditar las devoluciones u objeciones que hubiere hecho la compañía aseguradora frente a la solicitud de pago de servicios de salud con cargo al SOAT, sin embargo, los hechos de la demanda se asemejan más al planteamiento anticipado de alegatos pues son claramente argumentales, no obstante, las afirmaciones ahí planteadas, aunque intenten respaldarse desde el punto de vista normativo y documental, en realidad tienen un contenido que da cuenta de la percepción subjetiva de la parte actora frente a la postura asumida por mi representada

² Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala Séptima. Sentencia del 24 de agosto de 2020. Rad. 2018-0034-01.

al momento de negar el cobro, en vez de fundamentarse en pruebas que permitan llegar de forma objetiva al planteamiento señalado en su escrito.

Por lo anterior, se concluye que no es posible conceder las pretensiones de la demanda, ya que la parte demandante no ha allegado una prueba que resulte conducente, pertinente y útil en la cual se dé cuenta de forma objetiva de que la objeción o devolución que afirma realizó mi procurada carezca de motivación o sea infundada. Luego, ante el claro incumplimiento de la carga probatoria señalada en el artículo 167 del C.G.P., solicito declarar probada esta excepción y negar las pretensiones de la demanda.

5. IMPOSIBILIDAD DE CONDENAR A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC A PAGAR INTERESES MORATORIOS DESDE EL MES SIGUIENTE A LA SOLICITUD DE PAGO EFECTUADA POR FABILU S.A.S.

Es claro que para que nazca a la vida la obligación indemnizatoria y sobre todo condicional de mi representada, se requería que Fabilud S.A.S. cumpliera con la carga establece en el artículo 1077 del C.Co., situación válida por disposición expresa del inciso cuarto del artículo 38 del Decreto 056 de 2015. Ahora bien, por lógica, la acreditación de los requisitos del mencionado artículo en el caso de la entidad prestadora de servicios de salud se circunscribe al cumplimiento de los presupuestos previstos a lo largo del Decreto 056 de 2015, así como a la verificación de que no hayan existido causales de devolución o glosas a las facturas presentadas. No obstante, tales supuestos no fueron acreditados por lo que no puede predicarse la existencia de obligación alguna y por ende tampoco puede considerarse que mi representada se encuentre en mora, dado que, no es posible predicarse la mora de una obligación inexistente, por lo dicho es claro que ningún respaldo encuentra la solicitud de pago de intereses de mora cuando la parte demandante no ha demostrado fehacientemente los requisitos mencionados. Nótese que ni siquiera en esta instancia judicial ha probado las razones por las que afirma que la objeción que efectuó mi representada en su momento resultó infundada, limitándose a hacer apreciaciones subjetivas en su escrito sin ningún sustento real. Por lo anterior mientras se encuentren insatisfechos los presupuestos anteriores no es posible afirmar que haya nacido obligación

alguna y mucho menos que se encuentre insatisfecha.

Debe decirse que en este caso se encuentra en una enorme zona de penumbra la supuesta falta de fundamentación de la objeción, al no encontrarse prueba alguna aportada con la demanda que dé cuenta de que la misma haya sido infundada. Es decir, se encuentra insatisfecho el cumplimiento de la acreditación del siniestro y la cuantía de la pérdida y que siendo estos dos elementos esenciales en los términos del artículo 1077 del C.Co para acreditar el derecho a recibir el pago por parte del asegurador debe afirmarse enfáticamente que mientras no se pruebe tales presupuestos no es posible considerar que ha nacido a la vida jurídica la obligación crediticia Aseguradora Solidaria de Colombia EC. Por lo dicho, salta a la vista que la institución de salud no ha acreditado la ocurrencia del siniestro ni la cuantía de la pérdida, por ende, no podría tampoco predicarse la mora de una obligación que no ha surgido como consecuencia de la misma omisión en la acreditación de las cargas del artículo 1077 del C.Co que se encuentra en cabeza de los demandantes.

Ahora bien, debe dejarse claro que en el hipotético y remoto evento en que el Honorable Despacho considere que el pago de las atenciones brindadas con cargo al SOAT es procedente y que existe obligación por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia EC, se deberá tener en consideración que la certeza sobre dicho derecho sólo quedará probado al momento de proferirse sentencia, por lo que si el Despacho encontrara sustento de tal pretensión es claro que ello implicaría que los presupuestos del artículo 1077 se demostraron en el curso del proceso, después de surtirse el debate probatorio y por ende no podría condenarse al pago de intereses moratorios desde el mes siguiente a la presentación extrajudicial de las facturas para el pago.

Como sustento de lo anterior, se encuentra que la Corte Suprema de Justicia en cuanto al momento en el que se empiezan a causar los intereses moratorios, ha establecido en distintas oportunidades que éstos empiezan a causarse a partir de la ejecutoria del fallo judicial que da certeza a la obligación. Específicamente, en la reciente sentencia del 26 de mayo de 2021, en la que se indicó textualmente:

“(…) Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para disponer que la eventual causación de los indicados réditos, será a partir de la ejecutoria del presente fallo (…)”³

Aunado al anterior pronunciamiento, es relevante resaltar cómo la Corte Suprema ha dicho que la sanción a la que corresponde los intereses de mora no puede ser aplicada de manera objetiva, sino que debe atenderse al caso concreto a fin de evaluar el motivo de retardo en el pago, lo anterior en palabras de la Corte al indicar que:

“(…) De igual modo, en providencia del 29 de abril de 2005, reiteró: “ a la luz de los principios generales relativos al retardo en el cumplimiento de las obligaciones, principios en los que claramente se sustenta el precepto contenido en el artículo 1080 del C. de Co., desde el momento en que de acuerdo con este precepto ha de entenderse que comienza la mora del asegurador, es decir desde el día en que la deuda a su cargo es líquida y exigible, o mejor, lo habría sido racionalmente si no hubiere diferido sin motivo legítimo la liquidación de la indemnización y el consiguiente pago, dicho asegurador, además de realizar la prestación asegurada, está obligado al resarcimiento de los daños (…)”

Los fragmentos jurisprudenciales que acaban de citarse explican que la aseguradora sólo incurre en mora cuando no paga la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha de la reclamación, si ésta se ha hecho debidamente por el asegurado y con el cumplimiento de las carga probatorios sobre la existencia del siniestro y el valor del daño.

³ Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC1947-2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo. 26 de mayo de 2021.

Pero esta sanción-ha afirmado esta Corte-no se impone de manera objetiva, pues para que haya lugar a ella es necesario que la falta de pago de la indemnización carezca de causa justificada o le sea imputable al asegurador, por lo que el juez deberá entrar a valorar en todos los casos el motivo de retraso en la liquidación.

En ese orden- prosiguió esta corporación- si la excusa de la aseguradora consiste en que no fue posible determinar el monto del daño, y logra probar ese hecho en el proceso, entonces no habrá lugar a imponerle sanción alguna, porque es claro que la falta de satisfacción oportuna de la obligación no se debió a su culpa, tal como ha sido explicado por esta sala: “En consecuencia, el monto líquido de la prestación es presupuesto estructural de la obligación de pagar el capital asegurado y de la mora (in illiquidis mora non fit), razón por la cual, en ausencia de comprobación, no es exigible ni la indemnización ni la sanción moratoria (...).”⁴. (Sentencia de 27 de agosto de 2008.Exp- 1997-14171-01

Ahora bien, la jurisprudencia en cita resulta totalmente aplicable al caso concreto, teniendo en cuenta que el inciso cuarto del artículo 38 del Decreto 056 del 2015 refiere que si el asegurado o beneficiario demuestra su derecho aun extrajudicialmente en los términos del artículo 1077 del C.Co., la aseguradora deberá pagar dentro del mes siguiente a dicha acreditación los intereses moratorios equivalentes al interés bancario corriente certificado por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad. Por lo tanto, debe decirse que la acreditación de tal derecho en el caso bajo estudio no se ha dado pues la parte accionante no aportó la documentación requerida que diera cuenta de que mi representada debía pagar suma alguna. Esto es así teniendo en cuenta que la accionante se limita a hacer apreciaciones subjetivas carentes de sustento intentando dar apariencia de “injustificada” a la objeción efectuada por la aseguradora cuando le solicitó el pago de la factura que actualmente es usada como fundamento de la demanda. No obstante, dichas apreciaciones no superan el límite del sentir interno de la accionante que no cuenta con soporte probatorio objetivo.

⁴ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC 5681 de 2018, MP. Ariel Salazar Ramírez

Lo anterior, deja claro que como a la fecha no se ha demostrado que la objeción de mi representada fuera injustificada, así como tampoco se ha demostrado motivo que justifique que hubiere tenido que pagarse en su oportunidad el valor total referido en la factura de los servicios prestados los días 16 y 17 de julio de 2022, es claro que únicamente con la decisión final que adopte el juzgador se podrá establecer si efectivamente se cumplen las cargas del artículo 1077 del C.Co y en efecto se otorgará certeza al derecho pretendido, por lo que de ninguna manera se podría condenar al pago de intereses moratorios desde el mes siguiente al momento en que la demandante supuestamente acreditó extrajudicialmente su derecho. Luego, antes de proferirse el fallo no existe certeza sobre la obligación presuntamente pendiente de indemnizar.

Por lo anteriormente expuesto, solicito al Despacho declarar probada esta excepción.

6. COBRO DE LO NO DEBIDO Y ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA

Acorde con lo manifestado a lo largo de este escrito de contestación, es necesario acudir a la figura del Enriquecimiento sin Justa Causa, pues es claro que no existe motivo jurídico que permita inferir razonadamente que la parte actora tiene derecho alguno a la suma reclamada en las pretensiones, por lo que, de reconocerse dicha cifra, estaríamos ante un evidente enriquecimiento sin causa de Fabilu S.AS.

Ahora bien, el postulado del enriquecimiento sin causa se encuentra plasmado en el artículo 831 del Código de Comercio que proscribe el enriquecimiento sin causa a expensas de otra persona, y que la misma suceda sin una causa jurídica.

En este mismo entendido, dicho concepto ha sido objeto de pronunciamiento por parte de La Corte Suprema de Justicia, la cual advierte advierte:

*“(…) Hay que precisar, a ese respecto, que la jurisprudencia fundacional de lo que hoy es el querer de la ley, se orientaba a **corregir las situaciones en las cuales***

el patrimonio de un sujeto de derecho sufría mengua, mientras otro acrecía sus haberes en la misma medida, sin que existiera una razón que explicara esa alteración, caso en el cual se imponía al juez el deber de adoptar los correctivos necesarios **en procura de que se restableciera la equidad** (...)”⁵
(Énfasis propio)

De todo lo anterior se desprende que en caso de condenar a mi representada a pagar el monto pretendido por la demandante se estaría generando un enriquecimiento de la parte demandante y un empobrecimiento correlativo en el demandado. No sólo el actuar temeroso de la demandante hace necesaria esta conclusión, pues es claro que se configuró la prescripción ordinaria de la acción instaurada, sino también el que no haya cumplido con su carga probatoria al no estar demostrado con los medios de pruebas pertinentes, útiles y conducentes los supuestos del artículo 1077 del Código de Comercio. Además, en el hipotético caso en que si se determine que la aseguradora debe reconocer la suma de dinero por la atención médica –lo cual no sucede en este caso–, debe restringirse su reconocimiento a lo estrictamente acreditado, en la medida que tal como lo establece el honorable tratadista Dr. Juan Carlos Henao en su obra “El daño”: “se debe indemnizar el daño, sólo el daño y nada más que el daño” (Pág. 45).

De esta forma es claro que debido a las situaciones de hecho planteadas en los medios exceptivos, Fabilu S.A.S. no ostenta derecho alguno a obtener de mi representada suma de dinero, situación que de ocurrir constituiría un claro enriquecimiento sin causa pues no existe motivo jurídico que respalde el acrecimiento en el patrimonio de la accionante con el consecuente detrimento del patrimonio de la aseguradora, por lo tanto, deberá declararse esta excepción y procederse a negar las pretensiones de la demanda.

Conforme a lo expuesto solicito declarar probada esta excepción.

⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. 19 de diciembre de 2012. Exp. 54001-3103-006-1999-00280-01.

7. EXCEPCIÓN GENÉRICA O INNOMINADA

En atención al mandato contenido en el artículo 282 del CGP, solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, frente a la demanda, que se origine en la Ley, incluida la de caducidad y la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro contemplada en el artículo 1081 del Código de Comercio.

V. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS MEDIOS DE PRUEBA PRESENTADOS POR LA PARTE DEMANDANTE

• INTERVENCIÓN EN DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS

Señor Juez sírvase negar la prueba testimonial solicitada por la parte demandante teniendo en cuenta que pide que se decrete la declaración del señor Jorge Luis Zabaleta en su calidad de jefe de auditoria concurrente y cuentas médicas con el fin de que testifique sobre una materia que corresponde al conocimiento del señor Juez en su calidad del profesional del derecho, estando prohibido por la ley procesal el testimonio solicitado con dicho objeto.

De esta manera, la parte demandante afirma que el testigo *“aporta un conocimiento técnico y científico sobre la normatividad que regula este tipo de actividad, específicamente el tema de glosas, objeciones y devoluciones y las tarifas que regula el Sistema General de Seguridad Social en Salud”*. Conforme a lo manifestado, es claro que el testimonio resulta impertinente, inconducente y carece de utilidad teniendo en cuenta que hace referencia a temas regulados por la normatividad especial del sector salud relativa al cobro de facturas con cargo al SOAT, luego, corresponde al señor Juez como profesional del derecho conocer sobre la normatividad vigente en nuestro ordenamiento jurídico aunque esta pueda resultar especializada, de ahí que la norma procesal prohíba el tipo de testimonios que aquí se solicita e, incluso, teniendo en cuenta que se hace referencia al conocimiento científico y técnico sobre la materia, es claro que la parte demandante está elevando el presente testigo a la categoría de un perito, siendo

entonces preciso recordar que el artículo 226 del Código General del Proceso proscribe los dictámenes periciales que versen sobre puntos de derecho.

No obstante, si el Juzgado llegara a decretar el testimonio referido, se manifiesta que, con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, nos reservamos el derecho de controvertir las pruebas documentales presentadas al proceso y participar en la práctica de las testimoniales que lleguen a ser decretadas, así como del correspondiente interrogatorio de parte e intervenir en las diligencias de ratificación y otras pruebas solicitadas.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito al H Juez, proceder de conformidad.

- **OPOSICIÓN A LA SOLICITUD DE EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS**

La parte demandante solicita en el acápite probatorio que se ordene a la Aseguradora Solidaria de Colombia EC a exhibir “(...) los documentos que acrediten la notificación de las objeciones formuladas a las reclamaciones sobre las que sustenta el no pago de los saldos pretendidos a través de la presente acción (...)”, no obstante, dicha petición no puede ser concedida en el presente caso toda vez que el artículo 173 del CGP dispone:

“ARTÍCULO 173. OPORTUNIDADES PROBATORIAS. Para que sean apreciadas por el juez las pruebas deberán solicitarse, practicarse e incorporarse al proceso dentro de los términos y oportunidades señalados para ello en este código.

En la providencia que resuelva sobre las solicitudes de pruebas formuladas por las partes, el juez deberá pronunciarse expresamente sobre la admisión de los documentos y demás pruebas que estas hayan aportado. El juez se abstendrá de ordenar la práctica de las pruebas que, directamente o por medio de derecho de petición, hubiera podido conseguir la parte que las solicite, salvo cuando la petición

no hubiese sido atendida, lo que deberá acreditarse sumariamente (...)
(subrayado fuera del texto original)

De esta manera, si la parte demandante considera que los documentos solicitados reposan únicamente en poder de la aseguradora, debió acreditar, aunque sea sumariamente que elevó derecho de petición en tal sentido a la aseguradora, sin embargo, no allega documental alguna junto con la demanda que dé cuenta de tal circunstancia, por lo tanto, dicha petición probatoria es improcedente.

VI. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

- **PRUEBA DOCUMENTAL**

-Sentencia SC-3075 de 2024, de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en la cual se establece la prescripción de las reclamaciones del SOAT.

-Constancias de envío de la objeción reiterada en diferentes ocasiones por Aseguradora Solidaria de Colombia EC a Fabilu S.A.S.

-Investigación de la ocurrencia del accidente de tránsito realizada por la empresa Valuative con el consecutivo No. 1637266.

- **INTERROGATORIO DE PARTE.**

Comendidamente solicito se cite al señor **FABIAN ALEJANDRO CORDON TORRES** o quien haga sus veces, para que en su condición de representante legal de FABILU S.A.S., parte demandante dentro del presente asunto, absuelva el interrogatorio que se

le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

- **DECLARACIÓN DE PARTE**

Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del representante legal de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza.

- **TESTIMONIALES**

1. Respetuosamente me permito solicitar decretar el testimonio de la doctora **DARLYN MARCELA MUÑOZ NIEVES**, identificada con la cédula de ciudadanía 1.061.751.492 de Popayán, quien tiene domicilio en la ciudad de Popayán, y puede ser citada en la Carrera 2 Bis No. 4-16, o en la dirección electrónica darlingmarcela1@gmail.com cuyo objeto de prueba del testimonio será declarar sobre las objeciones y causales de devolución respecto de las facturas objeto de la demanda.

VII. ANEXOS

1. Los referidos en el acápite de pruebas.
2. Poder otorgado al suscrito.
3. Certificado de existencia y representación legal de Aseguradora Solidaria de Colombia EC.

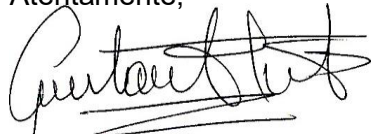
VIII. NOTIFICACIONES

Al demandante y su apoderado, en las direcciones consignadas en la demanda para tales fines.

Por mi representada Aseguradora Solidaria de Colombia EC recibirá notificaciones en el correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co.

Al suscrito en la Avenida 6ª Bis No.35N-100 Oficina 212 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Atentamente,



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.