

Señores

JUZGADO QUINTO (5°) CIVIL DEL CIRCUITO

J05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

VALLEDUPAR – CESAR

E. S. D.

REF: PROCESO EJECUTIVO

DEMANDANTE: CLINICA ERASMO LTDA

DEMANDADO: COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

RAD: 2019-00050

OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS, mujer, mayor de edad, vecina de la ciudad de Barranquilla, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.006.745 expedida en El Banco - Magdalena, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 23.817 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderada general de la compañía **MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, respetuosamente le manifiesto que procedo dentro del término legal a presentar **RECURSO DE APELACION en contra de la sentencia proferida por su despacho de fecha 1 de julio de 2021**, en los siguientes términos:

De manera preliminar, quiero dejar en claro a los señora magistrados que la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A., no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para la prestación o venta de servicios médicos derivados de atenciones con cargo al SOAT con la sociedad CLINICA ERASMO LTDA, ni con ninguna otra institución de salud del país; Lo anterior, en razón a que las facturas que aporta la parte accionante, tienen relación con reclamaciones realizadas, por la hoy ejecutante, a mi representada por la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito, por las cuales, la demandante pretende la afectación de Pólizas de Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito – SOAT expedidas por mi representada; sin embargo, su reclamación y cobro debe sujetarse inexorablemente a las disposiciones legales que lo regulan, Decreto 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el Código de Comercio en su acápite del Contrato de Seguro, y demás decretos que reglamentan este seguro al que nos referimos.

Siendo, así las cosas, el régimen legal del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT, se encuentra consagrado en los artículos 192 a 197 del Decreto Ley 663 de 1993 -Estatuto Orgánico del Sistema Financiero-, en adelante EOSF.

Aunado a lo anterior, tenemos que en el artículo 167 parágrafos 1° y 3° de la Ley 100 de 1993, el legislador fue explícito en señalar que, en los casos de accidentes de tránsito, *“el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta ley”* y con sujeción a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional sobre los procedimientos de cobro y pago de estos servicios.

Instituido el SOAT en el artículo 192 del EOSF, como un seguro de expedición obligatoria por parte de las aseguradoras autorizadas, el numeral 4°, determina, para evitar confusiones normativas, lo siguiente:

*“Normatividad aplicable al seguro obligatorio de accidentes de tránsito. En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito **se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio** y por este Estatuto.”*

Igualmente, las coberturas del SOAT se encuentran establecidas de manera taxativa en el artículo 193 del EOSF.

En el numeral 4º del artículo 195 del EOSF, se reconoce la titularidad de la acción, para reclamar el pago de los gastos por los servicios prestados a las víctimas de accidente de tránsito ante las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, de acuerdo con las tarifas fijadas por el Gobierno Nacional, en los siguientes términos:

“4. Acción para reclamar. Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los Subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.

Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990. (...)”

Es claro como la norma antes trascrita, además de establecer unos requisitos, hace remisión expresa al artículo 1077 del Código de Comercio, al establecer como exigencia a los establecimientos hospitalarios acreditar su derecho, lo que se traduce en instituir para las reclamaciones por conceptos de gastos médicos a víctimas de accidentes de tránsito la “Prueba de daños” como regla para obtener el “Pago de indemnizaciones” en el SOAT prevista en el artículo 194 del EOSF.

En relación con lo anterior, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) donde establece las reglas para la Prestación de Servicios de Salud y dispone, en el título 3, capítulo 4, numeral 2 del artículo 2.5.3.4.3, que para los efectos del sistema general de seguridad social en salud, se consideran como “entidades responsables del pago de servicios de salud”, las siguientes:

“las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos laborales”.

Como es evidente, dentro de las entidades enunciadas no se encuentran las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT. Es decir que las aseguradoras no son entidades responsables del pago de servicios de salud.

Luego entonces, está claro que no puede aplicarse para resolver la presente controversia las normas de carácter general que se aplican a las ventas y servicios, así como tampoco las normas especiales que regulan el pago de las EPS a las IPS de facturas por concepto de atención de emergencias dentro del marco general del sistema de seguridad social en salud, es decir, que dentro del presente proceso se deben aplicar las normas especiales que regulan la actividad aseguradora dentro del marco específico del régimen de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT.

Ahora bien, el decreto 3990 del 2007, decreto 967 del 2012, el decreto 056 de 2015 y el Decreto 780 de 2016, establecen el régimen legal aplicable a las reclamaciones que realicen las IPS a las aseguradoras, para lo cual establecen que, en lo no regulado por los mencionados decretos para el SOAT, se aplicarán

las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.

Con lo anteriormente esbozado, se deja claro al despacho que las normas aplicables en estos casos son las normas que regulan el contrato de seguro.

El fin del SOAT es la atención de lesionados, llámese conductor, pasajero, ocupante del vehículo, ciclista o peatón, que resulte afectado en un accidente de tránsito, teniendo en cuenta que por accidente de tránsito se entiende el incidente ocasionado por un vehículo automotor en movimiento que, como consecuencia de la circulación en la vía, o tránsito, o violación de la norma de tránsito, cause lesiones.

La definición de vía, la encontramos en la ley 769 de 2002 (Código Nacional de Tránsito), como toda zona de uso público o privado destinada al tránsito de vehículos, personas y animales.

Los automotores, son considerados como todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado. No quedan comprendidos dentro de esta definición los vehículos que circulan sobre rieles, y los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

Ahora bien, el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, SOAT, fue creado mediante la ley 33 de 1986, con el fin de garantizar los recursos que faciliten la atención integral para las víctimas de accidente de tránsito, de acuerdo con unas coberturas definidas; buscando que toda la sociedad colombiana, tanto conductores, pasajeros, o peatones, se vean beneficiados. Cabe recordar, que el SOAT es un sistema fundamental dentro del sistema general de salud de Colombia, al proteger sin excepción, a todas las personas susceptibles de ser víctimas de accidentes de tránsito en las vías del territorio nacional. En otras palabras, el SOAT es la fuente de financiación para la atención de las víctimas de accidentes de tránsito en el país, en la medida en que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) recobran con cargo al SOAT o al Fondo de Seguridad y Garantía (Fosyga), según sea el caso, los servicios prestados a estas personas, por lo tanto, los recursos del SOAT, deben ser suficientes para garantizar la oportuna y adecuada atención de los lesionados en accidentes de tránsito, para lo cual los ingresos percibidos por los diferentes actores del sistema, deben sufragar los costos y gastos que se deriven en dicha atención.

Siendo así, el sistema contempla transferencias y contribuciones definidas por ley a diferentes organismos como la Agencia Nacional de Seguridad Vial (3%) y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (14,2%), por lo cual, las aseguradoras deben hacer un minucioso análisis, e investigación, frente a cada reclamación recibida por accidente de tránsito, que pretenda afectar una póliza SOAT, buscando evitar la alteración al sostenimiento de dichas pólizas.

Teniendo claro lo anterior, preciso que el despacho presento los siguientes yerros en su decisión de primera instancia, así:

❖ **IMPOSIBILIDAD DE APLICAR LA ACCION CAMBIARIA DENTRO DEL PRESENTE PROCESO, POR EXISTIR NORMA ESPECIAL, CONTENIDAS EN LAS DEL CONTRATO DE SEGURO.**

La jurisprudencia de la Corte constitucional ha establecido en cuanto al defecto material o sustantivo, que este se materializa cuando la autoridad judicial, se apoya en una norma claramente inaplicable al caso, o deja de aplicar la que evidentemente lo es, u opta por una interpretación que contrarie los postulados mínimos de la razonabilidad jurídica.

Precisamente, en la Sentencia SU-515 de 2013, se sintetizaron los supuestos que pueden configurar este defecto, los cuales son:

“(...) (i) La decisión judicial tiene como fundamento una norma que no es aplicable, ya que: (a) no es pertinente, (b) ha perdido su vigencia por haber sido derogada, (c) es inexistente, (d) ha sido declarada contraria a la Constitución, (e) o a pesar de que la norma en cuestión está vigente y es constitucional, su aplicación no resulta adecuada a la situación fáctica objeto de estudio como, por ejemplo, cuando se le reconocen efectos distintos a los señalados por el legislador^[1].

(ii) La interpretación de la norma al caso concreto, no se encuentra dentro de un margen razonable^[2], o el funcionario judicial hace una aplicación inaceptable de la disposición, al adaptarla de forma contraevidente –interpretación contra legem–, o de manera injustificada para los intereses legítimos de una de las partes^[3]; también cuando se aplica una regla de manera manifiestamente errada, sacando la decisión del marco de la juridicidad y de la hermenéutica jurídica aceptable^[4].

(iii) No se tienen en cuenta sentencias con efectos erga omnes^[5].

(iv) La disposición aplicada se muestra injustificadamente regresiva^[6] o claramente contraria a la Constitución^[7].

(v) Cuando un poder concedido al juez se utiliza para un fin no previsto en la disposición^[8].

(vi) La decisión se funda en una interpretación no sistemática del derecho, omitiendo el análisis de otras disposiciones aplicables al caso^[9].

(vii) El servidor judicial da insuficiente sustentación de una actuación^[10].

(viii) Se desconoce el precedente judicial sin ofrecer un mínimo razonable de argumentación^[11].

(ix) Cuando el juez se abstiene de aplicar la excepción de inconstitucionalidad ante una violación manifiesta de la Constitución, siempre que se solicite su declaración por alguna de las partes en el proceso.^[12](...)”

Así, cuando los jueces ignoran las normas aplicables al asunto bajo su estudio, sus decisiones son susceptibles de ser cuestionadas en sede de tutela, pues constituyen una violación al debido proceso.

Como ocurrió, por ejemplo, en la sentencia SU-918 de 2013, donde la Corte Constitucional determinó la existencia de un defecto sustantivo, atendiendo a que el accionado (operador judicial), se apoyó en un precepto manifiestamente inaplicable al caso concreto, desconociendo la norma aplicable. Generando la siguiente posición de la Corte:

“(...) Por lo anterior, cuando en una decisión judicial se aplica una norma jurídica de manera manifiestamente irrazonable o se deja de aplicar una norma aplicable, sacando del marco de la juridicidad y de la hermenéutica jurídica aceptable tal decisión judicial, ésta deja de ser una vía de derecho para convertirse en una vía de hecho, razón por la cual la misma deberá dejarse sin efectos jurídicos, para lo cual la acción de tutela es el mecanismo apropiado. En esta hipótesis no se está ante un problema de interpretación normativa, sino ante una decisión carente de fundamento jurídico, dictada según el capricho del operador jurídico, desconociendo la ley, y

^[1] Sentencia SU-159 de 2002.

^[2] Sentencias T-1101 de 2005 y T-051 de 2009.

^[3] Sentencias T-765 de 1998, T-001 de 1999 y T-462 de 2003.

^[4] Sentencias T-079 de 1993 y T-066 de 2009.

^[5] Sentencias T-814 de 1999, T-842 de 2001 y T-462 de 2003

^[6] Sentencia T-018 de 2008.

^[7] Sentencia T-086 de 2007.

^[8] Sentencia T-231 de 1994.

^[9] Sentencia T-807 de 2004

^[10] Sentencias T-114 de 2002, T-1285 de 2005 y T-086 de 2007

^[11] Sentencias SU-640 de 1998, T-462 de 2003, T-1285 de 2005 y T-292 de 2006

^[12] En la Sentencia T-808 de 2007, se expuso que “en cualquiera de estos casos debe estarse frente a un desconocimiento claro y ostensible de la normatividad aplicable al caso concreto, de manera que la desconexión entre la voluntad del ordenamiento y la del funcionario judicial sea notoria y no tenga respaldo en el margen de autonomía e independencia que la Constitución le reconoce a los jueces (Art. 230 C.P.). Debe recordarse además, que el amparo constitucional en estos casos no puede tener por objeto lograr interpretaciones más favorables para quien tutela, sino exclusivamente, proteger los derechos fundamentales de quien queda sujeto a una providencia que se ha apartado de lo dispuesto por el ordenamiento jurídico”.

trascendiendo al nivel constitucional en tanto compromete los derechos fundamentales de la parte afectada con tal decisión. (...)

Siendo así las cosas no se le puede dar una interpretación facultativa dentro del presente caso, pues por disposición normativa solo puede ser aplicable un solo régimen legal, tal y como lo afirmó la corte constitucional en sentencia C-451 DE 2015, cuando analizó al criterio hermenéutico de especialidad, así:

“6.2. Recientemente, en la Sentencia C-451 de 2015, esta Corporación hizo expresa referencia al aludido tema. En dicho fallo, basada en las previsiones que sobre la materia establecen las Leyes 57 y 153 de 1887 y lo dicho en la jurisprudencia, la Corte puso de presente que existen al menos tres criterios hermenéuticos para solucionar los conflictos entre leyes: (i) el criterio jerárquico, según el cual la norma superior prima o prevalece sobre la inferior (lex superior derogat inferior); (ii) el criterio cronológico, que reconoce la prevalencia de la norma posterior sobre la anterior, esto es, que en caso de incompatibilidad entre dos normas de igual jerarquía expedidas en momentos distintos debe preferirse la posterior en el tiempo (lex posterior derogat priori); y (iii) el criterio de especialidad, según el cual la norma especial prima sobre la general (lex specialis derogat generali). Con respecto a este último criterio, se sostiene que, en tales casos, no se está propiamente ante una antinomia, en razón a que se entiende que la norma general se aplica a todos los campos con excepción de aquél que es regulado por la norma especial, con lo cual las mismas difieren en su ámbito de aplicación. (...)

6.4. Sobre el criterio de especialidad, se destacó en la Sentencia C-451 de 2015, que el mismo “permite reconocer la vigencia de una norma sobre la base de que regula de manera particular y específica una situación, supuesto o materia, excluyendo la aplicación de las disposiciones generales”. Respecto al alcance del criterio de especialidad, en el mismo fallo se trajo a colación lo dicho por la Corporación en la Sentencia C-078 de 1997, al referirse esta al carácter especial de las normas tributarias y su aplicación preferente sobre las normas del anterior Código Contencioso Administrativo. Esta última sentencia dijo sobre el particular:

6.5. Así las cosas, frente a este último criterio, el de especialidad, cabe entonces entender que el mismo opera con un propósito de ordenación legislativa entre normas de igual jerarquía, en el sentido que, ante dos disposiciones incompatibles, una general y una especial, permite darle prevalencia a la segunda, en razón a que se entiende que la norma general se aplica a todos los campos con excepción de aquél que es regulado por la norma especial. Ello, sobre la base de que la norma especial sustrae o excluye una parte de la materia gobernada por la ley de mayor amplitud regulatoria, para someterla a una regulación diferente y específica, sea esta contraria o contradictoria, que prevalece sobre la otra. (...)

Siendo así, en una interpretación no sistemática del derecho, no se puede omitir el análisis juicioso de todas las disposiciones aplicables al caso, en especial las del contrato de seguro, sin tener en cuenta el criterio hermenéutico de especialidad, y de esta forma no se vea vulnerado el derecho fundamental al debido proceso

Se tiene que tener en cuenta que las disposiciones normativas, buscan entre otras cosas, generar un ambiente de seguridad jurídica en los ciudadanos, permitiendo que conozcan las reglas de juego, con las que se regirán los comportamientos en las diferentes circunstancias en que se encuentren, dentro del presente caso el apoderado del demandante fundamenta su demanda ejecutiva bajo la acción cambiaria, interpretación subjetiva que induce en error al juzgador de instancia, y lo que puede generar un evidentemente violación al debido proceso, en razón a que si el despacho acoge la teoría de aplicar las normas de la acción cambiaria dentro del sub lite, desconociendo que la normatividad vigente para resolver las controversias derivadas frente al cobro de facturas por prestación de servicios médicos a víctimas de accidentes de tránsito, siendo estas a aplicar las del contrato de seguro que se encuentran, entre otras disposiciones, en el Código de Comercio.

Lo anterior se sustenta, entre otras normas que aquí estudiaremos, en lo dispuesto por el artículo 167 parágrafos 1º y 3º de la Ley 100 de 1993, donde el legislador fue explícito en señalar que en los casos de accidentes de tránsito, *“el cubrimiento de los servicios médicoquirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta ley, y con sujeción a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional sobre los procedimientos de cobro y pago de estos servicios”*.

En el caso que nos ocupa, el EOSF, el código de comercio en las normas relacionadas con el contrato de seguro, los Decretos 3990 del 2007, decreto 967 del 2012, 056 de 2015 y 780 de 2016 y la Resolución 1645 de 2016, definen el marco legal aplicable a las situaciones jurídicas y fácticas que se presenten en las relaciones que existan entre los beneficiarios del SOAT y las compañías de seguros.

Sobre el particular, el ESTATUTO ORGANICO DEL SISTEMA FINANCIERO (Decreto Ley 663 de 1993), en el numeral 4 del artículo 192, definió el régimen legal aplicable al SOAT, así:

*“Normatividad aplicable al seguro obligatorio de accidentes de tránsito. En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el **contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por este Estatuto.**” (negrilla nuestra)*

En la misma línea, el numeral 8 del artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016, ratifica lo dispuesto en el EOSF, definiendo el régimen legal aplicable a las reclamaciones que realicen las IPS a las aseguradoras con cargo al SOAT, cuando afirma que:

“(…) Decreto 780 de 2016. Artículo 2.6.1.4.4.1 Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente Capítulo, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

*(…) 8. Régimen legal. En lo no regulado en el presente Capítulo para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para las aseguradoras y **el contrato de seguro**, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes. (…)* (negrilla nuestro)

Luego entonces, tenemos que en el numeral 4º del artículo 195 del EOSF, reconoce la titularidad de la acción de las instituciones prestadoras de salud, como la hoy demandante, para reclamar por concepto de gastos médicos ante las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, de acuerdo con las tarifas fijadas por el Gobierno Nacional, en los siguientes términos:

“4. Acción para reclamar. Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los Subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.

Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990. (…)”

Es claro como la norma antes transcrita hace remisión expresa al artículo 1077 del Código de Comercio, al establecer como exigencia a los establecimientos hospitalarios acreditar su derecho, lo que se traduce en

instituir para las reclamaciones por conceptos de gastos médicos a víctimas de accidentes de tránsito la “Prueba de daños” como regla para obtener el “Pago de indemnizaciones” en el SOAT prevista en el artículo 194 del EOSF.

En el mismo sentido, el Decreto 780 de 2016, relaciona los documentos que los prestadores de servicios de salud deben radicar ante las entidades aseguradoras con la solicitud de pago de las reclamaciones, en su artículo 2.6.1.4.2.20 (antes Artículo 26 Decreto 056 de 2015), el cual es del siguiente tenor:

“(…) 1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado³⁰. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.

(…)

4. Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 2.6.1.4.3.7 del presente decreto.

5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS. (…)”

En relación con la referida documentación, la Resolución 1645 de 2016, por la cual el Ministerio de salud, establece los requisitos, criterios y condiciones para el trámite de las reclamaciones por concepto de servicios de salud y prestaciones económicas establecidas en el artículo 167 de la ley 100 de 1993 (aplicable a las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT cuando así lo señale dicho acto administrativo), indica en su artículo 6° que la demostración de la prestación de los servicios de salud se acreditará ante las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT con los siguientes documentos según el caso:

1. Epicrisis, cuando se trate de servicios de urgencia con observación, hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos. En todo caso deben observarse los contenidos mínimos previstos en el artículo 31 del Decreto 056 de 2015³¹.

2. Descripción quirúrgica, cuando se realice un procedimiento quirúrgico.

3. Resumen de atención cuando no sea obligatorio el diligenciamiento de la epicrisis. Serán válidos como resumen de atención, uno o varios de los siguientes documentos: la hoja de traslado, la hoja de evolución, la hoja de referencia y contra referencia, la hoja de administración de medicamentos, la hoja de atención de urgencias, la historia clínica, registro de anestesia, la fórmula médica y el soporte de lectura o interpretación de paraclínicos, siempre y cuando de ellos se establezca la prestación del servicio o la entrega de la tecnología en salud reclamados, según corresponda, y el nexo causal con el evento que genera la atención.

4. Factura de venta o documento equivalente del reclamante y certificación de pago de quien prestó el servicio, cuando el mismo ha sido prestado a través de un tercero.

La Superintendencia Financiera en Concepto 2018134425-001 del 18 de noviembre de 2018, estableció que las aseguradoras deberán observar las indicaciones contenidas en la normatividad vigente, y de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de la atención, para lo cual expresó lo siguiente:

“(…) Así pues, respecto de la demostración de la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, el mencionado Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.6.1.4.2.20., determina cuales son los documentos exigidos para la presentación de la solicitud de pago de las reclamaciones y en tal virtud señala el Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y además, relaciona los documentos que debe aportar el beneficiario acreditado para reclamar los gastos por atenciones médicas entre los cuales se encuentran la epicrisis o resumen clínico para lo cual cita que estos deben sujetarse a lo establecido en los artículos 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6. de la misma normatividad.

En este orden, consultados los prenombrados artículos 2.6.1.4.2.20., 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6., de la citada normatividad, se evidencia que los mismos refieren de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de atención, respectivamente. (…)”

Luego de analizar las anteriores disposiciones, surgen los siguientes interrogantes:

- *¿Cómo demostraría la IPS ante la aseguradora, si no aporta la documentación requerida, que efectivamente realizó la atención a una paciente víctima de un accidente de tránsito?*
- *¿Cómo acreditaría la IPS ante la aseguradora, si no aporta la documentación requerida, que el paciente atendido fue víctima de un accidente de tránsito?*
- *¿Cómo acreditaría la IPS ante la aseguradora, si no aporta la documentación requerida, que los servicios que se están facturando efectivamente se prestaron a un paciente víctima de un accidente de tránsito?*

Por estas razones es claro, que la IPS que pretenda el pago de una indemnización por una reclamación presentada ante una aseguradora, ya sea de forma extrajudicial o judicial, debe aportar todos y cada uno de los documentos necesarios para acreditar la prestación de los servicios médicos y hospitalarios a una paciente víctima de un accidente de tránsito.

Las obligaciones que surgen de la acción ejecutiva del contrato de seguro, hacen parte de los denominados títulos ejecutivos complejos, que a pesar que deben ser claros, expresos, exigibles y que provenga del deudor, se hace necesario el cumplimiento de los requisitos establecidos en los artículos citados, para el trámite de la reclamación, en aras de obtener el pago de indemnizaciones por la prestación de servicios médico- hospitalarios a víctimas de accidentes de tránsito.

Situación que reiteramos, se rige por las normas especiales que regulan la materia como lo son el Decreto 663 de 1993 (EOSF), el decreto 3990 del 2007, decreto 967 del 2012, Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016 y las normas del contrato de seguro establecidas en el código de comercio.

Es decir, que para que las reclamaciones por indemnizaciones presentadas por las IPS a las aseguradoras presten mérito ejecutivo, además de cumplir con los requisitos establecidos en el el decreto 3990 del 2007, decreto 967 del 2012, Decreto 056 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016, se hace necesario el cumplimiento de la situación fáctica que consagra el numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio, que se refiere a la acción ejecutiva especial derivada del contrato de seguro, y que menciona:

“(…) 3. Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. (…)”

Ahora, al tener el contrato de seguro, dentro de uno de sus elementos esenciales, que corresponden a obligaciones condicionales, es importante destacar lo que sobre el particular, ha manifestado el Dr. Hernán Fabio López Blanco:

“(...) en algunos casos el título ejecutivo no puede ser simple, unitario físicamente, sino que necesariamente es compuesto, como sucede con las obligaciones sometidas a condición, en las que además del documento en que constan, debe acompañarse prueba de que ocurrió la condición, como claramente lo dispone el artículo 427 del CGP, que regula la forma de demostrar que se infringió la obligación de no hacer y el cumplimiento de la condición al ordenar que: “ a la demanda deberá acompañarse el documento privado que provenga del deudor, el documento público, la inspección o la confesión judicial extraprocetal o la sentencia”, que pruebe el cumplimiento de la condición o el incumplimiento de la obligación de no hacer. (...) Al respecto abundan los ejemplos. (...) la demanda ejecutiva con base en el artículo 1053, num. 3 del C. de Co., implica allegar la póliza y la prueba de que se presentó reclamación a la aseguradora; (...)”¹¹³²³¹

Ahora bien, tenemos que el artículo 427 del CGP, reza los siguientes.

EJECUCIÓN POR OBLIGACIÓN DE NO HACER Y POR OBLIGACIÓN CONDICIONAL. *Cuando se pida ejecución por perjuicios derivados del incumplimiento de una obligación de no hacer, o la destrucción de lo hecho, a la demanda deberá acompañarse el documento privado que provenga del deudor, el documento público, la inspección o la confesión judicial extraprocetal, o la sentencia que pruebe la contravención.*

De la misma manera deberá acreditarse el cumplimiento de la condición suspensiva cuando la obligación estuviere sometida a ella. (Negrilla nuestra)

De acuerdo a lo establecido por la doctrina y la jurisprudencia nacional en el caso del numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio, debe considerarse que la sola póliza no constituye título ejecutivo, por lo cual se hace necesario acompañar varios documentos, como lo es la prueba que se reclamó y que esa reclamación estuvo aparejada de los documentos necesarios para establecer la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, tal como lo establece el artículo 1077 del mismo código, y, finalmente, no haber sido objetada la reclamación por parte de la aseguradora dentro del término establecido. Estos requisitos deben ser puestos a consideración del juez una vez se acuda a la vía ejecutiva correspondiente.

En este orden de ideas tenemos que para poder afectar la póliza de SOAT, se encuentra a una condición suspensiva, y cuál es esa condición, que se haya prestado la atención hospitalaria por parte de la IPS, luego entonces, no puede acercarse la IPS solo con la póliza ejecutar a la Aseguradora, se debe que probar la atención del servicio y como se prueba lo anterior, con los documentos que se relacionan en ellos decretos el decreto 3990 del 2007, decreto 967 del 2012, Decreto 056 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016.

Al respecto el Tribunal Superior de Bogotá, Sala Civil, en decisión de fecha 19 de mayo de 2015, expuso lo siguiente:

“(...) De igual forma, asume la naturaleza de título complejo, pues requiere, además de la póliza, que se alleguen otros documentos necesarios para el cobro de la indemnización. En este sentido, el numeral 3º de la norma en comento dispone “Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda”.

¹³² LOPEZ BLANCO, Hernan Fabio. CODIGO GENERAL DEL PROCESO – PARTE ESPECIAL. DUPRE EDITORES. Año 2017. Paginas 511 y 512. 2017

De acuerdo con lo anterior, para deprecar el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del contrato de seguro se debe acreditar los siguientes presupuestos: a) La póliza de seguro b) presentación de la reclamación, con la constancia de su entrega y la fecha en que tuvo lugar c) comprobantes, que según la póliza sean indispensables, d) que haya vencido el plazo de un mes, contado a partir de la presentación de la reclamación, sin que fuera objetada.

Sea importante dejar claro al despacho que mediante sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Quinta Civil-Familia Magistrada Sustanciadora: GUIOMAR PORRAS DEL VECCHIO Código. 08-001-31-53-013-2017-00149-03 Rad. Interno. 42686 Barranquilla, doce (12) de agosto de dos mil veinte (2020). Discutido y aprobado en Sala según acta n°. 053., en un caso similar, se manifestó que las normas aplicables en estos casos son las del contrato de seguro y me permito traer a colación uno de sus apartes así.

“ Para desarrollar tal argumento, la primera precisión que debe realizarse es que la acción ejecutiva que se pone en marcha por la falta de pago de los servicios médicos prestados con ocasión a una póliza de accidentes de tránsito no debe entenderse, como en efecto se hizo por la demandante y el juzgador, como una acción cambiaría por cobro de facturas derivadas de un contrato de prestación de servicios, si no como la persecución judicial derivada de una reclamación fallida a la aseguradora.

En este orden de ideas, lejos de adentrarse en el debate de la autonomía de la factura por aceptación tácita, o de la integración de la misma en un título ejecutivo complejo, al compás de las normas reguladoras de la prestación del servicio de salud, lo que debe revisarse es la acción de reclamación de la referida IPS frente a la compañía aseguradora, en virtud del siniestro acaecido, y el mérito ejecutivo de la póliza ante el silencio de esta última, en el término conferido por ley para objetar. A propósito de esa acción de reclamación, se recuerda que viene determinada por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, que en el numeral 4to de su artículo 195, otorga a los establecimientos hospitalarios o clínicos y a las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente.

Presupuesto que permite colegir, que en el caso de la prestación de servicios de salud en virtud del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, las normas aplicables resultan entonces el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Código de Comercio en lo relativo al contrato de transporte terrestre, por remisión expresa del primero, además, entre otros, del Decreto 056 de 2015, invocado en primera instancia, por medio del cual se reglamentó el pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, por parte de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT. Es así como el decreto citado, en sus artículos 11 y 41, hace remisión expresa al artículo 1081 C. Co., al referirse al término para presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, contados a partir de que la víctima fue atendida o egresó de la institución, enumerando en su artículo 26, los documentos necesarios para elevar la respectiva reclamación en caso de accidentes de tránsito, entre los que se encuentra, la factura. Y presentada la reclamación, la compañía aseguradora, de acuerdo al artículo 36 del mencionado decreto, debe verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere el decreto y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad, y verificado ello, pagarlo dentro del mes siguiente en que se acredite el derecho de acuerdo al artículo 1077 CCo.

Luego, es colegible que el Legislador, trasladó a la IPS, la obligación del asegurado contenida en el artículo 1077 C.Co. Puestas así las cosas y establecido que las normas aplicables son las del contrato de seguro, y las normas especiales que regulan el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, es plausible afirmar, que lo que presta mérito ejecutivo, a tenor de lo dispuesto por el numeral 3ro del artículo 1053 C.Co y en caso del cumplimiento de los requisitos, es la póliza del SOAT, expedida por la respectiva compañía, y no la factura, que conforme el numeral 4to del artículo 26 del Decreto 056 de 2015, constituye solo uno de los anexos de la reclamación.

Desde luego, para que se pueda librar la orden de pago, es indispensable, a su vez, que los documentos que con ese propósito allegue el ejecutante, sean aportados con estricta sujeción a las pautas formales que prevé el ordenamiento jurídico, incluyendo las atinentes a la incorporación de documentos privados (artículos 252, 253 y 254 del C. de P. C.) (...)."

Conforme a lo anterior, es importante destacar que en el caso concreto, dentro del escrito de la demanda la parte demandante no hizo mención a que se estuviera ejerciendo la acción ejecutiva con fundamento en el numeral 3º del artículo 1053 del Código de Comercio, no hizo alusión a que presentó las reclamaciones ante de mi representada y que las mismas no fueron objetadas dentro del término legal, y además, lo más delicado, es que dentro de los anexos que se aportaron con la demanda no se encuentran los documentos establecidos en los decretos para formalizar la reclamación ante las compañías aseguradoras, es decir, que a la parte demandante no le bastaba con presentar las facturas de venta para que se librara mandamiento de pago a su favor, por el contrario al no acreditarse en debida forma que se habían realizado las reclamaciones conforme a las normas establecidas, y que se encontraban aparejadas de todos los documentos necesarios para su trámite, no era procedente que se librara mandamiento de pago

Con lo anteriormente esbozado, se deja claro a los señores magistrados que las normas aplicables en estos casos son las normas que regulan el contrato de seguro, por lo tanto solicito sea declarado en segunda instancia lo anteriormente esbozado, y conforme a lo anterior, se sustenta el siguiente punto del recurso de apelación, así:

- ❖ **NO ACREDITACION DEL SINIESTRO Y DE LA CUANTIA CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL ART 4 DEL DECRETO 3990 DEL 2007, ARTICULO 38 DEL DECRETO 056 DEL 2015 Y EL ARTICULO 1077 DEL CODIGO DE COMERCIO, ESTABLECIENDOSE UNA AUSENCIA DE EXIGIBILIDAD DE LAS FACTURAS POR NO ACREDITARSE EL TÍTULO COMPLEJO:**

A lo largo del presente escrito, se ha venido explicando cómo es el funcionamiento del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT), pero con el propósito de dar una noción clara del funcionamiento de este tipo de seguro, y sustentar la presente excepción, procederé a dar una breve y clara explicación del trámite que debe realizar la CLINICA ERASMO LTDA , ante la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Conforme lo establece el Artículo 8 del Decreto 056 de 2.015, la IPS que haya atendido a la víctima de accidente de tránsito, es la legitimada para reclamar a la compañía aseguradora el reconocimiento y pago del valor del servicio médico prestado, así:

“Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente decreto, prestados a una víctima de accidente de tránsito, (...), el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos (...) a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima.”

El numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, establece el trámite que debe surtir la IPS que haya atendido a la víctima de accidente de tránsito, indicando que ésta debe presentar

una reclamación a la aseguradora, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales y su cuantía, es decir, que la IPS debe acreditar su derecho ante la compañía aseguradora conforme lo establece el Artículo 1.077 del Código de Comercio. La norma referida establece:

“Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere cancelado su valor, así como quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.

Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990.”

Así mismo, el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, establece:

(...) Las reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, se pagarán dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario ***acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio.*** Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al reclamante, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

Concordancia, ver artículo 38 decreto 056 de 2015 (Negrilla y Subrayado fuera del texto original)

Estas normas deben ser leídas e interpretadas en concordancia con lo dispuesto por los Artículos 26, 31, 32 y 36 del Decreto 056 de 2015, que establecen la documentación necesaria para la presentación por parte de las IPS, de las reclamaciones por la prestación del servicio de salud con cargo al SOAT, regulando el contenido de esa documentación, en especial lo relacionado con el contenido de la epicrisis y el resumen clínico de atención, los requisitos de la factura y la verificación de requisitos por parte de la aseguradora, así:

(...) Artículo 26. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. *Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.*

2.2. *Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.*

(...)

4. *Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del presente decreto.*

5. *Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS. (...)*

“(...) **Artículo 31.** *Para los efectos del presente decreto la epicrisis debe contener como mínimo los siguientes datos:*

1. *Primer nombre y primer apellido del paciente*
2. *Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.*
3. *Servicio de ingreso.*
4. *Hora y fecha de ingreso.*
5. *Servicio de egreso.*
6. *Hora y fecha de egreso.*
7. *Motivo de consulta.*
8. *Enfermedad actual, información que debe contener:*
 - 8.1. *La relación con el evento que originó la atención.*
 - 8.2. *Relación de recibido del paciente en caso de ingreso por remisión de otra IPS.*
9. *Antecedentes.*
10. *Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó el servicio.*
11. *Hallazgos del examen físico.*
12. *Diagnóstico de ingreso.*
13. *Conducta: incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico.*
14. *Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo.*
15. *Resultados de la totalidad de procedimientos diagnósticos y todos aquellos que justifiquen los cambios en el manejo o en el diagnóstico.*
16. *Justificación de indicaciones terapéuticas cuando estas lo ameriten.*
17. *Diagnósticos de egreso.*
18. *Condiciones generales a la salida del paciente que incluya incapacidad si la hubiere.*
19. *Plan de manejo ambulatorio.*
20. *En caso que el paciente sea remitido a otra IPS, relación de la remisión.*
21. *Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento*

Parágrafo 1°. Los requisitos contenidos en el presente artículo aplican solamente a las epicrisis que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente decreto y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará el contenido de la epicrisis aquí señalado y lo modificará en caso de considerarlo necesario. (...)

*“(…) **Artículo 32.** Para los efectos del presente decreto el resumen clínico de atención se diligenciará para servicios de salud ambulatorios y debe contener como mínimo los siguientes datos:*

1. *Primer nombre y primer apellido del paciente.*
2. *Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.*
3. *Edad y sexo del paciente.*
4. *Servicio de ingreso.*
5. *Fecha de atención.*
6. *Motivo de consulta.*
7. *Enfermedad actual en donde debe indicarse:*
 - 7.1. *La relación con el evento que originó la atención.*
 - 7.2. *Si se trata de la prestación de servicios de ayudas diagnósticas, interpretación médica del paraclínico facturado.*
8. *Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó la atención.*
9. *Antecedentes.*
10. *Examen físico.*
11. *Diagnóstico.*
12. *Plan de tratamiento.*
13. *Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento.*
14. *Cuando se hayan suministrado medicamentos deberá indicarse presentación, dosificación, frecuencia y tiempo de tratamiento.*

Parágrafo 1°. Los requisitos contenidos en el presente artículo aplican solamente a los resúmenes clínicos de atención que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente decreto y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará el contenido de la epicrisis aquí señalado y lo modificará en caso de considerarlo necesario.

Artículo 33. *La factura o documento equivalente, presentada por los Prestadores de Servicios de Salud, debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes. (...)”*

“(…) Artículo 36. Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este decreto y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.

Con el objeto de evitar duplicidad de pagos, dichas entidades podrán cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas, con aquellos disponibles en la base de datos SII ECAT, la base de pólizas expedidas y pagos realizados por las aseguradoras, y la base de datos de indemnizaciones de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, entre otras.

Parágrafo 1°. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán adoptar mecanismos tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y

demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias, vigilará que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado en esta disposición, so pena de la imposición de las sanciones correspondientes.

Parágrafo 2°. El Fosyga y las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, en cuanto detecten pólizas sin cobertura, deberán informar los datos conocidos de vehículos no asegurados implicados en un accidente de tránsito, a los organismos de tránsito enunciados en el artículo 6° de la Ley 769 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, para efectos de la aplicación de las multas de que trata el artículo 131 de la citada ley.

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de la indemnización, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

Cuando en los accidentes participen dos o más vehículos y entre ellos haya asegurados y no asegurados o no identificados, se procederá según lo previsto en el presente numeral para el caso de vehículos asegurados, pero el importe correspondiente a la indemnización de los ocupantes del vehículo o vehículos no asegurados o no identificados y el pago que a los terceros correspondería estará a cargo del Fondo de que trata el artículo 198 numeral 1o. del presente Estatuto. (...)

En el caso objeto de estudio, todas las reclamaciones que se relacionan en la demanda, carecen de los documentos que se deben acompañar con la facturas, que soportan la atención a la víctima por parte de la IPS, como por ejemplo, en el evento en que se haya realizado una radiografía, se debe allegar la lectura de la ayuda diagnóstica, pues no solo basta con aportar la historia clínica, también se debe aportar, el soporte de la misma, situación que no ocurre en este caso, pues el demandante, no aportó los documentos establecido en el artículo 26 del decreto 056 del 2015, ni mucho menos los establecidos en el decreto 3990 de 2007.

Y a que documentos se refiere cuando hablan de anexos de la historia clínica, tenemos que están definidos en la resolución No. 1995 de 1999 expedida por el Ministerio de Salud en su artículo 11, en el cual se indica que los anexos son todos los documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como autorizaciones, declaraciones de retiro, imágenes diagnósticas, reportes de interpretación de las imágenes diagnósticas, reportes de exámenes paraclínicos. Si revisamos los documentos allegados por la EJECUTANTE, junto con la demanda, encontramos que no fueron acreditados los anteriores anexos de las historias clínicas, así como tampoco se aportan para el caso del cobro de material de osteosíntesis, las facturas o soportes de compra de estos materiales, los cuales son obligatorios aportar como lo establece el decreto 056 de 2015.

Sobre lo anterior tenemos que en proceso ejecutivo que inició CLINICA JALLER SAS, en contra de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., bajo radicado No. 08001315301020170025400, el Tribunal Superior Del Distrito Judicial de Barranquilla, Sala Civil Familia Magistrado Ponente, Dr. Alfredo Castilla, manifestó lo siguiente:

“(...) Así las cosas no era del caso entrar a averiguar si la aseguradora devolvió, objeto o glosó las facturas en los términos establecidos por la ley, por el contrario no debió librarse mandamiento de pago puesto que no acompañarse a las facturas aportadas en documentos la reclamación y los documentos exigidos por las normas comerciales especiales, antes citadas, no era posible determinar los precisos parámetros de la obligación, motivo por el cual estas facturas por sí solas

no cumplen con las exigencias legales para ser consideradas títulos de recaudo ejecutivo. En consecuencia, está llamada a prosperar la excepción de mérito de ausencia de exigibilidad de la factura por no acreditarse el título complejo frente a todas y cada una de las facturas arribadas al expediente. (...)

Bajo lo anterior, el Tribunal Superior del Distrito Judicial resolvió lo siguiente:

“(...) Primero: revocar la sentencia de fecha septiembre 5 del 2018 proferida por el JUEZ DECIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA la cual quedará así: Primero, Declarar probada la excepción de mérito de ausencia de exigibilidad de las facturas por no acreditarse el título complejo frente a todas y cada una de las facturas arribadas el expediente planteada por la demandada SEGUROS GENERALES SURAMERICANA SA; Segundo: No seguir adelante la ejecución contra la demandada SEGURO GENERALES SURAMERICANA S.A.; Tercero, Decretar el levantamiento de las medidas cautelares si las hubiere. (...)”

De igual forma el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, Sala Primera de Decisión Civil-Familia, Magistrado Sustanciador: Alfredo de Jesús Castilla Torres, en providencia de fecha 20 de agosto de 2014, en proceso con radicación interna No. 37.657, al resolver un recurso de apelación contra sentencia, presentado precisamente por INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLINICA DEL SOL LTDA en proceso ejecutivo cuyo demandada era LIBERTY SEGUROS S.A. y cuyos hechos y pretensiones eran semejantes a las del presente proceso, expreso lo siguiente:

En este orden de ideas no siendo la entidad aseguradora ejecutada una “Entidad Responsable del pago de servicios de salud” y al no tratarse de cualquier tipo de prestación de servicios de urgencia, sino el reclamo a una aseguradora de los costos generados por la cobertura de las pólizas Soat expedidas por esta, no puede aplicarse a la misma y por ende a la presente controversia las normas especiales que regulan a cargo de las Empresas Promotoras de Salud el pago de las cuentas presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por la atención de emergencias dentro del marco general de la Seguridad Social en Salud, sino las normas especiales que regulan tal actividad dentro del marco específico del régimen del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, específicamente las establecidas en los artículos 192 a 200 del decreto 663 de 1995 y demás normas posteriores que las hubieran modificado o adicionado tal disposición, complementados sus vacíos con “las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por este Estatuto”, como lo señala el numeral 4º del referido artículo 192 de ese Estatuto Financiero.

(...)

Al analizar dichas disposiciones se advierte que en ellas se reitera la naturaleza de contrato de seguro del Soat, explicando que a las mismas se aplican las reglas generales de este tipo de contratos con relación a las “reclamaciones” que deben efectuar las personas que se consideren beneficiarias de sus prestaciones, que documentos deben ser anexadas a tales reclamaciones y que condiciones las mismas podrán prestar mérito ejecutivo.

Así el literal a) del numeral 4º “beneficiarios” del artículo 1º de este decreto “ definiciones” señala que las IPS que han prestado los servicios médicos a las víctimas de los accidentes de tránsito adquieren frente a la aseguradora la calidad de beneficiarias para reclamar los valores de esos servicios .

(...)

En este orden de ideas, para pretender el recaudo ejecutivo de las indemnizaciones a que considera tener derecho la ejecutante por la prestación de servicios médicos a personas accidentadas cubiertas por pólizas del Soat, le correspondía a la IPS demandante el acreditar que en forma oportuna presento a la aseguradora la “reclamación” correspondiente, con el acompañamiento de todos los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del suceso y su cuantía y el indicar que habían vencido los términos correspondiente para objetarlas, para generar un título ejecutivo de acuerdo a las reglamentaciones del contrato de seguro, en lugar de pretender cubrir tal carga con las meras facturas expedidas unilateralmente por ella invocando unas normas jurídicas que no son aplicables al presente asunto.

Siendo ello que genera el reconcomiendo de la excepción que la aseguradora denomino “Ausencia de Exigibilidad del Título Ejecutivo” frente a todas y cada una de las facturas acompañadas a este expediente, y siendo ello suficiente para no ordenar seguir adelante la ejecución considera esta Sala de Decisión que es inconducente entrar al análisis de la otra excepción de “pago Parcial”, razón por la cual se modificara, en lo pertinente, la sentencia de primera instancia.

En ese mismo sentido la Corte Suprema de Justicia Sala Civil, en sentencia STC 2064-2020, con radicación 11001-02-03-000-2020-00426-00, de fecha veintiséis (26) de febrero de dos mil veinte (2020), manifestó:

“(…)

En consecuencia, para el caso de las obligaciones provenientes de la prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito, estas obligaciones no pueden constar en documento único, porque la ley exige otros soportes que demuestran la existencia de la obligación a cargo de la aseguradora responsable del pago.

Por lo tanto, en el presente asunto la sola factura no constituye título ejecutivo, porque este último tiene carácter de complejo, ya que debe estar integrado con otros documentos exigidos por las disposiciones reglamentarias y aplicables.

En consecuencia, no le asiste razón al recurrente, en el sentido que los únicos requisitos exigidos para el pago de los servicios de salud son los previstos en el artículo 772 y subsiguientes del **Código de Comercio** para el caso de la factura, ni que se trata de un título ejecutivo de carácter singular.

Ahora, siendo estos requisitos de orden sustancial, es decir, los relativos a la integración del título ejecutivo complejo, porque la ley los exige en este caso, se advierte que no se trata de una mera formalidad que pueda ser analizada en virtud del recurso de reposición contra el mandamiento de pago, por lo que bien podía el juez verificar la ocurrencia de estos en la sentencia que resolvió las excepciones de mérito. Además, que aun cuando el juez decidió desfavorablemente la reposición contra el mandamiento de pago, señalando que estaban cumplidos los requisitos formales del título, esta circunstancia no es óbice para que, de oficio o en cualquier momento, o en la sentencia de primera o en la de segunda instancia, se vuelvan a examinar todos los requisitos del título. Así lo ha reiterado la doctrina de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia (¿?) del 14 de marzo de 2019, radicación 25000-22-13-000-2019-00018-01, magistrado ponente Luis Armando Tolosa.

(…)”

Por lo anterior solicito muy respetuosamente a los señores magistrado de manera oficiosa y a petición de parte la revisión de todos y cada uno de los requisitos establecidos por artículo 26 del decreto 056 del 2015, y los contenidos en el decreto 3990 de 2007, que debieron venir acompañados con cada una de las

facturas que en el presente proceso se reclaman, y como en el presente caso la parte ejecutada solo allego las facturas y no allego los soportes para configurarse el titulo ejecutivo complejo se hará de revocar el mandamiento de pago y a consecuencia la sentencia de primera instancia, porque el juzgado de primera instancia no debió librar mandamiento de pago en contra de mi representada.

❖ **PRESCRIPCION DE CONTRATO DE SEGURO ART. 1081 DEL CODIGO DE COMERCIO.**

Ahora bien, como ya se dejó claro que las normas aplicar son las contenidas en el contrato de seguros, se debe que estudiar la prescripción contenida en el artículo 1081 del código de comercio, por lo tanto tenemos que CLÍNICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA S.A., con la presente demanda ejecutiva pretende el pago de varias reclamaciones generadas como consecuencia de la prestación de servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios proporcionados a pacientes lesionados en accidentes de tránsito amparados por pólizas SOAT expedidas por la sociedad COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) se encuentra regulado en el el decreto 3990 del 2007, decreto 967 del 2012, Decreto 056 de 2.015, Decreto 2423 de 1996, el Estatuto Orgánico Del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993) a partir del Artículo 192 y siguientes, y en lo no previsto allí, se acudirá a lo regulado en el seguro terrestre del Código de Comercio.

Respecto a la prescripción de las acciones derivadas del contrato del Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito, se resalta lo siguiente:

En la Parte VI, Capítulo IV del Estatuto Orgánico Financiero, por remisión expresa del artículo 192 numeral 4 de dicho Estatuto, se establece: “**Normatividad aplicable al seguro obligatorio de accidentes de tránsito. En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por este Estatuto.**”

A su vez, de manera específica, el decreto 3990 del 2007, decreto 967 del 2012, Decreto 056 de 2.015 (por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito), en los artículos 111 y 412, definen las reglas relativas a la prescripción respecto de los prestadores de servicios de salud, en relación con las reclamaciones por las atenciones, las cuales, igualmente, remiten expresamente al artículo 1081 del Código de Comercio.

Ahora bien, el término de prescripción aplicable para las acciones derivadas del SOAT, sin ninguna discusión, lo determina el artículo 1081 del Código de Comercio. Así mismo, la ley de manera específica establece el momento a partir del cual debe contabilizarse el término prescriptivo. Establece la norma en referencia:

“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.”.

Por su parte el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, 780 de 2016 compilatorio del artículo 41 del Decreto 056 de 2015, fue más allá de lo establecido en la norma y estableció a partir de cuándo empieza a correr el termino de prescripción, estableciendo lo siguiente:

Sección 4. Otras condiciones generales del SOAT

Artículo 2.6.1.4.4.1 Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente Capítulo, 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.

1.2. La fecha de defunción de la víctima para indemnizaciones por muerte y gastos funerarios.

1.3. La fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, tratándose de indemnizaciones por incapacidad.

1.4. La fecha en que se prestó el servicio de transporte, tratándose de gastos relacionados con el transporte y movilización de la víctima. (...)

Respecto de la prescripción de las acciones para el cobro de las atenciones en salud de víctimas de accidentes de tránsito cubiertas por el SOAT, la Superintendencia de Salud ha emitido diferentes conceptos, los cuales han sido reiterativos en indicar, que el fenómeno de la prescripción se regula por el artículo 1081 del Código de Comercio, así como también, la fecha a partir de la cual se inicia el computo de tal término:

- El Concepto 2008269-001 de 16 de julio del 2008 precisó que:

Con la atención de la víctima por parte del hospital se tiene conocimiento del siniestro que da lugar a la acción, por lo que el término, deberá contarse desde dicha circunstancia: **“... *teniendo en cuenta que con la atención de la víctima por parte del Hospital se tiene pleno conocimiento del siniestro que da lugar a la acción de reclamación, el término para que opere la prescripción ordinaria, que es la única que se puede invocar en estos casos, empezaría a contar desde el momento en que el Hospital conoció o ha debido conocer el siniestro, esto es, desde que fue atendida la víctima independientemente de la fecha de la factura comercial, de tal suerte que si la atención de la víctima del accidente de tránsito amparada por el SOAT ocurrió el mismo día, desde ese momento empezaría a computar el término de prescripción*”.**

- Concepto 2013070104-002 del 18 de septiembre de 2013, indicó:

Síntesis: Con relación al fenómeno de la prescripción en las reclamaciones presentadas ante las compañías aseguradoras por concepto de servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, al no encontrarse prevista una norma sobre el particular en el régimen del SOAT, resulta aplicable el artículo 1081 Código de Comercio sobre prescripción de acciones en materia de seguros, por virtud de la remisión expresa realizada por el artículo 192 numeral 4 del EOSF a las normas que regulan el contrato de seguro terrestre.

«(...) comunicación mediante la cual solicita concepto jurídico acerca de la prescripción y caducidad de facturas por servicios de salud cuyo pago debe ser realizado por EPS, EPSS y aseguradoras.

En atención al objeto de su consulta, debemos aclararle el alcance del pronunciamiento de esta Superintendencia, el cual se refiere a los aspectos concernientes a las prestaciones asumidas por

las aseguradoras, específicamente en relación con el funcionamiento del seguro obligatorio para daños corporales causados a las personas por accidentes de tránsito (SOAT), conforme a la regulación establecida en el Capítulo IV de la Parte Sexta, artículos 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF) y demás disposiciones que la modifican o adicionan.

Lo anterior, teniendo en cuenta las funciones que el artículo 326 numeral 2 del EOSF asigna a éste Organismo respecto de la actividad de las entidades sometidas a su vigilancia, y que su competencia sobre las entidades promotoras de salud se circunscribe a la supervisión de la administración de los riesgos financieros por parte de estas (artículo 14 de la ley 1122 de 2007 y artículo 1° del Decreto 4185 de 2011).

Efectuadas las anteriores precisiones, es importante manifestar que en distintas oportunidades ésta Superintendencia se ha referido al fenómeno de la prescripción de las reclamaciones presentadas ante las compañías aseguradoras por concepto de servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, indicando que al no encontrarse prevista una norma sobre el particular en el régimen del SOAT, resulta aplicable el artículo 1081 Código de Comercio sobre prescripción de acciones en materia de seguros, por virtud de la remisión expresa realizada por el artículo 192 numeral 4 del EOSF a las normas que regulan el contrato de seguro terrestre.

El mencionado artículo 1081 establece las directrices para determinar cuándo empiezan a correr los términos de prescripción, distinguiendo entre el momento en que “el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción” (prescripción ordinaria) y; aquél “en que nace el respectivo derecho”, independientemente de cualquier circunstancia y aún cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho (prescripción extraordinaria).

De otra parte, a efectos de establecer la fecha en que opera la prescripción, es preciso considerar el aspecto relativo a su interrupción. Como quiera que el Código de Comercio no regula éste fenómeno, en virtud de la remisión expresa consignada en el artículo 822 del mencionado Código, se debe acudir a las normas generales del derecho civil que señalan cómo se interrumpen los términos de prescripción, éstas se encuentran consignadas en el artículo 2539 del Código Civil y en el artículo 94 del Código General del Proceso.

(...).»

- En concepto 2016046856-001 del 14 de junio del 2016, expresó:

“Para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, distinga entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debió tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria y, el momento del nacimiento del derecho, independiente de cualquier circunstancia y aún cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. Se destaca entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no”

Es tan claro que el término de prescripción en las acciones derivadas del SOAT es de 2 años y su computo se hace desde un momento diferente según el amparo que se pretenda afectar, de acuerdo con lo indicado en el Artículo 41 del referido Decreto, que la Corte Constitucional en sentencia T-160A-19, con ponencia del Dr. Luis Guillermo Guerrero Pérez, en la cual se resolvió la controversia sobre el término prescriptivo sobre el amparo de muerte del SOAT. En esta sentencia, el referido órgano señala que el término

prescriptivo de las acciones derivadas del SOAT es de 2 años y que se computa en momentos diferentes de acuerdo al amparo que se pretenda afectar. Indicó la Corte:

“Por su parte, el citado artículo 1081 consagra que la prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen puede ser ordinaria —aquella en la que se contabilizan dos años desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción—, o extraordinaria —en virtud de la cual se cuentan cinco años a partir del momento en que nace el respectivo derecho, y corre contra toda clase de personas— .

Sin embargo, a pesar de que en dicha norma el Código de Comercio estableció parámetros generales de temporalidad a partir de los cuales se debe contabilizar la prescripción, el artículo 41 del Decreto 56 de 2015, al definir ciertas condiciones aplicables a la póliza del SOAT, especificó el momento exacto desde el cual se tiene que contabilizar el término para solicitar la indemnización por incapacidad permanente. Puntualmente, dispuso que los beneficiarios de dicha prestación económica deben presentar su reclamación, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de “[l]a fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral”.

Por demás, no sobra aclarar que esta última disposición guarda correspondencia con distintos pronunciamientos en los que, en casos fácticamente similares, esta Corporación ha sostenido que, para efectos de reclamar la cobertura de distintas pólizas de seguro, el término de prescripción de la solicitud solo se puede contabilizar a partir del conocimiento del estado de invalidez o la incapacidad permanente calificada. Al respecto, sentencias como la T-309A , T-557 y T-662 de 2013 coinciden en que la cobertura de los seguros que amparan aquellos riesgos pende del dictamen de la Junta de Invalidez correspondiente, pues el hecho fundamental que da base a la reclamación es la pérdida de capacidad laboral u ocupacional declarada, tanto así que sin dicha calificación un beneficiario estaría imposibilitado para presentar la reclamación, pues es a partir de la valoración técnica que se sabe con certeza si la persona tiene derecho, o no, a reclamar el pago de la póliza.

En torno a este punto, y en relación con las pólizas de SOAT, la Sala advierte que si bien el accidente de tránsito es el requisito sine qua non para que la operación del seguro se pueda activar, el reclamo de la indemnización aludida solo procede si la víctima de aquel suceso, como consecuencia de ese acontecimiento, sufre una incapacidad permanente calificada. Por ende, es apenas razonable que el término para presentar la solicitud cuente a partir de que se conozca dicha calificación, en la medida en que el hecho que da base a la solicitud de la prestación económica es la incapacidad permanente dictaminada, y no el acaecimiento del siniestro en sí mismo, pues, por ejemplo, puede que un accidente de tránsito no genere ningún tipo de secuela física o porcentaje de pérdida de capacidad en la víctima, caso en el cual, a pesar de la ocurrencia del accidente, la persona no tendría derecho al pago de la indemnización por incapacidad permanente.

Ahora bien, aunque el término para presentar dicha reclamación económica ante la compañía de seguros que opera el SOAT se debe contar a partir de la fecha en que adquiere firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, la norma también establece, tal y como ya se mencionó, que entre la ocurrencia del accidente de tránsito y la solicitud de calificación de la invalidez no pueden transcurrir más de dieciocho meses calendario, so pena de que la solicitud se rechace.

Dicho lo anterior, en relación con ese asunto se debe tener en cuenta: (i) que cuando la víctima del accidente de tránsito requiere el dictamen de pérdida de capacidad laboral para reclamar ante la compañía de seguros que opera el SOAT la indemnización por incapacidad permanente, las Juntas

Regionales de Calificación de Invalidez actúan como peritos en única instancia, pues contra sus dictámenes no proceden recursos ; y (ii) que en esos casos la solicitud de calificación ante la junta la presenta la compañía de seguros , quien además debe asumir los honorarios de aquella .

Por ese motivo, si antes de los dieciocho meses siguientes al accidente de tránsito la víctima solicita a la compañía de seguros adelantar las gestiones pertinentes para calificar el grado de invalidez ocasionado por el siniestro, pero esta última dilata caprichosamente el proceso y presenta la solicitud de calificación a la junta por fuera de dicho término, no podría objetar la reclamación de la indemnización aduciendo aquella extemporaneidad, pues estaría alegando a su favor la propia culpa y obteniendo provecho de una demora infundada, es decir, de un retraso que no resultaría imputable a la víctima cuando esta acude en tiempo a la compañía de seguros, ya que la solicitud de calificación ante la junta, así como el pago de sus honorarios, son deberes en cabeza de la aseguradora que, en esa medida, exigen —por parte de la entidad— un cumplimiento diligente, oportuno y desprovisto de actuaciones contrarias a la buena fe, conforme reza el artículo 83 superior .

De las pruebas y los antecedentes relacionados en esta providencia, se desprende: (i) que la aseguradora accionada objetó la reclamación de la indemnización, pues advirtió que la tutelante formuló la solicitud fuera del término de prescripción ordinaria establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de la fecha del accidente de tránsito; y (ii) que si bien la demandante solicitó a Seguros del Estado S.A. adelantar los trámites correspondientes para calificar el grado de su incapacidad dieciséis meses después de aquel siniestro, la aseguradora, luego de que negó dicho requerimiento argumentando que no estaba obligada a atender la petición y propició un trámite de tutela previo en el que se le ordenó el pago de los honorarios a la Junta, terminó presentando la solicitud de calificación casi dos años después del accidente.

Así las cosas, con fundamento en las consideraciones expuestas a lo largo de esta sentencia, y dado que la aseguradora demandada no contó, conforme lo exige la normatividad aplicable, el término de prescripción para presentar la reclamación económica a partir de la fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, la Sala advierte que, de haberlo hecho así, se hubiese tenido como fecha límite para presentar la solicitud de indemnización el día 10 de febrero de 2020 —es decir, dos años contabilizados a partir del dictamen— y, por ende, la reclamación no hubiere podido ser rechazada aduciendo su prescripción ordinaria.”

Las IPS prestan servicios médicos amparados por las pólizas SOAT, se tiene que el hecho que da base a la acción se da en el momento propio de la atención médica que se presta, y, por tanto, el término de prescripción se cuenta desde la fecha de la atención misma o de aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud el paciente, porque es a partir de allí que la IPS tiene conocimiento de la ocurrencia del siniestro, y, en consecuencia, comienza a correr el término de prescripción ordinaria.

En los conceptos de la Superintendencia de Salud citados, se indicó que a efectos de establecer la fecha en que opera la prescripción, es preciso considerar la interrupción del término de la prescripción. Precizando que, si bien es cierto que el Código de Comercio no regula la interrupción o suspensión de este fenómeno, en virtud de la remisión expresa del artículo 822 ibidem, se debe dar aplicación a las normas generales del derecho civil que regulan la manera como opera la interrupción de los términos de prescripción, éstas se encuentran consagradas en el Artículo 2.539 del Código Civil y en el Artículo 94 del Código General del Proceso.

Mediante sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Quinta Civil-Familia Magistrada Sustanciadora: GUIOMAR PORRAS DEL VECCHIO Código. 08-001-31-53-013-2017-00149-03 Rad. Interno. 42686 Barranquilla, doce (12) de agosto de dos mil veinte (2020). Discutido y aprobado en

Sala según acta n°. 053., en un caso similar, se manifestó que la prescripción aplicar es estos procesos es el artículo 1081 del código de Comercio, así:

“De lo anterior es plausible afirmar entonces, que la prescripción de que habla el artículo 1081 del Código de Comercio, y que empieza a contabilizarse en efecto con la prestación del servicio por parte de la IPS, se interrumpe efectivamente con la referida formulación de la reclamación.

Es decir, que lo exigido por las normas, según dicta la hermenéutica, es que no transcurran más de dos años, entre la ocurrencia del siniestro, que en este caso se confunde con la prestación del servicio, y la reclamación con base en la póliza, ni entre esta última y la demanda.”

Es de resaltar al despacho que el término de prescripción de las acciones derivadas del SOAT, se interrumpe, bien sea civilmente en la fecha de presentación de la demanda cuando su notificación se surte dentro del término de un año contado a partir del día siguiente a la notificación; o naturalmente, por el hecho de reconocer el deudor la obligación, es decir, al momento en que el asegurador asume el pago de la indemnización o desde el momento en que la IPS formula la reclamación acompañada de los documentos necesarios para demostrar el siniestro y la cuantía.

Ahora bien, aterrizando al presente caso al verificar las reclamaciones que la parte demandante acompaña para acreditar la existencia de la obligación por la suma pretendida, podrá constatar que existen reclamaciones, con más de 2 años, y si bien el término de prescripción pudo haberse interrumpido, esta interrupción no tuvo el efecto buscado, por lo tanto, también se debió declarar la prescripción de los 2 años de las siguientes facturas:

FACTURA	VALOR	FACTURA	VALOR	FACTURA	VALOR
165953	195.350	227767	45.000	236083	7.293.002
201693	96.300	227782	45.000	236096	14.430.520
202569	36.400	227722	97.150	236251	177.950
203705	612.300	228117	573.520	236255	153.901
201466	79.100	229794	358.870	236288	5.479.885
204014	189.400	229813	200.000	236140	83.700
204015	412.470	229846	454.744	236275	89.000
204046	740.670	230004	5.543.324	236201	435.900
204050	245.905	230157	89.000	236503	369.221
204051	245.905	230330	9.909.920	236524	190.521
204053	245.905	230444	245.905	236483	38.600
205756	42.500	229985	45.000	236485	38.600
205943	7.474.752	230697	1.312.596	236706	1.217.921

206645	245.905
206732	117.162
206887	96.300
206800	42.500
207075	42.500
207255	245.905
207325	264.250
207928	461.620
208277	6.780.165
208921	157.550
210523	263.570
209950	42.500
210944	9.219.574
211300	245.905
211224	132.300
211323	42.500
211356	42.500
211759	6.502.040
212621	245.905
212776	42.500
212856	42.500
212794	3.425.295
213705	18.707.297
214150	2.714.049
214495	93.400

230887	3.262.620
231154	152.400
231041	1.557.037
230498	45.000
230281	1.901.400
231325	245.905
230247	139.150
232007	89.000
232084	81.150
231853	14.086
232065	1.849.840
232211	5.388.790
232271	845.906
232310	976.339
232332	45.000
232364	89.000
232485	89.000
232590	245.905
232597	245.905
232598	245.905
232630	757.011
232927	601.442
232956	4.545.784
233014	89.000
233092	462.270

236944	262.380
236626	89.000
236729	89.000
236841	38.600
235656	45.000
236932	812.197
237022	45.000
237107	6.679.855
237266	245.905
237279	245.905
237393	245.905
237032	409.790
237258	245.905
237492	815.654
237524	116.729
237527	159.750
237560	144.800
237621	335.185
237655	369.443
237684	3.928.197
237739	699.420
237750	6.485.389
237129	89.000
237187	89.000
237526	89.000

215409	107.500
215410	45.000
215588	9.117.190
216675	89.000
216998	2.273.649
217652	201.900
217916	168.250
218240	245.905
218348	435.900
218749	230.270
219288	45.000
219710	1.078.900
222583	157.070
222693	245.905
222708	478.735
223432	457.570
224290	1.132.000
224526	2.051.270
225119	439.070
225230	360.402
225284	480.670
225335	45.000
225912	234.128
226031	4.524.364
225890	45.000
226973	

233402	3.566.927
233518	4.781.202
233486	89.000
233588	272.350
233637	2.228.960
233923	224.620
233765	45.000
234107	3.988.680
233839	102.100
234187	932.180
234106	1.060.605
234157	245.905
234348	340.920
234647	12.091.975
234994	17.760.575
234996	8.330.045
234905	1.870.780
235001	19.296.011
234995	539.394
235175	2.812.202
234374	74.104
235140	400.000
235233	1.282.137
235340	424.971
235423	1.959.368
235338	

237556	89.000
237563	89.000
237467	89.000
238041	6.835.388
238072	8.880.288
238082	916.891
238261	400.000
237885	10.901
238424	639.600
238282	181.300
238316	166.701
238362	24.125
238582	102.100
238671	645.288
238763	127.050
238408	3.170.166
238415	605.524
238933	87.100
238938	771.449
238714	6.943.226
238833	3.051.690
238959	188.608
238964	6.801.317
238991	2.023.400
239066	6.900.456
239149	

	129.970		274.929		6.788.355
226008	3.244.298	235714	158.871	239101	435.900
239167	1.228.500	239095	758.156	238852	5.336.182
239193	420.405	238577	100.504	239093	28.502
239500	62.486				

❖ AUSENCIA DE COBERTURA DEL EVENTO RECLAMADO EN VIRTUD QUE LAS FACTURAS QUE RECLAMAN EN LA PRESENTE DEMANDA POR OBJECION CRUCE SASS

En el caso concreto, debo mencionar que mi representada, al existir dudas en las circunstancias del caso, contrató los servicios de una agencia investigadora independiente, la cual procedió a hacer investigación del caso en mención, acercándose al lugar de los hechos, recaudando material probatorio y en el cual se demostró que las facturas anteriormente señaladas no puede ser pagadas por parte de mi representada a la CLINICA ERASMO LTDA, toda vez que según las investigaciones hechas por parte de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., para cada uno de estos casos se pudo corroborar que las siguientes facturas se objetan por CRUCE SASS.

# Mandamiento	Expedición factura	No. Factura	Valor	Objeción
153	28/12/2017	212794	\$ 3.425.295	CRUCE SASS
156	18/01/2018	214495	\$ 93.400	CRUCE SASS

En ese sentido, cabe precisar que mi representada por medio de correo certificado le comunicó a la CLINICA ERASMO LTDA, la objeción anteriormente enunciada, informándole las razones que hoy día ratificamos y que desafortunadamente impiden que asumamos el pago de la reclamación que presentaron en su oportunidad con relación a los accidentes de tránsito que están siendo reclamadas en las facturas señaladas anteriormente, soportes que se encuentra acreditados en el expediente, por lo tanto se debe que revocar el mandamiento de pago de esas dos facturas.

❖ AUSENCIA DE COBERTURA DEL EVENTO RECLAMADO EN VIRTUD QUE LAS FACTURAS QUE RECLAMAN EN LA PRESENTE DEMANDA POR OBJECION NO ACCIDENTE DE TRANSITO.

En el caso concreto, debo mencionar que mi representada, al existir dudas en las circunstancias del caso, contrató los servicios de una agencia investigadora independiente, la cual procedió a hacer investigación del caso en mención, acercándose al lugar de los hechos, recaudando material probatorio y en el cual se demostró que las facturas anteriormente señaladas no puede ser pagadas por parte de mi representada a la CLINICA ERASMO LTDA , toda vez que según las investigaciones hechas por parte de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., para cada uno de estos casos se pudo corroborar que las siguientes facturas se objetan por NO ACCIDENTE DE TRANSITO.

# MANDAMIENTO	EXPEDICIÓN FACTURA	NO. FACTURA	VALOR	OBJECCIÓN
151	27/12/2017	212776	\$ 42.500	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
157	27/01/2018	215409	\$ 107.500	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
163	23/02/2018	217916	\$ 168.250	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
171	25/04/2018	222708	\$ 478.735	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
172	3/05/2018	223432	\$ 457.570	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
186	23/06/2018	227722	\$ 97.150	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
193	25/07/2018	230330	\$ 9.909.920	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
195	19/07/2018	229985	\$ 45.000	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
197	30/07/2018	230887	\$ 3.262.620	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
204	11/08/2018	232007	\$ 89.000	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
213	17/08/2018	232485	\$ 89.000	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
221	24/08/2018	233092	\$ 462.270	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
226	30/08/2018	233637	\$ 2.228.960	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
227	3/09/2018	233923	\$ 224.620	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
228	31/08/2018	233765	\$ 45.000	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
231	7/09/2018	234187	\$ 932.180	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
235	14/09/2018	234647	\$ 12.091.975	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
243	21/09/2018	235140	\$ 400.000	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
249	29/09/2018	236083	\$ 7.293.002	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
253	2/10/2018	236288	\$ 5.479.885	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
259	4/10/2018	236483	\$ 38.600	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
263	6/10/2018	236626	\$ 89.000	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
266	27/09/2018	235656	\$ 45.000	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
270	15/10/2018	237266	\$ 245.905	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
276	18/10/2018	237524	\$ 116.729	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
279	18/10/2018	237621	\$ 335.185	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
280	19/10/2018	237655	\$ 369.443	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
296	25/10/2018	238282	\$ 181.300	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
297	25/10/2018	238316	\$ 166.701	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
302	26/10/2018	238408	\$ 3.170.166	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
315	2/11/2018	239193	\$ 420.405	NO ACCIDENTE DE TRANSITO

En ese sentido, cabe precisar que mi representada por medio de correo certificado le comunicó a la CLINICA ERASMO LTDA, la objeción anteriormente enunciada, informándole las razones que hoy día ratificamos y que desafortunadamente impiden que asumamos el pago de la reclamación que presentaron en su oportunidad con relación a los accidentes de tránsito que están siendo reclamadas en las facturas señaladas, todos los soportes de esta correspondiente objeción se encuentran acreditados en el expediente.

❖ **AUSENCIA DE COBERTURA DEL EVENTO RECLAMADO EN VIRTUD QUE LAS FACTURAS QUE RECLAMAN EN LA PRESENTE DEMANDA POR OBJECION PARCIAL POR PERTINENCIA MEDICA.**

En el caso concreto, debo mencionar que mi representada, al existir dudas en las circunstancias del caso, contrató los servicios de una agencia investigadora independiente, la cual procedió a hacer investigación del caso en mención, acercándose al lugar de los hechos, recaudando material probatorio y en el cual se demostró que las facturas anteriormente señaladas no puede ser pagadas por parte de mi representada a la CLINICA ERASMO LTDA , toda vez que según las investigaciones hechas por parte de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., para cada uno de estos casos se pudo corroborar que las siguientes facturas se objetan Parcialmente por PERTINENCIA MEDICA.

# MANDAMIENTO	EXPEDICIÓN FACTURA	NO. FACTURA	VALOR	OBJECCIÓN
135	10/10/2017	206800	\$ 42.500,00	PERTINENCIA MEDICA
152	29/12/2017	212856	\$ 42.500,00	PERTINENCIA MEDICA
155	14/01/2018	214150	\$ 2.714.049,27	PERTINENCIA MEDICA
165	28/02/2018	218348	\$ 435.900,00	PERTINENCIA MEDICA
167	10/03/2018	219288	\$ 45.000,00	PERTINENCIA MEDICA
190	18/07/2018	229846	\$ 454.744,00	PERTINENCIA MEDICA
196	28/07/2018	230697	\$ 1.312.596,49	PERTINENCIA MEDICA
201	25/07/2018	230281	\$ 1.901.400,00	PERTINENCIA MEDICA
206	9/08/2018	231853	\$ 14.085,73	PERTINENCIA MEDICA
217	18/08/2018	232630	\$ 757.010,82	PERTINENCIA MEDICA
219	23/08/2018	232956	\$ 4.545.784,00	PERTINENCIA MEDICA
222	28/08/2018	233402	\$ 3.566.927,00	PERTINENCIA MEDICA
236	19/09/2018	234994	\$ 17.760.575,00	PERTINENCIA MEDICA
246	25/09/2018	235423	\$ 1.959.367,76	PERTINENCIA MEDICA
248	27/09/2018	235714	\$ 158.871,00	PERTINENCIA MEDICA
258	4/10/2018	236524	\$ 190.521,00	PERTINENCIA MEDICA
261	8/10/2018	236706	\$ 1.217.920,90	PERTINENCIA MEDICA
262	10/10/2018	236944	\$ 262.380,00	PERTINENCIA MEDICA
267	10/10/2018	236932	\$ 812.197,00	PERTINENCIA MEDICA
275	17/10/2018	237492	\$ 815.653,71	PERTINENCIA MEDICA
281	19/10/2018	237684	\$ 3.928.197,00	PERTINENCIA MEDICA
283	20/10/2018	237750	\$ 6.485.389,00	PERTINENCIA MEDICA
287	18/10/2018	237556	\$ 89.000,00	PERTINENCIA MEDICA
290	23/10/2018	238041	\$ 6.835.388,40	PERTINENCIA MEDICA
292	24/10/2018	238082	\$ 916.891,00	PERTINENCIA MEDICA
298	26/10/2018	238362	\$ 24.125,00	PERTINENCIA MEDICA
300	29/10/2018	238671	\$ 645.288,04	PERTINENCIA MEDICA
303	26/10/2018	238415	\$ 605.523,60	PERTINENCIA MEDICA
306	29/10/2018	238714	\$ 6.943.226,00	PERTINENCIA MEDICA
307	30/10/2018	238833	\$ 3.051.690,00	PERTINENCIA MEDICA
308	31/10/2018	238959	\$ 188.608,00	PERTINENCIA MEDICA
310	31/10/2018	238991	\$ 2.023.399,60	PERTINENCIA MEDICA
311	31/10/2018	239066	\$ 6.900.456,00	PERTINENCIA MEDICA
316	31/10/2018	239095	\$ 758.156,00	PERTINENCIA MEDICA
317	29/10/2018	238577	\$ 100.504,40	PERTINENCIA MEDICA
319	31/10/2018	239093	\$ 28.502,00	PERTINENCIA MEDICA
320	7/11/2018	239500	\$ 62.486,40	PERTINENCIA MEDICA

En ese sentido, cabe precisar que mi representada por medio de correo certificado le comunicó a la CLINICA ERASMO LTDA, la objeción anteriormente enunciada, informándole las razones que hoy día ratificamos y que desafortunadamente impiden que asumamos el pago de la reclamación que presentaron en su oportunidad con relación a los accidentes de tránsito que están siendo reclamadas en las facturas, todos los soportes de esta correspondiente objeción se encuentran acreditados en el expediente.

❖ AUSENCIA DE COBERTURA DEL EVENTO RECLAMADO EN VIRTUD QUE LAS FACTURAS QUE RECLAMAN EN LA PRESENTE DEMANDA POR OBJECION POLIZA PRESTADA.

En el caso concreto, debo mencionar que mi representada, al existir dudas en las circunstancias del caso, contrató los servicios de una agencia investigadora independiente, la cual procedió a hacer investigación del caso en mención, acercándose al lugar de los hechos, recaudando material probatorio y en el cual se demostró que las facturas anteriormente señaladas no puede ser pagadas por parte de mi representada a la CLINICA ERASMO LTDA , toda vez que según las investigaciones hechas por parte de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., para cada uno de estos casos se pudo corroborar que las siguientes facturas se objetan por POLIZA PRESTADA.

# MANDAMIENTO	EXPEDICIÓN FACTURA	NO. FACTURA	VALOR	OBJECIÓN
120	12/08/2017	201693	\$ 96.300,00	POLIZA PRESTADA
121	24/08/2017	202569	\$ 36.400,00	POLIZA PRESTADA
122	5/09/2017	203705	\$ 612.300,00	POLIZA PRESTADA
123	10/08/2017	201466	\$ 79.100,00	POLIZA PRESTADA
124	9/09/2017	204014	\$ 189.400,00	POLIZA PRESTADA
125	9/09/2017	204015	\$ 412.470,00	POLIZA PRESTADA
126	9/09/2017	204046	\$ 740.670,00	POLIZA PRESTADA
127	9/09/2017	204050	\$ 245.905,00	POLIZA PRESTADA
128	9/09/2017	204051	\$ 245.905,00	POLIZA PRESTADA
129	9/09/2017	204053	\$ 245.905,00	POLIZA PRESTADA
130	28/09/2017	205756	\$ 42.500,00	POLIZA PRESTADA
131	29/09/2017	205943	\$ 7.474.752,00	POLIZA PRESTADA
133	9/10/2017	206732	\$ 117.162,00	POLIZA PRESTADA
134	11/10/2017	206887	\$ 96.300,00	POLIZA PRESTADA
136	12/10/2017	207075	\$ 42.500,00	POLIZA PRESTADA
137	16/10/2017	207255	\$ 245.905,00	POLIZA PRESTADA
138	17/10/2017	207325	\$ 264.250,00	POLIZA PRESTADA
139	24/10/2017	207928	\$ 461.620,00	POLIZA PRESTADA
140	28/10/2017	208277	\$ 6.780.165,00	POLIZA PRESTADA
142	24/11/2017	210523	\$ 263.570,00	POLIZA PRESTADA
144	28/11/2017	210944	\$ 9.219.574,00	POLIZA PRESTADA
145	29/11/2017	211300	\$ 245.905,00	POLIZA PRESTADA
147	30/11/2017	211323	\$ 42.500,00	POLIZA PRESTADA
158	27/01/2018	215410	\$ 45.000,00	POLIZA PRESTADA
160	7/02/2018	216675	\$ 89.000,00	POLIZA PRESTADA
168	15/03/2018	219710	\$ 1.078.900,00	POLIZA PRESTADA
170	24/04/2018	222693	\$ 245.905,00	POLIZA PRESTADA
184	23/06/2018	227767	\$ 45.000,00	POLIZA PRESTADA
187	27/06/2018	228117	\$ 573.520,00	POLIZA PRESTADA
188	17/07/2018	229794	\$ 358.870,00	POLIZA PRESTADA

191	20/07/2018	230004	\$ 5.543.324,00	POLIZA PRESTADA
198	31/07/2018	231154	\$ 152.400,00	POLIZA PRESTADA
199	31/07/2018	231041	\$ 1.557.037,00	POLIZA PRESTADA
200	26/07/2018	230498	\$ 45.000,00	POLIZA PRESTADA
202	2/08/2018	231325	\$ 245.905,00	POLIZA PRESTADA
203	24/07/2018	230247	\$ 139.150,00	POLIZA PRESTADA
205	13/08/2018	232084	\$ 81.150,00	POLIZA PRESTADA
207	13/08/2018	232065	\$ 1.849.840,00	POLIZA PRESTADA
208	15/08/2018	232211	\$ 5.388.790,00	POLIZA PRESTADA
209	15/08/2018	232271	\$ 845.906,00	POLIZA PRESTADA
210	16/08/2018	232310	\$ 976.339,00	POLIZA PRESTADA
211	16/08/2018	232332	\$ 45.000,00	POLIZA PRESTADA
215	18/08/2018	232597	\$ 245.905,00	POLIZA PRESTADA
216	18/08/2018	232598	\$ 245.905,00	POLIZA PRESTADA
218	23/08/2018	232927	\$ 601.442,00	POLIZA PRESTADA
224	29/08/2018	233486	\$ 89.000,00	POLIZA PRESTADA
229	6/09/2018	234107	\$ 3.988.680,00	POLIZA PRESTADA
230	31/08/2018	233839	\$ 102.100,00	POLIZA PRESTADA
233	7/09/2018	234157	\$ 245.905,00	POLIZA PRESTADA
234	10/09/2018	234348	\$ 340.920,00	POLIZA PRESTADA
237	19/09/2018	234996	\$ 8.330.045,00	POLIZA PRESTADA
238	18/09/2018	234905	\$ 1.870.780,00	POLIZA PRESTADA
239	19/09/2018	235001	\$ 19.296.011,00	POLIZA PRESTADA
240	19/09/2018	234995	\$ 539.394,00	POLIZA PRESTADA
241	21/09/2018	235175	\$ 2.812.202,00	POLIZA PRESTADA
242	10/09/2018	234374	\$ 74.104,00	POLIZA PRESTADA
244	24/09/2018	235233	\$ 1.282.137,00	POLIZA PRESTADA
247	24/09/2018	235338	\$ 274.929,00	POLIZA PRESTADA
252	2/10/2018	236255	\$ 153.901,00	POLIZA PRESTADA
254	1/10/2018	236140	\$ 83.700,00	POLIZA PRESTADA
255	2/10/2018	236275	\$ 89.000,00	POLIZA PRESTADA
256	1/10/2018	236201	\$ 435.900,00	POLIZA PRESTADA
257	4/10/2018	236503	\$ 369.221,00	POLIZA PRESTADA
260	4/10/2018	236485	\$ 38.600,00	POLIZA PRESTADA
268	11/10/2018	237022	\$ 45.000,00	POLIZA PRESTADA
269	12/10/2018	237107	\$ 6.679.855,00	POLIZA PRESTADA
271	15/10/2018	237279	\$ 245.905,00	POLIZA PRESTADA
272	16/10/2018	237393	\$ 245.905,00	POLIZA PRESTADA
277	18/10/2018	237527	\$ 159.750,00	POLIZA PRESTADA
278	18/10/2018	237560	\$ 144.800,00	POLIZA PRESTADA
282	20/10/2018	237739	\$ 699.420,00	POLIZA PRESTADA
284	13/10/2018	237129	\$ 89.000,00	POLIZA PRESTADA
285	13/10/2018	237187	\$ 89.000,00	POLIZA PRESTADA
288	18/10/2018	237563	\$ 89.000,00	POLIZA PRESTADA
289	17/10/2018	237467	\$ 89.000,00	POLIZA PRESTADA
291	24/10/2018	238072	\$ 8.880.288,00	POLIZA PRESTADA
293	25/10/2018	238261	\$ 400.000,00	POLIZA PRESTADA
295	26/10/2018	238424	\$ 639.600,00	POLIZA PRESTADA
299	29/10/2018	238582	\$ 102.100,00	POLIZA PRESTADA
301	30/10/2018	238763	\$ 127.050,00	POLIZA PRESTADA

305	31/10/2018	238938	\$ 771.449,00	POLIZA PRESTADA
309	31/10/2018	238964	\$ 6.801.317,00	POLIZA PRESTADA
312	1/11/2018	239149	\$ 6.788.355,00	POLIZA PRESTADA
313	1/11/2018	239101	\$ 435.900,00	POLIZA PRESTADA
314	1/11/2018	239167	\$ 1.228.500,00	POLIZA PRESTADA
318	30/10/2018	238852	\$ 5.336.182,00	POLIZA PRESTADA

En ese sentido, cabe precisar que mi representada por medio de correo certificado le comunicó a la CLINICA ERASMO LTDA, la objeción anteriormente enunciada, informándole las razones que hoy día ratificamos y que desafortunadamente impiden que asumamos el pago de la reclamación que presentaron en su oportunidad con relación a los accidentes de tránsito que están siendo reclamadas en las facturas señaladas, todos los soportes de esta correspondiente objeción se encuentran acreditados en el expediente.

❖ **AUSENCIA DE COBERTURA DEL EVENTO RECLAMADO EN VIRTUD QUE LAS FACTURAS QUE RECLAMAN EN LA PRESENTE DEMANDA POR SERVICIO NO PERTINENTE**

En el caso concreto, debo mencionar que mi representada, al existir dudas en las circunstancias del caso, contrató los servicios de una agencia investigadora independiente, la cual procedió a hacer investigación del caso en mención, acercándose al lugar de los hechos, recaudando material probatorio y en el cual se demostró que las facturas anteriormente señaladas no puede ser pagadas por parte de mi representada a la CLINICA ERASMO LTDA, toda vez que según las investigaciones hechas por parte de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., para cada uno de estos casos se pudo corroborar que las siguientes facturas se objetan por SERVICIO NO PERTINENTE, todos los soportes de esta correspondiente objeción se encuentran acreditados en el expediente.

❖ **AUSENCIA DE COBERTURA DEL EVENTO RECLAMADO EN VIRTUD QUE LAS FACTURAS QUE RECLAMAN EN LA PRESENTE DEMANDA POR OBJECION SERVICIO NO PRESTADO.**

En el caso concreto, debo mencionar que mi representada, al existir dudas en las circunstancias del caso, contrató los servicios de una agencia investigadora independiente, la cual procedió a hacer investigación del caso en mención, acercándose al lugar de los hechos, recaudando material probatorio y en el cual se demostró que las facturas anteriormente señaladas no puede ser pagadas por parte de mi representada a la CLINICA ERASMO LTDA , toda vez que según las investigaciones hechas por parte de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., para cada uno de estos casos se pudo corroborar que las siguientes facturas se objetan por SERVICIO NO PRESTADO.

# MANDAMIENTO	EXPEDICIÓN FACTURA	NO. FACTURA	VALOR	OBJECIÓN
132	8/10/2017	206645	\$ 245.905	SERVICIOS NO PRESTADOS
150	23/12/2017	212621	\$ 245.905	SERVICIOS NO PRESTADOS
164	27/02/2018	218240	\$ 245.905	SERVICIOS NO PRESTADOS
194	26/07/2018	230444	\$ 245.905	SERVICIOS NO PRESTADOS
214	18/08/2018	232590	\$ 245.905	SERVICIOS NO PRESTADOS

En ese sentido, cabe precisar que mi representada por medio de correo certificado le comunicó a la CLINICA ERASMO LTDA, la objeción anteriormente enunciada, informándole las razones que hoy día ratificamos y que desafortunadamente impiden que asumamos el pago de la reclamación que presentaron en su oportunidad con relación a los accidentes de tránsito que están siendo reclamadas en las facturas, todos los soportes de esta correspondiente objeción se encuentran acreditados en el expediente.

❖ **AUSENCIA DE COBERTURA DEL EVENTO RECLAMADO EN VIRTUD QUE LAS FACTURAS QUE RECLAMAN EN LA PRESENTE DEMANDA POR OBJECION OTRA.**

En el caso concreto, debo mencionar que mi representada, al existir dudas en las circunstancias del caso, contrató los servicios de una agencia investigadora independiente, la cual procedió a hacer investigación del caso en mención, acercándose al lugar de los hechos, recaudando material probatorio y en el cual se demostró que las facturas anteriormente señaladas no puede ser pagadas por parte de mi representada a la CLINICA ERASMO LTDA , toda vez que según las investigaciones hechas por parte de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., para cada uno de estos casos se pudo corroborar que las siguientes facturas se objetan por OBJECION OTRA.

# MANDAMIENTO	EXPEDICIÓN FACTURA	NO. FACTURA	VALOR	OBJECCIÓN
141	4/11/2017	208921	\$ 157.550,00	COMUNICACIÓN ENVIADA
143	18/11/2017	209950	\$ 42.500,00	COMUNICACIÓN ENVIADA
146	29/11/2017	211224	\$ 132.300,00	COMUNICACIÓN ENVIADA
148	30/11/2017	211356	\$ 42.500,00	DEVUELTO
149	6/12/2017	211759	\$ 6.502.040,00	COMUNICACIÓN ENVIADA
154	8/01/2018	213705	\$ 18.707.297,00	OTRA COMPAÑÍA
159	29/01/2018	215588	\$ 9.117.190,00	NO REGISTRA DATOS
161	13/02/2018	216998	\$ 2.273.649,00	DEVUELTO
166	5/03/2018	218749	\$ 230.270,00	COMUNICACIÓN ENVIADA
169	23/04/2018	222583	\$ 157.070,00	DEVUELTO
173	14/05/2018	224290	\$ 1.132.000,00	SITIO PRIVADO
174	17/05/2018	224526	\$ 2.051.270,00	SITIO PRIVADO
175	23/05/2018	225119	\$ 439.070,00	DEVUELTO
176	24/05/2018	225230	\$ 360.402,00	DEVUELTO
177	24/05/2018	225284	\$ 480.670,00	SITIO PRIVADO
178	25/05/2018	225335	\$ 45.000,00	SITIO PRIVADO
179	31/05/2018	225912	\$ 234.128,00	SITIO PRIVADO
180	1/06/2018	226031	\$ 4.524.364,00	DEVUELTO
181	31/05/2018	225890	\$ 45.000,00	DEVUELTO
182	15/06/2018	226973	\$ 129.970,00	COMUNICACIÓN ENVIADA
183	31/05/2018	226008	\$ 3.244.298,00	COMUNICACIÓN ENVIADA
185	23/06/2018	227782	\$ 45.000,00	COMUNICACIÓN ENVIADA
189	18/07/2018	229813	\$ 200.000,00	POLIZA DE OTRA COMPAÑÍA
192	23/07/2018	230157	\$ 89.000,00	DEVUELTO
212	16/08/2018	232364	\$ 89.000,00	DEVUELTO
220	23/08/2018	233014	\$ 89.000,00	POLIZA DE OTRA COMPAÑÍA
223	29/08/2018	233518	\$ 4.781.202,00	COMUNICACIÓN ENVIADA
225	30/08/2018	233588	\$ 272.350,00	DEVUELTO
232	6/09/2018	234106	\$ 1.060.605,00	DEVUELTO
245	24/09/2018	235340	\$ 424.971,00	DEVUELTO
250	30/09/2018	236096	\$ 14.430.520,00	COMUNICACIÓN ENVIADA
251	2/10/2018	236251	\$ 177.950,00	COMUNICACIÓN ENVIADA
264	8/10/2018	236729	\$ 89.000,00	DEVUELTO
265	9/10/2018	236841	\$ 38.600,00	ACEPTADA IPS
273	11/10/2018	237032	\$ 409.790,00	COMUNICACIÓN ENVIADA
274	15/10/2018	237258	\$ 245.905,00	COMUNICACIÓN ENVIADA
286	18/10/2018	237526	\$ 89.000,00	DEVUELTO

294	22/10/2018	237885	\$ 10.900,94	DEVUELTO
304	31/10/2018	238933	\$ 87.100,00	POLIZA DE OTRA COMPAÑÍA

En ese sentido, cabe precisar que mi representada por medio de correo certificado le comunicó a la CLINICA ERASMO LTDA, la objeción anteriormente enunciada, informándole las razones que hoy día ratificamos y que desafortunadamente impiden que asumamos el pago de la reclamación que presentaron en su oportunidad con relación a los accidentes de tránsito que están siendo reclamadas en las facturas señaladas en la presente excepción.

❖ **IMPOSIBILIDAD DE REALIZARSE EL PAGO POR AGOTAMIENTO DE LA COBERTURA DEL SOAT.**

Ahora bien, en el presente caso también se ha presentado un supuesto que no permite que se realice el pago de la factura y es el que se encuentra señalado en el Decreto 056 de 2015

“Artículo 9°. Cobertura. Las cuantías correspondientes a los servicios de salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista o de otro evento aprobado, serán cubiertas por la compañía aseguradora del SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosita, según corresponda, así:

1. Por la compañía aseguradora, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado se encuentre amparado con la póliza del SOAT, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito.

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados, cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de la indemnización, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores y entre ellos haya asegurados y no asegurados o no identificados, se procederá según lo previsto en el inciso anterior para el caso de vehículos asegurados, pero el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de los ocupantes del vehículo o vehículos no asegurados o no identificados y el pago a los terceros, estará a cargo del Fosyga.

(...)

Artículo 42. Transitorio. A partir de la entrada en vigencia del presente decreto, cuando un prestador de servicios de salud reclame ante una compañía aseguradora el pago de los servicios de salud brindados con anterioridad a la entrada en vigencia del Decreto número 967 de 2012 a una víctima de accidente de tránsito, se entenderá agotada la cobertura de la póliza SOAT cuando:

a) Se hayan pagado en su integridad los quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes.

b) Luego de surtido el proceso establecido para adelantar la reclamación ante las compañías aseguradoras quede un saldo por pagar igual o inferior a cuarenta (40) salarios mínimos legales diarios vigentes, por encontrarse pendiente de decisión sobre la procedencia o no de la(s) glosa(s) aplicada(s) por la compañía aseguradora.

Las compañías aseguradoras, emitirán el certificado de agotamiento de cobertura indicando el pago integral de los quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes o el valor pagado y el valor glosado, cuando este último no supere los cuarenta (40) salarios mínimos legales diarios vigentes. (...)

Tal como observamos en las normas antes mencionadas, la ley ha fijado un límite para resguardar a las personas que han sufrido un accidente de tránsito, para así evitar abusos y sobrecostos que afectan el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por lo que solo basta con la emisión de un certificado por parte de la entidad aseguradora, que soporte el agotamiento de la cobertura.

# MANDAMIENTO	EXPEDICIÓN FACTURA	NO. FACTURA	VALOR	OBJECCIÓN
162	21/02/2018	217652	\$ 201.900,00	AGOTAMIENTO COBERTURA

En ese sentido, posteriormente al análisis documental realizado por mi representada, se evidenció que la reclamación presentada en las facturas que a continuación la cobertura del evento por lesiones de accidente de tránsito ya se había agotado. Para lo que mi representada realizó una objeción a el reclamo de dicha factura

❖ **IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO DE LAS FACTURAS COBRADAS EN EL PRESENTE PROCESO POR HABER SIDO GLOSADAS POR PARTE DE COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**

En primera medida debemos definir que es una glosa, y está definida como aquella inconformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

Mi representada COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., procedió a analizar todas y cada una de las reclamaciones por la cuales se presentó reclamación para que se procediera con el pago de los servicios médicos derivadas de accidentes de tránsito con cargo al SOAT, pero al analizarse por los médicos auditores adscritos a mi representada, se verificó que existía inconformidad con la prestación de servicios médicos a las víctimas de dichos accidentes. Para proceder con la verificación de dichos documentos, mi representada procedió con la liquidación de la reclamación haciendo un análisis de lo que se pretende cobrar, se liquidó y posteriormente a esto se glosó, haciéndoselo saber a la IPS, la cual claramente no dio respuesta de esta, aceptándose por ende dicha objeción.

Por todo lo anterior, al haber sido glosadas dichas facturas cobradas, es claro que no existe obligación por mi representada en el pago de dichas facturas, además de haber sido aceptadas por parte de la IPS. Por tal motivo, de acuerdo con lo anteriormente expuesto.

❖ **COBRO DE LO NO DEBIDO**

Conforme al numeral 4° del artículo 195 del Decreto 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero), los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica y farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a personas en accidentes de tránsito, *“serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras”*.

A renglón seguido la norma dispone: *“Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causa-habiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido ese plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990” (Negrillas, subrayado y resaltado ajenos al texto original).*

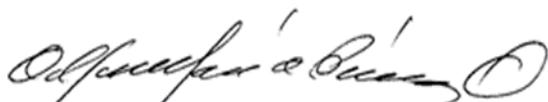
Teniendo en cuenta lo anterior, el establecimiento hospitalario o institución prestadora de servicios de salud que se considere beneficiaria de la prestación asegurada contenida en una póliza SOAT, debe acreditar los presupuestos sustanciales y dar cumplimiento al artículo 1077 del C. de Co.

En ese sentido, si se verifica la conducta asumida por la entidad demandante, lo dispuesto en el Estatuto Orgánico y las normas que regulan el contrato de seguro, se puede inferir, sin temor a equívocos, que no hay lugar al reconocimiento de la suma deprecada en la demanda, por cuanto –como ya se dijo– la parte actora no dio cumplimiento a lo preceptuado en el artículo 1077 del C. de Co., en relación con las facturas que aparecen como objetadas.

Anexos precedentes sobre el tema.

Por medio del presente me permito presentar RECURSO DE APELACION en contra de la sentencia proferida por su despacho de fecha 1 de julio de 2021, explicando todos y cada uno de los reparos contra la decisión de primera instancia, para que de esta forma sea revocada todas las condenas impuestas a mi representada en especial los literales SEGUNDO, TERCERO, CUARTO, QUINTO Y SEXTO, reparos que serán ampliados y sustentados en su oportunidad ante el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar Sala Civil.

Del señor Juez, atentamente,



OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS
C.C. No. 39.006.745 de El Banco (Magd.)
T.P. No. 23.817 del C. S. de la J.
HAAF- M117

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

Magistrado Ponente

STC2064-2020**Radicación nº 11001-02-03-000-2020-00426-00**

(Aprobado en sesión de veintiséis de febrero de dos mil veinte)

Bogotá, D.C., veintiséis (26) de febrero de dos mil veinte (2020).

Se resuelve la tutela instaurada por la Clínica La Victoria S.A.S. contra la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla y el Juzgado Dieciséis Civil del Circuito de esa ciudad, extensiva a los demás intervinientes en el decurso con radicado nº 08001 31 53 016 2018 00070 00.

ANTECEDENTES

1.- La peticionaria reclamó la protección de sus derechos al «*debido proceso*» y «*acceso a la administración de justicia*», cuya violación le enrostró a los accionados, producto de lo dictaminado el 5 de junio y 9 de diciembre de 2019, en el coercitivo que le siguió a Seguros del Estado S.A., interlocutorio este último que solicitó «*dejar sin efectos*» para que el *ad quem* emita «*una nueva providencia de conformidad con los lineamientos constitucionales invocados*».

Como sustento cardinal de tales pedimentos acotó que la referida *litis* tuvo su origen en la «*acción cambiaria*» derivada de las facturas libradas con ocasión de la «*prestación de servicios de salud a las víctimas de accidentes de tránsito*» cobijados por las «*pólizas de seguros*» expedidas por su contradictora, quien recurrió el auto de apremio y formuló excepciones de mérito, «*rechazadas (...) por extemporáneas*» (25 oct. 2018).

Relató que repelida esa determinación por la demandada, el Juzgado la reversó, declaró «*probada [la] excepción de inexigibilidad de los títulos de recaudo ejecutivos*» y se abstuvo de «*seguir adelante la ejecución*» (5 jun. 2019), raciocinio que avaló el sentenciador de segundo grado (9 dic. 2019), pese a que se cumplían los presupuestos señalados en los artículos 774 y siguientes del [Código de Comercio](#), sin que pudieran exigirle «*requisitos adicionales*», como si se tratara del cobro de «*pólizas de seguro*».

Destacó que «*el [decreto 780 de 2016](#), [056 de 2015](#), [3990 de 2007](#) y el [Código de Comercio](#)*» diferencian con claridad la «*reclamación administrativa de seguro directamente ante la aseguradora y el cobro ejecutivo de un título valor como es el de la factura ante la jurisdicción ordinaria*», evento para el que, según dijo, basta con «*la presentación del título ejecutivo (título valor*

factura) contentivo de la obligación clara, expresa y exigible», lo que descarta por «innecesario e incluso ilegal la exigencia de documentos diferentes al título contentivo de la obligación».

Con premisas análogas y acudiendo a conceptos de la Superintendencia Nacional de Salud, doctrina y jurisprudencia del Consejo de Estado, les atribuyó a las sedes querelladas un «exceso de ritual manifiesto», así como yerros «fáctico» y «sustantivo por indebida aplicación», dada la equivocada «valoración de las facturas» y la indebida «interpretación y aplicación» del régimen legal que predomina (fls. 1 a 23).

2.- El Juzgado Dieciséis Civil del Circuito de Barranquilla se encaró a la prosperidad del amparo y defendió la legalidad de sus inferencias (fl. 156). Otro tanto hizo Seguros del Estado S.A., la que además puso de manifiesto las falencias de los documentos presentados para justificar las pretensiones (fls. 136 a 144).

La Colegiatura acusada guardó silencio.

CONSIDERACIONES

1.- Como aspecto preliminar, es preciso anunciar que el estudio en esta sede se debe ceñir a la resolución dictada el 9 de diciembre de 2019, por medio del cual la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla zanjó la alzada del extremo actor, pues si bien el ataque también se enfila contra aquella que «*declaró probada la excepción de inexigibilidad de los títulos de recaudo ejecutivos*» (5 jun. 2019), sería inane detenerse en esta última decisión, pues cuestionada por intermedio del instrumento previsto para el efecto (Cfr. arts. 320 y ss. CGP), es claro que la misma,

«...fue sometida a la controversia que legalmente le corresponde ante el juez natural de tal manera que la valoración sobre si se lesionaron los derechos fundamentales invocados debe hacerse frente al pronunciamiento definitivo, so pena de convertir este escenario en una instancia paralela a la ya superada.» (Negritas ajenas al texto-CSJ STC14012-2015, reiterada en STC2377-2018).

2.- Sentado lo anterior, vale la pena indicar que ninguna duda ofrece el carácter extraordinario de este recurso constitucional, cuando se trata de revisar pronunciamientos jurisdiccionales, sendero especial que tan sólo se abre paso cuando, en el ejercicio de sus funciones, quien dispensa justicia socava o pone en riesgo las garantías superiores de los litigantes, es decir, frente a un proceder a todas luces arbitrario, grosero o ajeno a la ley, pues,-debe resaltarse-, no cualquier animadversión tiene la virtualidad de quebrantar la autonomía e independencia que les reconoce el artículo [228](#) de la Constitución Política.

Así lo ha sostenido de tiempo atrás esta Corporación, al advertir que, «*el juez de tutela no es el llamado a intervenir a manera de árbitro para determinar cuáles de los planteamientos valorativos y hermenéuticos del juzgador, o de las partes,*

resultan ser los más acertados» y, menos aún, «acometer, bajo ese pretexto, (...) una revisión oficiosa del asunto, como si fuese uno de instancia» (Sentencia de 7 de marzo de 2008, Exp. T. No. 2007-00514-01), pues ha de tenerse en cuenta que «la adversidad de la decisión no es por sí misma fundamento que le allane el camino al vencido para perseverar en sus discrepancias frente a lo resuelto por el juez natural» (Fallo de 28 de marzo de 2012, Exp. T. No. 54001-22-13-000-2012-00022-01).

3.- Con ese panorama, refulge palmaria la improcedencia de la súplica de la Clínica La Victoria S.A.S., que veladamente busca habilitar en esta sede una discusión probatoria que ya se agotó en el curso del coactivo que adelanta contra Seguros del Estado S.A., que, -por desfavorable-, no puede tildarse de caprichoso o subjetivo.

En efecto, la revisión del expediente y, particularmente, de lo acontecido en la audiencia celebrada el 9 de diciembre de 2019, no pone en evidencia ningún menoscabo de las prerrogativas incoadas, pues nótese que para definir el «recurso de apelación» impetrado por la promotora de esa «ejecución», la Magistratura inculpada, partió de una legítima exégesis del artículo 422 del [Código General del Proceso](#) y de los preceptos que disciplinan el cobro de las «facturas» relacionadas con la «prestación de servicios de salud derivados de la ocurrencia de accidentes de tránsito», que le sirvió para dar respuesta a las dudas subyacentes en la impugnación, en sus palabras, si «¿En la prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito las obligaciones pueden constar en un único documento?» y «¿Si la sola factura por prestación de servicios de salud constituye un título ejecutivo?». En tal sentido, señaló:

(...) Sobre los documentos que constituyen todo título ejecutivo, el artículo 422 del [Código General del Proceso](#) es muy claro en señalar que pueden demandarse ejecutivamente las obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documento y que provengan del deudor o de su causante. Sobre la discusión en este asunto, sobre si se trata o no de un título ejecutivo complejo la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia STC1808 (¿?) del 2 de noviembre de 2017, radicación 15001-22-13-000-2017-00637-01, magistrado ponente Luis Armando Tolosa, señaló expresamente que un título ejecutivo complejo puede estar constituido por varios que en conjunto demuestren la existencia de una obligación.

Veamos entonces si para el evento de la prestación de los servicios de salud derivados de accidente de tránsito el título ejecutivo que se requiere es de carácter complejo o basta con un único documento, es decir, con la factura de prestación de servicios que fue la que la parte demandante presentó.

Sobre la factura de prestación de servicios el artículo 1º del inciso segundo de la [Ley 1231 de 2008](#), señala "No podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito". En materia de prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito con cargo a la póliza SOAT que expiden las aseguradoras, los requisitos de las facturas se encuentran definidos en el artículo 33 del [Decreto 56 de 2015](#) y los artículos subsiguientes que lo desarrollan. La norma señala: "Artículo 33. Requisitos de la factura por prestación de servicios de salud o documento equivalente. La factura o documento equivalente, presentada por los Prestadores de Servicios de Salud, debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes".

Las normas del citado decreto que reglamentan los requisitos que debe contener esta especie de facturación, los artículos 26, 31 y 32; el 26 señala cuáles son los soportes, indica cuáles son los documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud y enumera los documentos así: 1. Formulario de reclamación. 2. Epicrisis o resumen clínico. 3. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica y, por último, el original de la factura, aclarando que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del decreto de que estamos hablando.

El artículo 31 del mismo Decreto señala: "Contenido de la Epicrisis" (...) Luego el párrafo indica que los requisitos contenidos en el presente artículo aplican para las epicrisis que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud y deben cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes. El artículo 32 ya señalado indica qué debe contener el resumen de atención clínica y en el mismo párrafo dice que deben presentarse como soporte de las reclamaciones por servicios de salud.

Así que de las normas transcritas es muy claro extraer que en la prestación de los servicios de salud derivados de accidentes de tránsito para el cobro de obligaciones a cargo de la aseguradora que expide la póliza debe existir reclamación escrita que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, documento que además debe estar acompañado de epicrisis o resumen clínico, de historia clínica con los datos y anexos que señala y que exige la norma atrás citada. Es preciso señalar que la pertinencia de los soportes que deben acompañar esta especie de facturas se encuentra establecida en el artículo 21 del [Decreto 4747 de 2007](#), el cual regula las relaciones entre los prestadores y cualquier tipo de entidad responsable del pago de los servicios de salud. La norma, artículo 21, indica: "Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deben presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio" (¿?) en el caso de las facturas de prestación de servicios se exige que estas se expidan en razón de los servicios efectivamente prestados, artículo 2 de la [Ley 1231 de 2008](#), las relacionadas con la prestación de servicios de salud originados (¿?) en accidentes de tránsito deben estar acompañadas de los documentos que soportan la reclamación ante la aseguradora, más los anexos antes enunciados.

En consecuencia, para el caso de las obligaciones provenientes de la prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito, estas obligaciones no pueden constar en documento único, porque la ley exige otros soportes que demuestran la existencia de la obligación a cargo de la aseguradora responsable del pago.

*Por lo tanto, **en el presente asunto la sola factura no constituye título ejecutivo, porque este último tiene carácter de complejo, ya que debe estar integrado con otros documentos exigidos por las disposiciones reglamentarias y aplicables. En consecuencia, no le asiste razón al recurrente, en el sentido que los únicos requisitos exigidos para el pago de los servicios de salud son los previstos en el artículo 772 y subsiguientes del [Código de Comercio](#) para el caso de la factura, ni que se trata de un título ejecutivo de carácter singular.***

Ahora, siendo estos requisitos de orden sustancial, es decir, los relativos a la integración del título ejecutivo complejo, porque la ley los exige en este caso, se advierte que no se trata de una mera formalidad que pueda ser analizada en virtud del recurso de reposición contra el mandamiento de pago, por lo que bien podía el juez verificar la ocurrencia de estos en la sentencia que resolvió las excepciones de mérito. Además que aun cuando el juez decidió desfavorablemente la reposición contra el mandamiento de pago, señalando que estaban cumplidos los requisitos formales del título, esta circunstancia no es óbice para que, de oficio o en cualquier momento, o en la sentencia de primera o en la de segunda instancia, se vuelvan a examinar todos los requisitos del título. Así lo ha reiterado la doctrina de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia (¿?) del 14 de marzo de 2019, radicación 25000-22-13-000-2019-00018-01, magistrado ponente Luis Armando Tolosa.

En consecuencia, como en el presente asunto la demanda ejecutiva sólo se acompañó de facturas de prestación de servicios, mas no de los documentos que componen jurídicamente el título complejo, la decisión acertada es la de no seguir adelante la ejecución y dar por probada la excepción de mérito denominada "inexigibilidad de los títulos (¿?) base de la ejecución". Por tanto se confirmará la decisión apelada, con costas a cargo de la parte demandante (cfr. minutos 37:36 a 48:33, en el registro).

Y debe subrayarse que esta interpretación, en rigor, no luce antojadiza y por lo demás se muestra acorde con las disquisiciones que esta Corte respaldó al dilucidar un asunto de similares contornos (STC19525-2017), donde se puntualizó que «*la normatividad llamada a regular el asunto era la relativa al cobro de las indemnizaciones derivadas de pólizas de seguro obligatorio por accidente de tránsito, contenida en los Decretos [663 de 1993](#), [3990 de 2007](#) y los artículos 1053 y 1077 del [Código de Comercio](#)» y que tratándose del cobro de «facturas» atinentes a gastos médicos, la «documentación» necesaria para constituir el «título ejecutivo complejo» eran los «Formularios de reclamación, según el formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, certificado médico de atención, formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, la factura y fotocopia de la póliza».*

En este orden de ideas, no se ve cómo pueda calificarse de irrazonable la criticada providencia, pues, al margen de que se comparta, la misma encuentra soporte en un legítimo juicio hermenéutico y en la congruente apreciación del acervo, que, en estrictez, deben ser respetadas.

La quejosa no puede acudir a esta vía para acometer válidamente contra los proveídos de los que disiente y, menos aún, aspirar a que se de prevalencia a su propio parecer sobre el entendimiento que las sedes judiciales le dieron a las normas especiales que gobiernan el cobro de servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito con cargo a la póliza de seguro obligatorio por accidentes de tránsito, finalidad que, -iterase-, resulta ajena a la del ruego tuitivo, que no fue creado para erigirse como una instancia más en los litigios, sino como una herramienta de resguardo (STC147-2017). No se olvide que,

«Independientemente de que se comparta o no la hermenéutica del juzgador ello no descalifica su decisión ni la convierte en caprichosa y con entidad suficiente de configurar vía de hecho, pues para llegar a este estado se requiere que la determinación judicial sea el resultado de una actuación subjetiva y arbitraria del accionado, contraria a la normatividad jurídica aplicable y violatoria de los derechos fundamentales». (CSJ SC, 20 de septiembre de 2012, rad. 2012-00245-01 citado en STC15884-2018).

Ya que,

El Juez natural está dotado de discreta autonomía para interpretar las leyes, de modo que el amparo sólo se abre paso si "se detecta un error grosero o un yerro superlativo o mayúsculo que, abrupta y paladinamente cercene el ordenamiento positivo; cuando tenga lugar un ostensible e inadmisibles resquebrajamiento de la función judicial; en suma, cuando se presenta una vía de hecho, así denominada por contraponerse en forma manifiesta al sistema jurídico, es posible reclamar el amparo del derecho fundamental constitucional vulnerado o amenazado. (STC13974-2017).

4.- Son estas breves razones las que conllevan el fracaso del socorro instado.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, en Sala de Casación Civil, administrando justicia en nombre de la República y por mandato de la Constitución,

RESUELVE:

PRIMERO: NEGAR el auxilio impulsado por la Clínica La Victoria S.A.S., por los motivos expuestos en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Infórmese a las partes e intervinientes por el medio más expedito y remítase el expediente a la Corte Constitucional para su eventual revisión, si este fallo no es impugnado.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA

Presidente de Sala

ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO

AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO

LUIS ALONSO RICO PUERTA

ARIEL SALAZAR RAMÍREZ

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE



República de Colombia
Consejo Superior de la Judicatura
Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla
Sala Quinta Civil-Familia

Magistrada Sustanciadora:
GUIOMAR PORRAS DEL VECCHIO

Código. 08-001-31-53-013-2017-00149-03
Rad. Interno. **42686**

Barranquilla, doce (12) de agosto de dos mil veinte (2020).

Discutido y aprobado en Sala según acta n°. 053.

En atención a lo dispuesto por el artículo 14 del Decreto Legislativo 806 de 2020, emanado del Ministerio de Justicia y del Derecho, se procede a resolver el recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la parte demandada, contra la sentencia del 22 noviembre de 2019, dictada por el Juzgado Trece Civil del Circuito de Barranquilla, dentro del presente proceso Ejecutivo, promovido por Clínica de Fracturas Centro de Ortopedia y Traumatología SA contra AXA Colpatria Seguros SA, radicado bajo el número único 08-001-31-53-013-2017-00149-03.

I. ANTECEDENTES

1.1. La sociedad Clínica de Fracturas Centro de Ortopedia y Traumatología SA, inició proceso ejecutivo contra la aseguradora Axa Colpatria Seguros SA, a fin que se librara mandamiento de pago por la suma de Doscientos sesenta y nueve millones ochocientos cincuenta y dos mil novecientos ochenta y ocho pesos (\$269.852.988.00), más los intereses moratorios bancarios corrientes aumentados en la mitad.

Además solicitó la condena en costas a la parte demandada.

1.2. Como fundamento fáctico de tales peticiones, señaló i) que la Clínica de Fracturas Centro de Ortopedia y Traumatología SA, prestó sus servicios médicos asistenciales a distintos beneficiarios de las pólizas de Seguro

Obligatorio de Accidente de Tránsito expedidas por la aseguradora Axa Colpatria Seguros SA, ii) que los servicios prestados fueron la atención inicial de urgencias y atención de urgencias, atenciones ambulatorias intramurales, atenciones con internación, suministro de dispositivos médicos, material médico-quirúrgico, traslado asistencial de pacientes, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, entre otros; iii) que con ocasión de tal servicio, se radicaron las respectivas reclamaciones económicas ante la aseguradora, dentro del término establecido en el artículo 1081 C.Co y con las exigencias del artículo 2.5.3.4.10 del Decreto 780 de 2016 y el anexo técnico de la Resolución 3047 de 2008, iv) que las facturas no han sido canceladas por la aseguradora, a pesar de los requerimientos de pago que se le han elevado.

1.3. Asumido el conocimiento por el Juzgado Trece Civil del Circuito de Barranquilla, se inadmitió inicialmente la demanda, y subsanados los defectos de que adolecía, se libró mandamiento ejecutivo el día 13 de febrero de 2018.

1.4. Notificada la aseguradora, se apersonó a través de apoderado judicial, formulando en tiempo las excepciones de mérito que denominó “Prescripción de la acción cambiaria”, “Ausencia de exigibilidad del título”, “Prescripción de la acción de cobro de las facturas”, “Inexistencia de una obligación clara, expresa y exigible frente a Axa Colpatria Seguros SA por no derivarse las facturas de un contrato verbal o escrito”, “Ausencia de título ejecutivo”, “Pago de la obligación”, “Las facturas aportadas no reúnen los requisitos legales”; “Ausencia de cobertura del evento reclamado, toda vez que los procedimientos médico-quirúrgicos realizados no guardan relación con el evento reclamado”; “posibilidad por parte de mi representada para presentar excepciones, aunque no se haya objetado la reclamación dentro del término establecido”, “Cobro de lo no debido”.

1.5. Surtido el trámite de primera instancia, y llegado el día para celebrar la audiencia de que trata el artículo 373 CGP, el juez A quo dictó sentencia mediante la cual accedió a las pretensiones de la demanda, continuando con la ejecución,

en la medida en que encontró que las facturas arrimadas no habían sido objetadas por la parte demandada en el término de ley, amén que cumplieran con los requisitos exigidos por la norma.

1.6. Inconforme, el apoderado judicial de la parte demandada formuló recurso de apelación, esbozando como reparos que el A quo había omitido el análisis de lo establecido en el Decreto 056 de 2015 al exigir el cumplimiento de solo 3 de sus 5 requisitos, permitiendo que se obviara la presentación de los soportes del material de osteosíntesis, así como los soportes de la historia clínica, que conforme el artículo 11 de la resolución 1995 de 1999 resultan las ayudas diagnósticas con sus respectivas lecturas y los consentimientos informados. Se queja del reemplazo de la epicrisis por una “evolución de consulta externa que no llena los requisitos tratándose de una atención por accidente de tránsito

Expresó que a pesar de haberse establecido por el despacho, que las normas aplicables son las del contrato de seguro, se omitió declarar la prescripción de que habla el artículo 1081 C.Co., que empezaba a correr desde la atención del paciente.

Concluyó resaltando que no debió estudiarse si las objeciones se presentaron o no en tiempo, sino examinar si el título completo se había configurado.

Tales reparos fueron ampliados en escrito que reposa a folio 198-214 del cuaderno de excepciones de mérito. En este, se alegó que los documentos de recaudo no eran las simples facturas, en tanto entre las partes no había contrato previo. Afirmó el profesional del derecho en ese sentido, que tratándose de una reclamación de seguro, el documento de recaudo debía estar constituido por un título ejecutivo complejo que llenara los requisitos de los artículos 1077 y 1053 C.Co., así como del artículo 26 del Decreto 056 de 2015, entre los que se encontraban la epicrisis o el resumen clínico, inobservado en demanda. Agregó

que de las 125 facturas cuyo pago se demandaba, solo 95 habían estado relacionadas en el libelo.

De otra parte arguyó la ausencia de cobertura de los eventos reclamados por existencia de fraude en la utilización de la póliza y finalizó alegando la prescripción ordinaria de una parte de las facturas allegadas, regentada en el artículo 1081 C.Co, en la medida en que la reclamación judicial se presentó después de dos años contados a partir de la atención del paciente.

1.7. El recurso fue concedido en el efecto suspensivo, y luego de admitido, se corrió el traslado de que habla el artículo 14 del Decreto 806 de 2020.

En ese interregno, la actual apoderada de la demandada reprodujo el texto presentado ante el juez A quo en primera instancia a título de ampliación de reparos.

Por su parte, el vocero judicial de la entidad demandante, en ejercicio de su derecho de réplica, arguyó que los documentos aportados como títulos ejecutivos de recaudo, cumplían con los requisitos exigidos por la norma aplicable, en especial con el artículo 26 del Decreto 056 de 2015. Expuso que de la ley no podía extraerse que la institución hospitalaria debía probar la existencia del siniestro; habló además de la aceptación tácita de la factura de que habla el artículo 773 CCo., así como de la orfandad probatoria respecto de las glosas de que trata el artículo 23 del Decreto 4747 de 2007.

Por último, y en relación a la prescripción alegada por su contraparte, indicó que la factura más antigua, de fecha 13 de enero de 2015, fue radicada el 12 de marzo del mismo año, suspendiéndose en ese momento el término de prescripción de 2 años y comenzando a correr el de la prescripción extraordinaria de 5 años, que a su vez, se interrumpió con la presentación de la demanda.

1.8. Revisados tales alegatos, deja bien establecido la Sala de Decisión, que los presupuestos procesales se hallan cumplidos satisfactoriamente, por cuanto el Juzgado de instancia y este Tribunal son competentes para decidir el asunto, por su naturaleza, entre otros factores determinantes.

Las partes resultan capacitadas civil y procesalmente para intervenir en esta Litis y la demanda reúne los requisitos de forma exigidos por la ley.

Tampoco se observan irregularidades que puedan afectar la validez del trámite, en tal razón el fallo debe ser de fondo.

II. CONSIDERACIONES

2.1. Los instrumentos de recaudo presentados por la parte demandante a la administración de justicia para perseguir el pago de lo adeudado por AXA Colpatria Seguros SA, lo constituyen las facturas de venta emitidas con ocasión de los servicios médicos prestados a beneficiarios de Seguros Obligatorios de Accidentes de Tránsito SOAT, cuyas pólizas fueron expedidas por el ejecutado, amén de documentos que pretendieron probar tal prestación.

2.2. Mediante la sentencia de primera instancia, se declararon no probadas las excepciones formuladas por la parte pasiva de esta litis, al considerarse por el juez A quo, que las reclamaciones elevadas a la aseguradora no habían sido objetadas en tiempo por esta última, de suerte que no era el proceso ejecutivo el escenario para discutir si las facturas como título complejo, se habían integrado en debida forma. A ello se agregó que de igual manera, se avizoraba el cumplimiento de los requisitos contenidos en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015 relativo al contenido y los anexos de las facturas en cuestión.

2.3. La demandada inconforme esbozó entonces frente a aquella decisión, argumentos se resumen así:

- Que las facturas como títulos valores simples, no bastan para iniciar un proceso ejecutivo en el caso de las atenciones con ocasión del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT, pues no se encuentran precedidas de contrato verbal o escrito que las sustente. De allí que el cobro deba estar precedido de una reclamación acompañada de los soportes exigidos por las normas especiales como lo son el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Código de Comercio y el Decreto 056 de 2015.
- Que se demostró por la testigo Denisse Ariza, la ausencia de cobertura de los eventos reclamados, traducida en reclamaciones basadas en presupuestos fácticos que no atendieron a la realidad.
- Que el despacho, al momento de estudiar las facturas, solo corroboró tres de los cinco requisitos establecidos en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015, como lo eran el formulario de reclamación, la epicrisis o resumen clínico y el original de la factura, olvidando que también se debían presentar las facturas del material de osteosíntesis o documento equivalente expedido por el proveedor de la IPS y los documentos que soportaban el contenido de la historia, contenidos en la Resolución 1995 de 1999, como lo son las ayudas diagnósticas, entre las que resalta la lectura de imagenología, y los consentimientos informados, entre otros.
- Que además, hay facturas que no se encuentran acompañadas de la historia clínica o resumen de la misma, sino de una evolución de consulta externa, documento insuficiente tratándose de un accidente de tránsito.
- Que muchas de las facturas cobradas, se encuentran prescritas porque el término extintivo de que trata el artículo 1081 C.Co, debía contarse desde el momento de la atención del paciente, y existen muchas atenciones anteriores al 19 de diciembre de 2015.

2.4. Emergería entonces como problema jurídico determinar si los documentos aportados resultaban aptos para el cobro ejecutivo, como expresó el

juez A quo, o si por el contrario se encontraban carentes de los anexos forzosos, amén de prescritos en algunos de los casos.

2.5. No obstante, es imperativo aclarar de manera temprana, que tanto la acción ejercida como la solución esbozada en primera instancia, estuvieron indebidamente encaminadas.

Para desarrollar tal argumento, la primera precisión que debe realizarse, es que la acción ejecutiva que se pone en marcha por la falta de pago de los servicios médicos prestados con ocasión a una póliza de accidentes de tránsito, no debe entenderse, como en efecto se hizo por la demandante y el juzgador, como una acción cambiaria por cobro de facturas derivadas de un contrato de prestación de servicios, si no como la persecución judicial derivada de una reclamación fallida a la aseguradora.

En este orden de ideas, lejos de adentrarse en el debate de la autonomía de la factura por aceptación tácita, o de la integración de la misma en un título ejecutivo complejo, al compás de las normas reguladoras de la prestación del servicio de salud, lo que debe revisarse es la acción de reclamación de la referida IPS frente a la compañía aseguradora, en virtud del siniestro acaecido, y el mérito ejecutivo de la póliza ante el silencio de esta última, en el término conferido por ley para objetar.

A propósito de esa acción de reclamación, se recuerda que viene determinada por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, que en el numeral 4to de su artículo 195, otorga a los establecimientos hospitalarios o clínicos y a las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente.

Presupuesto que permite colegir, que en el caso de la prestación de servicios de salud en virtud del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, las normas aplicables resultan entonces el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Código de Comercio en lo relativo al contrato de transporte terrestre, por remisión expresa del primero, además, entre otros, del Decreto 056 de 2015, invocado en primera instancia, por medio del cual se reglamentó el pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, por parte de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

Es así como el decreto citado, en sus artículos 11 y 41, hace remisión expresa al artículo 1081 CCo, al referirse al término para presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, contados a partir de que la víctima fue atendida o egresó de la institución, enumerando en su artículo 26, los documentos necesarios para elevar la respectiva reclamación en caso de accidentes de tránsito, entre los que se encuentra, la factura.

Y presentada la reclamación, la compañía aseguradora, de acuerdo al artículo 36 del mencionado decreto, debe verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere el decreto y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad, y verificado ello, pagarlo dentro del mes siguiente en que se acredite el derecho de acuerdo al artículo 1077 CCo.

Luego, es colegible que el Legislador, trasladó a la IPS, la obligación del asegurado contenida en el artículo 1077 C.Co.

Puestas así las cosas y establecido que las normas aplicables son las del contrato de seguro, y las normas especiales que regulan el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, es plausible afirmar, que lo que presta mérito ejecutivo, al

tenor de lo dispuesto por el numeral 3ro del artículo 1053 C.Co y en caso del cumplimiento de los requisitos, es la póliza del SOAT, expedida por la respectiva compañía, y no la factura, que conforme el numeral 4to del artículo 26 del Decreto 056 de 2015, constituye solo uno de los anexos de la reclamación.

Con todo, no se olvida que el artículo 33 ibídem exige que la factura anexada a la reclamación debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes, pero, se itera, no para que preste per se mérito ejecutivo, sino para que sea un anexo válido de la reclamación, y ante su falta de glosa, haga prueba de cuantía.

Evento diferente es que el trámite de glosas se rija por lo establecido en el Decreto 4747 de 2007 y normas concordantes, al no existir norma especial para tales efectos, pero la factura no glosada prueba en este caso, se itera, únicamente la cuantía para efectos del pago derivado del siniestro.

En ese orden de ideas, lo que primero debe revisarse por la administración de justicia, es que la reclamación ante la aseguradora se haya elevado dentro de los términos establecidos por la norma, para en caso afirmativo, poder entender que el silencio de esta se tradujo en la falta de objeción de la respectiva reclamación.

Así lo dispone, se itera, el artículo 1053 CCo, según el cual la póliza presta mérito ejecutivo, si la reclamación aparejada de los comprobantes indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077 ibídem, no se objeta dentro del mes siguiente a su presentación.

Ahora, entratándose de una reclamación con regulación especial, el artículo 1077 CCo, debe interpretarse de consuno con el Decreto 056 de 2015, de suerte que no pueda predicarse la misma libertad probatoria que se le otorga a un beneficiario o asegurado común en relación a su indemnización.

De ahí que se entienda entonces, que a voces del artículo 26 del citado decreto, la reclamación debe encontrarse acompañada del formulario de reclamación FURIP, la epicrisis o resumen clínico con el lleno de los requisitos de los artículos 31 y 32 ejusdem, los documentos que soportan el contenido de la historia o el resumen clínico, el original de la factura o documento equivalente, y en caso de reclamarse valor de material de osteosíntesis, la factura o el documento equivalente expedido por el proveedor de la IPS.

Presentados aquellos documentos, y guardado el silencio por la compañía aseguradora, se entiende que no hubo objeción a la reclamación y que en consecuencia la póliza presta mérito ejecutivo, de manera que la compañía de seguros no pueda hacer valer frente al A quo, a título de excepciones de mérito, los reparos que tenía formular dentro del mes siguiente a la presentación de la solicitud de pago.

Pues bien, realizada esa necesaria aclaración, es imperante entonces examinar, si los documentos allegados a la demanda, demuestran una efectiva reclamación que permita colegir la existencia de un título ejecutivo y conlleve a seguir adelante la ejecución.

Aterrizada la Sala a los documentos arrimados con la demanda a efectos de solicitar el libramiento del mandamiento de pago, se acota que no se desprende a simple vista la existencia de una reclamación formal, en tanto no hay constancia en la demanda, de haberse recibido por la entidad aseguradora, cada uno de los documentos mencionados en el pluricitado artículo 26 del Decreto 056 de 2015.

En efecto, aunque los anexos sí fueron arrimados al informativo junto con la póliza, lo único que cuenta con constancia de recepción es, en algunos casos la factura emitida, y en otros el Formulario Único de Reclamación de los Prestadores de Servicios de Salud por Servicios prestados a víctimas de eventos catastróficos y Accidentes de Tránsito, sin que exista una relación de documentos

debidamente recibida, o una solicitud de pago que los mencione, o en general, algo que evidencie la reclamación formal con el lleno de los requisitos. A ello se aúna que en muchos de los casos, los documentos clínicos arrimados a la demanda tienen fecha de expedición posterior a la del sello impuesto por la demandada en las facturas y furips, evento que indica que, por lo menos, los anexados al informativo no fueron los mismos presentados a la aseguradora, que debían tener una fecha de impresión anterior a la referida reclamación.

No obstante, lo narrado por la testigo Dennis Ariza Carvajal, cuya declaración fue recepcionada a petición de la parte demandada, aunado lo expresado en la contestación de la demanda, son elementos de juicio que permiten dar por sentado que la documentación, en efecto, sí se presentó por parte de la ejecutante a la aseguradora, aunque no haya constancia en el expediente, de la recepción de cada uno de ellos individualmente considerados.

Nótese que en su narración, la mencionada testigo, que funge como Jefe de Cartera y Conciliación de la aseguradora, expuso las fases a que se somete en la empresa Axa Colpatria SA, toda solicitud de pago derivada del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito tomado con la empresa, expresando que el primer paso es la revisión de los documentos presentados, para luego continuar con las fases técnica y de la auditoria médica.

Así lo indicó al minuto 45 de la audiencia que contiene su declaración: *“Tenemos todo centralizado en Bogotá, entonces todas las IPSs deben enviar las reclamaciones de Bogotá, al área de correspondencia de la compañía. Allí le colocan una identificación, un sello y un sticker a cada reclamación. Eso pasa a una digitalización de todos los documentos entregados de acuerdo a la reglamentación, que es el Decreto 056. Deben entregar factura, deben entregar Furips, historias clínicas y soportes de cada reclamación. Posteriormente entra ya a un área técnica donde se encargan de revisar la vigencia de la póliza, la afectación, determinar si sí corresponde a un accidente de tránsito o no de*

acuerdo también a lo que decreta el 056 y se determina si hay cobertura, si es un accidente de tránsito y está por la cobertura de la póliza por la cual nos están cobrando. Esa es la parte técnica. Y si ello ya pasa las validaciones, el check list de lo que se hace se pasa a una auditoria médica que los revisan los médicos de acuerdo al Decreto 2423 que es el tarifario, y entran a revisar ya la pertinencia médica, los procedimientos que realizaron, la codificación, las tarifas de acuerdo a la reglamentación. En los casos en que en alguno de los dos procedimientos quede detenida la reclamación, en la parte técnica, que se verifique que no corresponde a un accidente de tránsito, que no cumple con los preceptos del 056, se emite una objeción, total, pidiendo los documentos que se requieren, u objetando en caso de que sean pólizas prestadas, o que no corresponda a la vigencia o a la afectación del amparo, todos los tipos técnicos. Igualmente si ya paso la reclamación a la parte de auditoria médica, se puede objetar parcialmente dependiendo del procedimiento si esta soportado o no está soportado y eso se realiza.”

Más adelante, ante las preguntas del juez y del apoderado de la aseguradora, insistió en que en el primer paso se revisa si la reclamación contiene los documentos de que habla el Decreto 056 de 2015, para luego pasar a una segunda etapa de verificación de los factores de tiempo, modo y lugar.

Y ante la pregunta del vocero judicial de la aseguradora, en relación a cuales fueron las causales de objeción de las reclamaciones de la Clínica de Fracturas, lejos de indicar que se debía a la carencia de soportes, la funcionaria contestó: *“dentro de las objeciones está, un tema de póliza prestada, que eso quiere decir que el vehículo que estuvo involucrado en muchas oportunidades se da a la fuga, o no tiene seguro obligatorio y alguien le presta la póliza para que se cobre por esa póliza que no estuvo involucrada en ese momento. Otros casos son porque no son lesiones a causa de un accidente de tránsito sino que pueden ser lesiones comunes y lo pasan también por x o y razón por afectacion de una póliza de SOAT”.*

Ello quiere decir, que la demandada y su funcionaria, aceptan de manera clara que se superó el filtro de la presentación de documentos, en la medida en que hacen referencia a una investigación de campo, o a una auditoria médica, que constituyen las etapas subsiguientes.

En otras palabras, si la parte demandante aduce que luego de investigaciones de campo, que constituyen el segundo filtro, se encontró que las pólizas habían sido indebidamente utilizadas, por ejemplo, porque los vehículos objeto del seguro no habían estado involucrados en el accidente, ello quiere decir que la documentación se presentó, se revisó, se aprobó y por ello fue objeto de la referida investigación.

Es decir, que se cumplieron por la solicitante del pago, los requisitos formales de que habla la norma contenida en el Decreto 056 de 2015, que acompañados del silencio de la aseguradora dentro del mes siguiente a la presentación, dieron mérito ejecutivo a la póliza.

Y se habla de silencio, porque no hay evidencia en el expediente, de objeción alguna por la parte demandada, en tanto ni siquiera los documentos que fueron presentados por la testigo en audiencia, que quieren hacerse ver como objeción, tienen constancia de recepción del ejecutante.

En ese orden de ideas, al haber recepcionado los documentos, como se dejó ver en el decurso procesal, y haber guardado silencio, la demandada perdió la oportunidad de objetar la reclamación, abriendo paso al cobro ejecutivo, sin que en el decurso de un trámite de tal talante, le sea posible subsanar su inactividad extraprocesal alegando las irregularidades en la utilización de la póliza por parte de los beneficiarios, en la medida en que no es este el escenario para debatir tales elementos de juicio.

Puestas así las cosas, al margen de la óptica desde la cual se vio el cobro en primera instancia, en efecto sí se presentó un título ejecutivo derivado de una reclamación no pagada, sin que pueda el demandado pretender que en este estadio, entre el juzgador a determinar la procedencia de la reclamación, solo porque obvió el conducto regular que para tales efectos consagró el Legislador, en atención a que ello desnaturalizaría todo el trámite.

Los reparos tendientes a desvirtuar la existencia del título o su exigibilidad, no están entonces llamados a prosperar.

2.6. De otro lado, insiste la entidad apelante, en la excepción de prescripción, alegando que entre la fecha de prestación del servicio que se toma como inicio del conteo prescriptivo, y el cobro judicial, transcurrieron en muchos de los casos, los dos años de que habla el artículo 1081 del Código de Comercio, habida cuenta que la demanda fue presentada el 19 de diciembre de 2017, y existen muchas atenciones anteriores al 19 de diciembre de 2015.

Al respecto viene expresado de tiempo atrás, que debido a que el Código de Comercio no regula lo relativo a la interrupción de la prescripción, debe acudir, por remisión expresa del artículo 822 de este compendio, a las normas de derecho civil.

De allí que se entendiera con anterioridad, que a voces del artículo 2539 C.C., la interrupción civil solo operaba con la demanda judicial, lo que en concordancia con el artículo 90 del C.P.C, obligaba al demandante a notificar dentro del término del año contado a partir de la notificación del auto admisorio o el mandamiento ejecutivo, so pena de entenderla interrumpida con la efectiva notificación.

Sin embargo, con la expedición del Código General del Proceso, tal percepción cambió, habida cuenta que su artículo 94, también permitió que obrara

la interrupción de la prescripción “*por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor*”, por una sola vez.

De lo anterior es plausible afirmar entonces, que la prescripción de que habla el artículo 1081 del Código de Comercio, y que empieza a contabilizarse en efecto con la prestación del servicio por parte de la IPS, se interrumpe efectivamente con la referida formulación de la reclamación.

Es decir, que lo exigido por las normas, según dicta la hermenéutica, es que no transcurran más de dos años, entre la ocurrencia del siniestro, que en este caso se confunde con la prestación del servicio, y la reclamación con base en la póliza, ni entre esta última y la demanda.

Bajo ese hilo de pensamiento, y teniendo en cuenta que no transcurrieron dos años entre la prestación de los servicios cuyo pago se solicita, y la reclamación elevada, ni entre esta última y la demanda judicial notificada dentro del término de un año, puede predicarse que la excepción de prescripción no está llamada a la prosperidad.

Conforme a todo lo expuesto, se impone confirmar la decisión apelada, aunque por razones sustancialmente diferentes a las esbozadas por el juez de primera instancia.

III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, en Sala Quinta Civil Familia de Decisión, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: **Confirmar** la sentencia de fecha 22 noviembre de 2019, dictada por el Juzgado 13° Civil del Circuito de Barranquilla, dentro del presente proceso ejecutivo, promovido por Clínica de Fracturas Centro de Ortopedia y Traumatología SA contra Axa Colpatria Seguros SA.

SEGUNDO: Costas a cargo de la parte demandada. Por la Secretaría del A quo, inclúyase en la respectiva liquidación, medio mínimo legal mensual vigente, a título de agencias en derecho de segunda instancia.

TERCERO: Ejecutoriada la presente decisión, y hasta que se den las condiciones para su remisión física, vuelva el expediente al juzgado de origen, de manera digital. Anótese su salida.

- Aprobado en sala virtual -

GUIOMAR PORRAS DEL VECCHIO

Magistrada Sustanciadora

- Aprobado en sala virtual -

SONIA ESTHER RODRÍGUEZ NORIEGA

Magistrada

- Con aclaración de voto en sala virtual -

VIVIAN VICTORIA SALTARÍN JIMÉNEZ

Magistrada



Consejo Seccional de la Judicatura Atlántico
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA
SALA DE DECISION CIVIL-FAMILIA

Radicación: (42.686) 008-001-31-53-013-2017-00149-03

ACLARACIÓN DE VOTO

MAGISTRADA: VIVIAN VICTORIA SALTARIN JIMÉNEZ

Aunque comparto la decisión que se adopta en el proceso de la referencia, al resolver el recurso de apelación contra la sentencia de primer grado, he de aclarar que la Sala Séptima Civil Familia de esta Corporación, en la que funjo en calidad de Magistrada Sustanciadora, somos del criterio jurídico de que, para proceder al cobro de los servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios, farmacéuticos, de laboratorio, etc., que las Instituciones Prestadoras de Salud suministran a los pacientes cobijados por pólizas de seguros SOAT, pueden estas entidades constituir un título ejecutivo, -factura de venta de servicios médicos expedida en la forma prevista en la Ley 1231 de 2008 que modificó los arts. 772 a 779 del Código de Comercio, acompañada de los anexos exigidos por la Resolución No. 1645 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social-, y en ese caso con posibilidad de ejercer la acción cambiaria y que el asunto se resuelva conforme a las previsiones normativas de este título valor. Y también pueden dichas Instituciones Prestadoras de Salud, por dimanar la obligación de pago de tales servicios de un contrato de seguros, enrutar la reclamación con fundamento en las normas que para esta figura jurídica tiene previsto el Código de Comercio, en concordancia con el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Decreto 056 de 2015 reglamentado por el Decreto 780 de 2016, y demás normas concordantes como lo estipula el art.2.6.1.4.4.1., núm.8 del último decreto mencionado.

Respecto de esta posición jurídica, la Sala de Casación Civil de la H. Corte Suprema de Justicia, al resolver la acción de tutela Rad. 11001-02-03-000-2020-01500-00 promovida en contra de nuestra Sala de Decisión por haber resuelto el

asunto del cobro de facturas por prestación de servicios médicos SOAT con base en las previsiones normativas dispuestas en la Ley 1231 de 2008 que modificó los arts. 772 a 779 del Código de Comercio y la Resolución No. 1645 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, considerando que los documentos allegados como base de la ejecución -facturas de venta de servicios médicos-, constituían títulos valores, dicha Corporación, en sentencia de Agosto 5 del presente año, razonó:

“...Así las cosas, la Sala concluye que la decisión controvertida no luce antojadiza, caprichosa o subjetiva, con independencia de que se comparta, descartándose la presencia de una vía de hecho, de manera que el reclamo de la peticionaria no halla recibo en esta sede excepcional.

Y es que, en rigor, lo que aquí planteó la tutelante es una diferencia de criterio acerca de la valoración efectuada en la sentencia definitiva del asunto criticado; en cuyo caso tales inferencias no pueden ser desaprobadas de plano o calificadas de absurdas o arbitrarias, *“máxime si la que ha hecho no resulta contraria a la razón, es decir si no está demostrado el defecto apuntado en la demanda, ya que con ello desconocerían normas de orden público ...y entraría a la relación procesal a usurpar las funciones asignadas válidamente al último para definir el conflicto de intereses (CSJ STC. 11 ene, 2005, rad. 1451, reiterada STC7135 2 jun, 2016, rad. 2016-01050).*

Sobre el particular, también se ha dicho de forma reiterada que *“no se puede recurrir a la acción tutelar para imponer al fallador una determinada interpretación de las normas procesales aplicables al asunto sometido a su estudio, o una específica valoración probatoria, a efectos de que su raciocinio coincida con el de las partes” (CSJ, STC, 18 abr, 2012, rad.2012-0009-01; STC, 27 jun.2012, rad.2012-00088-01; y STC, 12 ago. 2013, rad. 2013-00125-01).*

De manera entonces, que aunque comparto el análisis que se ha efectuado en este caso, tomando como punto de referencia normativa las disposiciones que regulan el contrato de seguros; se torna necesario presentar la aclaración en los términos antes referidos.

Fecha ut supra,



VIVIAN VICTORIA SALTARÍN JIMÉNEZ
Magistrada



RADICACIÓN No. 42.789

TIPO DE PROCESO: EJECUTIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA



**RAMA JUDICIAL
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
SALA SEXTA DE DECISIÓN
CIVIL – FAMILIA**

Barranquilla, dieciséis (16) de octubre de dos mil veinte (2020)

ASUNTO

Se procede a dictar **sentencia** con el propósito de resolver el recurso de apelación contra la sentencia anticipada de fecha primero (1º) de agosto de 2019, proferida por el Juzgado Noveno Civil del Circuito de Barranquilla, al interior del presente proceso, seguido por CLÍNICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA contra MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

ANTECEDENTES

La parte demandante sustentó la demanda en los fundamentos fácticos que se resumen a continuación:

1. Que CLÍNICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA prestó sus servicios médicos asistenciales derivados de la cobertura del SOAT, requeridos por los asegurados de la demandada COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
2. La institución prestadora de servicios CLÍNICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA radicó la correspondiente reclamación económica por los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios causados por la atención médica, con cargo al SOAT, a través de la radicación de las facturas acompañadas a esta demanda, dentro del término establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.
3. Las facturas expedidas por la CLÍNICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA S.A. cumplen con los soportes establecidos en el artículo 2.5.3.4.10 del Decreto 780 de 2016 y Anexo



Técnico Nro. 5 de la Resolución 3047 de 2008 para reclamaciones económicas con cargo al SOAT.

4. Que las facturas se encuentran aceptadas por la demandada COMPAÑÍA MUNDIAL SEGUROS S.A., quien no presentó reclamación en contra de su contenido.
5. A pesar de haber presentado las facturas para su pago, éstas no fueron pagadas de acuerdo con el procedimiento establecido en la Ley 1122 de 2007 y su Decreto reglamentario 4747 de 2007 y la Ley 1438 de 2011.
6. Que los documentos aportados dan cuenta de una obligación clara, expresa y exigible.

PRETENSIONES

De conformidad con los fundamentos fácticos expuestos, los demandantes pretenden lo siguiente:

1. Librar mandamiento ejecutivo a favor de CLÍNICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA y en contra de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. por la suma de \$116.910.084 por concepto de capital.
2. Librar mandamiento ejecutivo por concepto de intereses moratorios, bancarios, corrientes, certificados por la Superintendencia Financiera, aumentados en la mitad por el capital de cada factura, desde la fecha en que la obligación se hizo exigible, es decir 30 días siguientes a la fecha de radicación ante la entidad deudora.
3. Si en su oportunidad, la demandada incumple la orden de pago, se dicte sentencia de seguir adelante la ejecución.
4. Que se condene a la demandada al pago de las costas del proceso.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

En fecha primero (1º) de agosto de 2019, el Juzgado Noveno Civil del Circuito de Barranquilla dictó sentencia anticipada, mediante la cual ordenó seguir adelante la ejecución contra la demandada en los términos planteados en el mandamiento de pago.



La juez de primera instancia señaló que las facturas fueron radicadas ante la entidad demandada, las cuales no fueron objetadas ni devueltas de conformidad con el anexo número 6 del Manual Único de Glosas.

Inconforme con la decisión, la apoderada judicial de la parte demandad interpuso recurso de apelación contra la decisión.

SUSTENTACIÓN DEL RECURSO

La apoderad judicial de la parte ejecutada sustentó el recurso con base en los siguientes argumentos:

1. Que el juzgado de primera instancia consideró que dentro del presente proceso se encontraban reunidos los requisitos para poder proferir sentencia anticipada, en virtud del artículo 278 del Código General del Proceso, dado que presuntamente las pruebas aportadas en el expediente eran suficientes para poder emitir sentencia de fondo.

La ejecutada señaló que discrepa dicha consideración porque al momento de presentar las excepciones de fondo en contra del auto que libró mandamiento de pago se solicitó como pruebas el interrogatorio de partes al representante legal de la IPS demandante, y de esta forma probar por parte de mi representada que todas y cada una de las facturas que se debaten dentro del presente proceso fueron objetadas por mi representada, situación está que no fue de análisis por parte del juzgado de primera instancia.

De igual forma se solicitó el testimonio de un funcionario de la Compañía Mundial de Seguros S.A., con el fin de sustentar cada una de las objeciones realizadas a dichas reclamaciones. Pero, el a quo claramente omitió el decreto y realización de dichas pruebas, aduciendo que presuntamente eran inconducentes al momento de proferir sentencia de primera instancia, del cual eran de suma importancia para las resueltas del presente proceso.

2. Que el juez tenía la obligación de analizar las facturas pretendidas en la presente demanda en base a las normas que regulan el contrato de seguros.
3. Que no existe exigibilidad por no haberse configurado el título ejecutivo complejo, de conformidad con el decreto 056 de 2015 y artículo 1053 del código de comercio.
4. Que no configuró la prescripción ordinaria para una parte de las facturas cobradas en el presente proceso.



5. Que existe cobro de lo no debido.

PROBLEMA JURÍDICO

De conformidad con los elementos materiales probatorios, le corresponde a la Sala determinar si ¿Se encontraban acreditados los presupuestos para dictar sentencia anticipada en el caso bajo examen?

CONSIDERACIONES Y CASO CONCRETO

Acerca de la estructuración de los presupuestos para dictar sentencia anticipada.

En providencia del 18 de junio de 2020, a través de la cual se resolvió el recurso de apelación interpuesto contra la decisión que denegó la nulidad planteada por parte de la ejecutada, la magistrada sustanciadora precisó lo siguiente:

“En el caso bajo estudio, aun cuando la parte ejecutada había solicitado el decreto y práctica de dos pruebas, a saber, el interrogatorio de parte al representante legal de la ejecutante y la declaración del señor Ariel Cárdenas, la juez de primera instancia consideró que, por la finalidad que con estos medios probatorios se pretendía, su práctica resultaba inocua o insustancial, de tal forma que no modificarían la decisión adoptada.

Quiere decir la anterior que la decisión del juez de dictar sentencia anticipada y en últimas de pretermittir el término probatorio se encontraría justificada en los principios de celeridad y economía procesal y en el ejercicio de valoración de las pruebas incorporadas al proceso que autónomamente realiza el funcionario judicial. De esta forma, al encontrarse justificada la pretermisión del término probatorio con el hecho de haberse dictado sentencia anticipada, no se configuraría el supuesto de nulidad que contempla la norma referenciada.

Ahora bien, si se encontraban o no dados los presupuestos para dictar sentencia anticipada, es una situación distintas que deberá ser objeto de análisis al momento de resolver el recurso de apelación contra la referida sentencia, caso en el cual se determinará si efectivamente las pruebas cuya práctica se pretermittió resultaban o no necesarias para adoptar la decisión de fondo o si de hecho conducirían a variar la misma.”

Es decir que, si bien es cierto no se decretó la nulidad planteada sustentada el numeral 5° del artículo 133 del Código General del Proceso, referida a la supresión del término probatorio, ello no imposibilitaba determinar en este estadio procesal, si efectivamente se encontraban configurados los presupuestos para dictar sentencia anticipada.



De esta forma, a la luz del título ejecutivo aportado y las excepciones presentadas, se debe determinar si efectivamente se estructuraban los requisitos que consagra el artículo 278 del C.G.P.

La norma en comento contempla la posibilidad que tiene el juzgador de dictar sentencia anticipada, en los siguientes términos:

“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.”*

En el caso bajo estudio, además las excepciones de pago, falta de integración del título ejecutivo, prescripción y cobro de lo no debido, la aseguradora propuso como medio exceptivo las denominadas “Ausencia de cobertura del evento reclamado en razón de que la suma de dinero que se reclama en las facturas no corresponden a accidentes de tránsito”, Ausencia de cobertura del evento reclamado en virtud de ser la póliza expedida por la compañía Mundial de Seguros S.A. prestada en el momento del siniestro”

Para tratar de demostrar los supuestos indicados en tales excepciones referidas, no solo se aportaron los archivos contenidos en el CD, referidos a los resultados de las investigaciones, sino que además se solicitó como pruebas el interrogatorio de parte del representante legal de la ejecutante y la declaración del señor Ariel Cárdenas, sin embargo la juez de primera instancia consideró que, por la finalidad que con estos medios probatorios se pretendía, su práctica resultaba inocua o insustancial, de tal forma que no modificarían la decisión adoptada.

No obstante, esta Sala advierte que el decreto y la práctica de las pruebas solicitadas por la ejecutada podrían eventualmente resultar, no solo conducentes, sino además eficaces en el propósito por demostrar los supuestos planteados por la demandada en las dos excepciones referidas. Así las cosas, la decisión de primera instancia resulta prematura, habida cuenta de que ésta no encuentra su sustento en una valoración probatoria integral no solo de los documentos aducidos, sino además, de las pruebas solicitadas y dejadas de practicar.



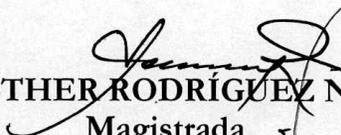
De esta forma, la Sala considera que no se encontraban dados los presupuestos fácticos y jurídicos para dictar la sentencia anticipada, razón por la cual se procederá a revocar la providencia de primera instancia y en su lugar se dispondrá que continúe con el trámite correspondiente al interior del presente proceso ejecutivo, surtiendo la etapa probatoria correspondiente.

En mérito de lo expuesto, la Sala Sexta de Decisión Civil Familia, administrando justicia, en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE

1. **REVOCAR** en todas sus partes la sentencia anticipada objeto de apelación de fecha primero (1º) de agosto de 2019, proferida por el Juzgado Noveno Civil del Circuito de Barranquilla y en su lugar se dispone que continúe con el trámite correspondiente al interior del presente proceso, surtiendo la etapa probatoria correspondiente y el trámite de rigor.
2. Sin costas en esta instancia.
3. Remitir el expediente al Juzgado de origen para que continúe con el trámite correspondiente.

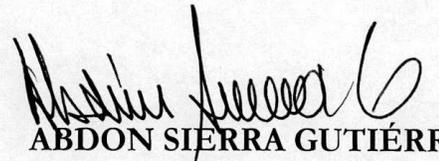
NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE



SONIA ESTHER RODRÍGUEZ NORIEGA
Magistrada



VIVIAN VICTORIA SALTARÍN JIMÉNEZ
Magistrada



ABDON SIERRA GUTIÉRREZ
Magistrado