

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR SALA DE DECISIÓN CIVIL-FAMILIA-LABORAL

JHON RUSBER NOREÑA BETANCOURTH
Magistrado Sustanciador

AUTO DE SUSTANCIACIÓN CIVIL

21 de abril de 2022

“TRASLADO AL NO RECURRENTE DE LA SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACION”

RAD: 20-001-31-03-002-2019-00082-01 Proceso VERBAL- RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL promovido por CLINICA DE FRACTURAS VALLEDUPAR SAS contra LA PREVISORA SA

Atendiendo lo establecido en el inciso 3° del Artículo 14 del Decreto Legislativo No. 806 del 4 de junio de 2020¹, por medio del cual el Ministerio de Justicia y del Derecho adopta medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica que enfrenta el país por la pandemia producida por el Covid – 19, y que de acuerdo con su parte motiva debe ser aplicado tanto a los asuntos en curso como a los nuevos, se tiene que:

Mediante auto del 01 de marzo de 2022, notificado por estado electrónico del día 02 de marzo de 2022, se corrió traslado por el termino de 5 días para sustentar el recurso de apelación, realizándolo en debida forma, escrito que se anexa al presente auto para conocimiento del no recurrente.

¹ Artículo 14. Apelación de sentencias en materia civil y familia. El recurso de apelación contra sentencia en los procesos civiles y de familia, se tramitará así:

(...)

Ejecutoriado el auto que admite el recurso o el que niega la solicitud de pruebas, el apelante deberá sustentar el recurso a más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes. De la sustentación se correrá traslado a la parte contraria por el término de cinco (5) días. Vencido el término de traslado se proferirá sentencia escrita que se notificará por estado. Si no se sustenta oportunamente el recurso, se declarará desierto.

De igual forma, avizora esta Colegiatura que la Secretaria del Tribunal Superior, corrió traslado a la parte no recurrente de conformidad con lo reglado en el artículo 110 del CGP, siendo procedente realizarlo de acuerdo al decreto 806 de 2020, por tanto, se procederá a dejar sin efecto dicha actuación, para ordenar el traslado correspondiente.

En razón de lo anterior, se hace procedente dar aplicación al artículo 14 del decreto 806 de 2020.

Así las cosas, el despacho:

RESUELVE:

PRIMERO: DEJAR SIN EFECTO, el traslado secretarial realizado el día 15 de marzo de 2022, por lo expuesto en la parte motiva.

SEGUNDO: CORRER TRASLADO del escrito de sustentación del recurso de apelación presentado por la parte recurrente por el término de 5 días contados a partir del día siguiente de la notificación por estado del presente proveído.

TERCERO: En caso de existir pronunciamiento respecto de la sustentación deberá allegarse por escrito, dentro del término señalado, al correo electrónico de la Secretaría de la Sala Civil, Familia, Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, Cesar secscftsvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co. se entenderán presentados oportunamente si son recibidos antes del cierre de la Secretaría del día en que vence el término, es decir, antes de las seis de la tarde (6:00 p.m.) de conformidad con el inciso 4º del artículo 109 del CGP aplicable por remisión normativa en materia laboral.

CUARTO: PONGASE A DISPOSICIÓN de los apoderados la página web <http://www.tsvalledupar.com/procesos/notificados/> a través del módulo procesos, encontrará adicional a las providencias proferidas en esta instancia los estados correspondientes, además del proceso digitalizado y los audios de las audiencias surtidas en primera instancia; para obtener clave de acceso comunicarse vía WhatsApp al número 3233572911.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

SIN NECESIDAD DE FIRMAS

(Art. 7, Ley 527 de 1999, Arts. 2 inc. 2,
Decreto Presidencial 806 de 2020 Art 28;
Acuerdo PCSJA20-11567 CSJ)

JHON RUSBER NOREÑA BETANCOURTH

Magistrado Ponente

SUSTENTACION DEL RECURSO DE APELACION RAD: 20-001-31-03-002-2019-00082-01**CARPIO, FIRMA DE ABOGADOS S.A.S. <carpiofirmadeabogados@outlook.com>**

Mié 09/03/2022 16:18

Para: Secretaria Sala Civil Familia Tribunal Superior - Seccional Valledupar <secsctsvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co>;
Secretaria Sala Civil Familia Tribunal Superior - Seccional Valledupar <secsctsvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co>;
notificacionesjudiciales@previsora.gov.co <notificacionesjudiciales@previsora.gov.co>; Clinica de Fracturas Valledupar
<clinicadefractura@yahoo.com>

Doctor:

JHON RUSBER NOREÑA BETANCOURTH**H. MAGISTRADO****TRIBUNAL SUPERIOR DE VALLEDUPAR SALA CIVIL-FAMILIA-LABORAL.****E. S. D.**

PROCESO	VERBAL
RADICADO	200013103002-2019-00082-01
DEMANDANTE	CLINICA DE FRACTURAS VALLEDUPAR S.A.S.
DEMANDADO	LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
ASUNTO	SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN

Doctor:

JHON RUSBER NOREÑA BETANCOURTH

H. MAGISTRADO

TRIBUNAL SUPERIOR DE VALLEDUPAR SALA CIVIL-FAMILIA-LABORAL.

E. S. D.

PROCESO	VERBAL
RADICADO	200013103002-2019-00082-00
DEMANDANTE	CLINICA DE FRACTURAS VALLEDUPAR S.A.S.
DEMANDADO	LA PREVISORA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.
ASUNTO	SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN

Cordial saludo,

JHON JAIRO DÍAZ CARPIO, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No. 1.065.563.823 expedida en Valledupar y portador de la tarjeta profesional No. 176.103 del CSJ, en mi condición de apoderado General de CLINICA DE FRACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., por medio del presente escrito de manera comedida, estando dentro del término legal para hacerlo me permito presentar *SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN* presentado vía oral, en audiencia del día 29 de octubre de 2020, contra la sentencia de primera instancia proferida ese mismo día; para lo cual me permito hacer énfasis en lo siguiente:

I. SUSTENTACIÓN DEL RECURSO

Teniendo en cuenta que la edificación argumentativa de la sentencia impugnada y que la razón de la misma se estructuró en el padecimiento del fenómeno de la prescripción de las aspiraciones de la demanda, se hace necesario presentar nuestros argumentos en un análisis desde diferentes aristas de este fenómeno en lo relacionado a las reclamaciones y pago de los servicios médicos y quirúrgicos a pacientes víctimas de accidentes de tránsito, veamos:

1. EL TÉRMINO PRESCRIPTIVO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO ES RESPECTO DE LAS RECLAMACIONES QUE FORMULEN LAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD ANTE LAS ASEGURADORAS.

Lo primero que hay que mencionar es que las normas que regulan el SOAT, NO contienen un término de prescripción de las ACCIONES JUDICIALES, luego, la remisión normativa que se hace en este caso, es decir el término contenido en el Art. 1081 del Código de Comercio se reserva para la RECLAMACIÓN DIRECTA que hace la institución prestadora de salud a la respectiva aseguradora, que son dos escenarios diametralmente distintos y que el juez de primera instancia perdió de vista.

Lo anterior, de conformidad a lo señalado en el artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016 que prevé:

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.

Negrilla y subrayado fuera del texto.

De la norma transcrita, salta a la vista una primera aproximación a cerca de la aplicación de la norma contenida en el Código de Comercio, esto es, que el termino consagrado en el artículo 1081 del C.Co., es para efectos de la RECLAMACIÓN ANTE LA ASEGURADORA, y no de la ACCIÓN JUDICIAL ANTE el Juez correspondiente.

A manera de ilustración y de cara al proceso que hoy ocupa nuestra atención, podemos decir que si un paciente ingresa a una IPS el **24 de marzo de 2017** y fue atendido ese mismo día, la IPS cuenta con (2) dos años desde la atención para RADICAR la **reclamación directa** a la aseguradora; esto es, hasta el **24 de marzo de 2019**. Pensemos entonces en el ejemplo, que la IPS se toma el tiempo otorgado por la Ley para presentar reclamación y la radica el **día 24 de marzo de 2019** (oportunamente) y la aseguradora al mes siguiente la objeta, o devuelve, esto es el **24 de abril de 2019**, es aquí donde le IPS se encuentra habilitada para acudir a la ACCIÓN JUDICIAL para discutir en pago de dicha reclamación.

Ahora bien, bajo el análisis del despacho de primera instancia en el ejemplo planteado, la IPS no tendría nada que hacer porque ya habría operado el fenómeno de la prescripción, y es aquí donde surge el yerro del *a quo*, por que una cosa es el termino para RECLAMAR A LA ASEGURADORA (dos años) y otro el término para demandar, es decir, la acción judicial correspondiente, sin embargo, en el fallo cuestionado no se hizo tal distinción.

Si revisamos el expediente digital a folio 38 notamos por ejemplo la factura No. 346 de fecha 27 de enero de 2016, fue resuelta por la aseguradora mediante oficio de fecha 17 de abril de 2017, recibido por parte de la clínica el día 10 de junio de 2017, visible a folio 29 del expediente digital. Pasa lo

mismo con la factura No. 5917 visible a folio 73 de fecha 3 de noviembre del año 2016 y cuya respuesta por parte de la aseguradora fue mediante oficio de fecha 10 de enero de 2017, recibida el día 1 de febrero del año 2017 y la Factura 5115 del 15 de octubre de 2016 visible a folio 102, y cuya respuesta fue recibida el 19 de enero de 2017, solo por citar tres de las reclamaciones que se exigen en la presente acción judicial.

Cabe reiterar que el anterior análisis fue echado de menos por el juez de instancia y que incide definitivamente en la forma en que debió abordarse el asunto ya que conforme a lo anterior, existe un régimen especial que regula la forma y término en que debe presentarse las reclamaciones, tal como se acaba de precisar. Sin embargo, lo que no existe es norma alguna que defina el término para iniciar las acciones judiciales para discutir, ya en esa sede las controversias derivadas del no pago de las mismas o la objeción o devolución de las reclamaciones, siendo ello así en nuestro criterio, salvo mejor opinión, debe aplicarse el término de la acción ejecutiva, cuando no se han cancelado los valores y de la acción ordinaria civil cuando se han glosado o devuelto las reclamaciones, ello es 10 años.

No olvida este memorialista, que si bien es cierto los aspectos no regulados en el SOAT se remiten al contrato de seguro terrestre, las reglas de la remisión normativa no pueden aplicarse en asuntos o aspectos que limitan o restringe derechos fundamentales, como lo es el derecho al acceso a la administración de justicia, lo que implica necesariamente que deba acudir, se itera, a la prescripción ordinaria de las acciones en el presente asunto ello es el de 10 años, conservando el término del Art. 1081 del C.Co. solo para el término de la reclamación, tal como se sostuvo en líneas anteriores.

A propósito de esa acción de reclamación (NO JUDICIAL), 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.

En este orden el **Decreto 056 de 2015**, 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, en sus artículo 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.

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.

Así las cosas, la **CLINICA DE FRACTURAS VALLEDUPAR**, radicó todas las reclamaciones concernientes para el pago respecto a los valores indicados en las facturas de venta objeto de discusión ante la aseguradora **LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, dentro del término legal, como se evidencia en los anexos de la demanda, término que se predica para las reclamaciones tal como se señaló anteriormente, cobro que estuvo precedido de una reclamación económica acompañada de los soportes exigidos por las normas especiales que lo regulan.

En este orden de ideas, es claro que mi representada presentó dentro del término legal las reclamaciones administrativas de pago de las facturas relacionadas en la demanda ante la PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS, con ocasión a los servicios médicos prestados a personas víctimas de accidentes de tránsito por las pólizas de SOAT expedidas por la entidad demandada, razón por la cual el término relacionado anteriormente no puede entenderse como el término de inicio de la acción judicial correspondiente.

Por último, vale la pena hacer una precisión final en el evento en que el despacho no acepte como válida la prescripción general de las acciones civiles en el presente asunto, en ese orden debe el despacho analizar que en el presente asunto aplica un doble régimen temporal en la aplicación del artículo del 1081 del C.C.o., uno para la reclamación directa y uno para la acción judicial a saber.

Como se viene precisando el artículo 11 del Decreto 056 de 2015, compendiado en el Decreto 780 de 2016, en su Artículo 2.6.1.4.2.5 precisa: ***"Término para presentar las reclamaciones. Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término: (...) b). Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio."*** Lo que queda claro es que esta es la primera remisión que se hace el Art. 1081 del C.Co., pero, como cómputo para hacer la reclamación.

Luego, frente al término para reclamar luce diáfano que la Institución Prestadora de los Servicios de Salud, tendrá en el peor de los casos, dos años para radicar su reclamación; ahora bien, surge imperioso preguntarse, cuál es el término entonces para demandar.

El juez de instancia precisa que como las normas que regulan este proceso nada dicen sobre el particular, debe entonces hacerse una remisión a las normas que regulan el contrato de transporte en atención a lo ordenado en el numeral 4 del Art. 192 el cual reza: "*4. 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.*" En este sentido tendríamos una doble remisión normativa, y en consecuencia dos términos, relacionados pero diferentes, uno para la reclamación ante la aseguradora que sería de dos años (ART. 11 Y 41 DEL DECRETO 056 DE 2015), y otro para la acción judicial que sería de dos años mas o de 5 de acuerdo al tipo de prescripción, por remisión genérica (ART. 192 NUMERAL 4 DEL DECRETO 663 DE 1993).

Así las cosas tendríamos a título de conclusión, inclusive atendiendo el mismo racero interpretativo del juzgador y aplicado del Art. 1081 del C.Co., para reclamar dos años y bajo la misma disposición para demandar dos años mas, sería entonces claro que todas las facturas que aquí se reclaman se encuentran dentro de los términos legales que a la postre resultan siendo de 4 años en el peor de los escenarios.

2. DE LA PRESCRIPCIÓN EXTRAORDINARIA.

Solo en el evento en que el tribunal no reciba con beneplácito los argumentos antes señalados, que resultan suficientes para REVOCAR en todas sus partes la sentencia cuestionada, me permitiré abordar alguno aspectos relacionados con la tipología del fenómeno prescriptivo contenido en el artículo 1081 del C.Co. el cual presentaré en gracia de discusión para que este honorable despacho revise los diferentes matices que desencadena este mismo punto.

El Código de Comercio establece lo siguiente:

Artículo 1081. Prescripción de las acciones: La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Ahora bien, respecto a lo consagrado en la norma transcrita, no queda duda que la remisión de la norma señalada es para efectos de la reclamación económica de pago, lo que indica que el término para iniciar las acciones

judiciales es el señalado en las normas generales sobre prescripción, no obstante, y en gracia de discusión, en el evento que se quiera aplicar lo dispuesto en el artículo 1081 del C.Co., es importante señalar que el término para iniciar cualquier acción judicial será el de 5 años, en tanto que éste comienza a transcurrir a partir del nacimiento del derecho (prestación del servicio de salud y presentación de la reclamación) y no a partir del hecho (siniestro).

En este orden de ideas, la prescripción aplicable en lo relacionado con los derechos al pago de los servicios médicos prestados por la **CLINICA DE FRACTURAS VALLEDUPAR S.A.S.**, en todo caso es la extraordinaria, tal como se viene sosteniendo y en particular por las siguientes razones:

Resulta ser de vital importancia *“la existencia del doble régimen de prescripción”* en la legislación mercantil, refiriéndose a la ordinaria y la extraordinaria, pues la primera corre ‘desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna al precitado conocimiento’, en este orden de ideas, en el proceso de la referencia, el sistema aplicable NO es el de la prescripción ordinaria.

En este orden de ideas es preciso indicar, que la **CLINICA DE FRACTURAS VALLEDUPAR S.A.S.**, no actúa en condición de víctima, tomador, asegurado ni beneficiario en la relación contractual, sino en calidad de tercero que de conformidad con la ley le asiste o nace un derecho al pago de unos servicios prestados, la prescripción extraordinaria empieza a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho a favor de la **CLINICA DE FRACTURAS VALLEDUPAR**, es decir, en el momento mismo que prestó los servicios médicos y atención en salud a todas las personas que ingresan a las instalaciones de la IPS en su condición de víctimas de accidente de tránsito y que una vez el paciente egresa de la institución mi representada presente reclamación económica en los terminados establecidos en la legislación que regula el presente asunto.

En este sentido la Corte Suprema de Justicia en sentencia de fecha 29 de junio de 2007, preciso:

1. *La prescripción ordinaria “empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener **conocimiento del hecho que da base a la acción**”.*

El “conocimiento” real o presunto por parte del titular de la respectiva acción, en concreto, de la ocurrencia del hecho que la genera, cuestión que dependerá, por tanto, no del acaecimiento del mismo, desde una perspectiva ontológica y, por ende, material, sino del instante en que el interesado se informó de dicho acontecer o debió saber de su realización.

2. La prescripción extraordinaria "corre contra toda clase de personas y empieza a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho".

La prescripción extraordinaria irrumpirá a partir del surgimiento, en el cosmos jurídico, del respectivo derecho, independientemente de cualquier enteramiento que sobre su existencia tenga o no el titular; basta pues su floración, como tal, para que la prescripción extraordinaria empiece a correr. De ahí su caracterizada y anunciada objetividad, que se contrapone, por completo, a la más mínima subjetividad.

Mediante sentencia de 4 de julio de 1977, esa misma Corporación acotó que la prescripción extraordinaria aquella que "podía correr contra los incapaces y contra todos aquellos que no hubieran tenido ni podido tener conocimiento del siniestro", esa es una digresión absolutamente formalista porque si no se tenía conocimiento del siniestro mal podía ejercitar la acción derivada del contrato de seguro, en consecuencia, la distinción quedaba reducida a capaces e incapaces, en el entendido que la prescripción ordinaria, es aplicable al tomador, al asegurado, al asegurador y al beneficiario determinado o designado en el contrato de seguro, mientras que la extraordinaria al referirse a toda clase de personas, hace referencia a los beneficiarios indeterminados, es decir, a las terceras víctimas del siniestro que no aparecen designados en forma nominativa y concreta en la póliza, que es el caso Sub - Lite, la prescripción aplicable a la acción que se ejercitó al instaurar esta demanda es la prescripción extraordinaria, lo que conlleva a que LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., debe reconocer y pagar el valor total de los servicios médicos prestados por LA CLINICA DE FRACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., que se encuentran consignados en las facturas de venta y sus anexos, relacionados en la demanda de la referencia.

La Corte Suprema, en sentencia del 7 de julio de 1977, precisó que "El término, se aclara de la extraordinaria comienza a correr 'contra toda clase de personas, desde el momento en que nace el respectivo derecho'.

El derecho a la indemnización nace para el asegurado o para el beneficiario, en su caso, en el momento en que ocurre el hecho futuro e incierto a que estaba suspensivamente condicionado, o lo que es lo mismo, cuando se produce el siniestro.

La expresión 'contra toda clase de personas' debe entenderse en el sentido de que el legislador dispuso que la prescripción extraordinaria corre aun contra los incapaces (artículo 2530 numeral 1º y 2541 del C.C.), así como contra todos aquellos que no hayan tenido ni podido tener conocimiento del siniestro.

“La prescripción extraordinaria ‘correrá contra toda clase de personas,’ obviamente contra los interesados en el contrato que, como el asegurador, el tomador, el asegurado o el beneficiario, derivan de él algún derecho y cuya inactividad es objeto de la sanción a que la norma se refiere”.

Es apenas lógico que a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud no opera el termino desde ocurrido el siniestro (accidente) por que es posible que este sea o no atendido en el mismo instante o de manera posterior, por ejemplo en tratándose se servicios médicos de terapias o similares, ya que derecho a reclamar nace NO CON EL ACCIDENTE (siniestro) sino con la atención médica, circunstancia que nos ubica indefectiblemente en el escenario de la prescripción extraordinaria.

3. INTERRUPCION DE LA PRESCRIPCION SEGÚN EL ARTICULO 94 C.G.P.

Por último salta a la vista algunas otras circunstancias que merecen la pena rescatar y que también brillaron por su ausencia en el análisis realizado por el juez de primera instancia, ya que según la sentencia cuestionada la única posibilidad de interrupción del fenómeno en voces del despacho era la presentación de la demanda, dejando de lado circunstancias claras como la misma reclamación de los servicios y su respuesta que interrumpen en todo caso dicho termino.

De la excepción de prescripción, consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio, respecto de los servicios médicos prestados por la **CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S.**, a las personas víctimas de accidentes de tránsito amparadas con pólizas de SOAT expedidas por la **PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS**, en el presente asunto es preciso indicar que NO se puede tomar como fecha de inicio del conteo prescriptivo de los dos años para el cobro judicial desde la fecha de prestación del servicio, en razón a que 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.

4. APLICACIÓN DE LA JURISPRUDENCIA HORIZONTAL.

Si bien es cierto, el principio de autonomía judicial indica que los jueces en sus providencias solo están sometidos al imperio de la Ley, ello no es óbice para que en virtud del derecho a la igualdad y la seguridad jurídica el juez pueda observar decisiones de sus homólogos, no como una cortapisa a su labor interpretativa, sino como un criterio informado y si se quiere auxiliar de su tarea interpretativa.

Es por ello que me permito anexar a esta apelación la sentencia proferida por el Tribunal Superior de Bogotá en su sala civil, de fecha 4 de marzo de 2020, en una acción presentada por la compañía que represento contra una aseguradora, donde se abordan aspectos sustanciales del SOAT.

SOLICITUD.

De conformidad con los anteriores lineamientos dejo sustentado el respectivo recurso. Solicitando al despacho se REVOQUE en todas sus partes la sentencia proferida el 29 de octubre de 2020 proferida por el JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR y en consecuencia se declaren NO probadas las excepciones presentadas y se concedan las suplicas de la demanda.

Cordialmente,



JHON JAIRO DÍAZ CARPIO
C.C. No. 1.065.563.821 de Valledupar
T.P. No. 176.103 del C.S. de la J.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ
SALA CIVIL

Magistrada Ponente
MARÍA PATRICIA CRUZ MIRANDA

Bogotá D.C., cuatro (4) de marzo de dos mil veinte (2020)

**ASUNTO. PROCESO VERBAL PROMOVIDO POR LA CLÍNICA
DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR S.A.S. CONTRA LA COMPAÑÍA
MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**

RAD. 015 2018 00063 01.

*Sentencia escrita conforme al artículo 373 del C.G.P., con audiencia realizada el 26 de
febrero de 2020*

Decide la Sala el recurso de apelación que interpuso la demandante contra la sentencia que profirió el Juzgado Quince Civil del Circuito de esta ciudad el 10 de julio de 2019.

I. ANTECEDENTES

1. La sociedad CLÍNICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR S.A.S. formuló demanda declarativa en contra de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. -SEGUROS MUNDIAL-, para que: *i)* se

12
11

declare que es responsable por el pago de los servicios de salud que prestó a las víctimas de accidentes de tránsito amparadas con las pólizas SOAT, y de que dan cuenta las facturas que aportó junto con los intereses de acuerdo con lo establecido en el artículo 195 del Decreto 663 de 1993; que la aseguradora repita el valor no pagado a la Clínica de Fracturas de Valledupar S.A.S., contra los tomadores de las pólizas, conforme lo dispuesto en los artículos 40 y 41 del Decreto 056 de 2015; y se le condene en costas y agencias en derecho.

2. Como sustento de lo pretendido relató que se dedica a la prestación de los servicios de salud especializados en trauma y fracturas en la ciudad de Valledupar.

2.1. Que es usual por parte de la demandada la devolución de las cuentas de salud suministrada a pacientes víctimas de accidentes de tránsito amparadas con pólizas SOAT, con asidero en que *“la póliza es prestada”* o que *“no es un accidente de tránsito”*, argumento violatorio del debido proceso y de la normatividad aplicable al seguro de accidente de tránsito.

2.2. Que las lesiones sufridas por los pacientes han sido a consecuencia de accidentes de tránsito, según las epicrisis; y el no pago de los servicios suministrados afecta sus finanzas así como la calidad del servicio de salud.

3. Notificada personalmente la demandada, formuló las defensas de mérito que denominó¹:

3.1. ***“Inexistencia del derecho a la indemnización por la no acreditación de la ocurrencia del siniestro”***, en razón a que el Decreto Único Reglamentario Sector Salud y Seguridad Social (Decreto 780 de 2016), que recogió lo dispuesto en el artículo 38 del Decreto 56 de 2015, se remite al artículo 1077 del Código de

¹ Folios 837–842 C. No. 1 B

Comercio, conforme al cual se debe acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, empero, el asegurador está facultado para objetar la reclamación “*demostrando las circunstancias excluyentes de su responsabilidad*” y según el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011, para hacer auditorias a las reclamaciones presentadas por las IPS con ocasión a la atención a víctimas de accidentes de tránsito, como aconteció con las presentadas por la demandante, en atención a que las lesiones no fueron producto de esa clase de accidentes, porque las pólizas SOAT presentadas no correspondían a los vehículos involucrados en los mismos y existieron inconsistencias en dichas reclamaciones.

3.2. **“Ausencia del derecho al pago por inexistencia de siniestro”**, en la medida que las reclamaciones fueron objetadas con sustento en que las pólizas presentadas corresponden a vehículos distintos a los accidentados o porque las lesiones sufridas por los pacientes que atendió la IPS no fueron producto de un accidente de tránsito, por lo cual no se cumplen los requisitos consagrados en los artículos 2.6.1.4.3.10 y 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016.

3.3. **“Objeciones”**, porque el derecho reclamado por la actora tiene su fuente en el contrato de seguro, que se rige por las condiciones generales establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, las normas del Código de Comercio y demás especiales, que quedaron incorporadas al Decreto 780 de 2016; y porque tiene la facultad legal de objetar las reclamaciones que le presentó la demandante con ocasión a la prestación de los servicios médico-asistenciales.

4. Agotado el trámite de la instancia el *a quo* le puso fin con la sentencia que hoy es objeto de impugnación, en la que declaró probadas las aludidas defensas; negó las pretensiones de la demanda; y condenó en costas a la demandante.

II. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Para adoptar su decisión, el Juez de primer grado tras reseñar el contenido de los artículos 1036, 1037 y 1045 del Código de Comercio, así como doctrina referente al contrato de seguro, sus características y elementos, precisó que el presente asunto se ventila por una regulación especial "*pues se trata de un seguro obligatorio por accidente de tránsito -SOAT*" definido en los Decretos 56 de 2015 y 780 de 2016, y demás normas concordantes del estatuto mercantil.

Seguido, luego de confrontar el artículo 1077 del C. Co., el artículo 2.6.1.4.2.3 del Decreto 780 de 2016 y el Decreto 1500 de ese mismo año con los hechos de la demanda, estimó que la actora pretende el cobro de unos servicios médicos que no corresponden a la cobertura del SOAT; que no le es dable a la aseguradora repetir contra los tomadores de las pólizas; y que atendiendo su naturaleza jurídica, el beneficiario del contrato de seguro, ante el acaecimiento del siniestro, debe demostrar ante la compañía aseguradora la existencia del daño y su cuantía, pero la misma puede estar exonerada de pagar la indemnización si demuestra que las obligaciones "*por cuyo cumplimiento se comprometió a responder fueron satisfechas*" y encuentra motivos para desatender esas obligaciones.

Concluyó que los documentos aportados no constituyen prueba que conduzca a establecer que los servicios de salud prestados por la actora se encuentran cubiertos por el SOAT, lo que es suficiente para negar las pretensiones de la demanda.

III. EL RECURSO DE APELACIÓN

Inconforme con esa decisión el apoderado de la sociedad demandante formuló el recurso de apelación por escrito en el que

invocó la *“Indebida valoración probatoria defecto fáctico”*, con fundamento en los siguientes aspectos:

i) En la sentencia se afirmó que la parte actora no demostró la prestación del servicio que brindó a los pacientes que llegaron allí con lesiones producto de un accidente de tránsito, pese a que aportó las historias clínicas de cada uno de ellos, así como la facturación de los procedimientos.

ii) El juez trasladó a la demandante la carga de la prueba que le correspondía a la demandada, *“quien debe acreditar que no se trata de accidentes de tránsito o que se trata de póliza prestada”*, es decir, ésta tenía que probar la inexistencia del accidente a través de testimonios, dictámenes periciales, información de entidades públicas, informes policiales y de accidentalidad; y, en el caso de pólizas prestadas, además, allegar la radicación de denuncias penales, relevando a la convocada *“ilegitimamente”* de esa obligación.

iii) El informe con base en el cual la demandada demostró las objeciones realizadas lo rindió una empresa contratada por ella misma; *“no tiene mayor fuerza de convicción que la de una prueba documental”*; y no fue ratificado en el proceso, ésta no pidió la versión de quien lo suscribe. Empero, fue suficiente para desvirtuar la declaración de buena fe de las víctimas de los accidentes de tránsito *“máxime cuando la base fundamental para erigir estos informes son unas supuestas objeciones verificadas a través de supuestas llamadas telefónicas hechas a las víctimas”*.

IV. CONSIDERACIONES

1. No hay duda de la configuración en este asunto de los denominados presupuestos procesales, los cuales son necesarios para que válidamente se pueda tener trabada la relación jurídico-procesal. En

efecto, al juez civil le asiste competencia para conocer del proceso y a ésta Sala para desatar el recurso de apelación; las sociedades enfrentadas ostentan la capacidad para ser parte, dada su condición de personas jurídicas, en pleno ejercicio de sus derechos; la demanda reúne los requisitos formales previstos por el legislador; y además, no se observa vicio con identidad anulatoria, lo que permite proferir la decisión que en ésta instancia se reclama.

2. Para resolver los reparos que a la sentencia se le hacen, lo primero que precisa la Sala es que comparte la consideración de primer grado en torno a que al caso resulta aplicable el artículo 1077 del Código de Comercio en consonancia con lo que regula el Decreto 780 de 2016, sobre las facturas anteriores al 6 de mayo de ese año, que fue la fecha de su entrada en vigencia, y respecto de las restantes se debe tener en cuenta el Decreto 56 de 2015, que en su redacción y contenido son similares. Todo ello, en la medida que la controversia que se ventila tiene que ver con la prestación de unos servicios de salud asociados a accidentes de tránsito cuya atención médica se prestó con base en el SOAT.

En efecto, el Decreto 56 de 2015 en su artículo 8º, es bien claro en establecer que los servicios de salud suministrados a una víctima de accidente de tránsito, y otros, el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos, bien ante el Ministerio de Salud y Protección social o ante la compañía de seguros que expida el Soat, es el prestador de servicios que lo haya atendido.

Por su parte, el artículo 2.6.1.4.1 del Decreto 780 de 2016, donde quedó compendiado el artículo 1º del Decreto 56 de 2015, el objeto del Capítulo 4, Título 1, Parte 6, es establecer “...las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de

H

Consejo de Administración del Fosyga, en que deben operar tanto la Subcuenta ECAT del Fosyga, como las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y demás entidades referidas en el ámbito de aplicación de este acto administrativo".

Así mismo, véase que según el artículo 2.6.1.4.2 dicho capítulo aplica "al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), a las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a las Entidades Territoriales, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), a las administradoras de los regímenes exceptuados de la aplicación de la Ley 100 de 1993, a los reclamantes de los servicios médicos, las indemnizaciones y los gastos aquí previstos, así como a las demás entidades que puedan llegar a tener alguna obligación o responsabilidad relacionada con las reclamaciones de que trata este Capítulo." (Artículo 2º del Decreto 56 de 2015).

Según el artículo 2.6.1.4.2.1, para efectos de ese Capítulo (4º) los servicios de salud otorgados a las víctimas de accidente de tránsito, entre otros, son los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, suministrados a la víctima por un prestador de servicios de salud habilitado, destinados a lograr su estabilización, tratamiento y la rehabilitación de sus secuelas y de las patologías generadas como consecuencia de los mencionados eventos, así como el tratamiento de las complicaciones resultantes de los mismos a las patologías que esta traía (así estaba previsto en el Artículo 7º del Decreto 56 de 2015).

Y de acuerdo con el canon siguiente (art. 2.6.1.4.2.2), el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de dichos servicios de salud al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, o a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima. (Art. 8º del Decreto 56 de 2015); de acuerdo con las coberturas y tarifas descritas en los preceptos

subsiguientes, e igualmente dentro del término para presentar las reclamaciones, tratándose de aseguradoras, según lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio (Art. 2.6.1.4.2 Decreto 780 de 2016, conc. Art. 11 Decreto 56 de 2015).

3. Ahora, en lo que atañe a los documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, dicha normatividad prevé que los prestadores de servicios de salud deberán radicar, para el caso que nos ocupa, ante la aseguradora, la *“Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda” con los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6”* de ese decreto; 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”*; el original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio; y *“Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS”*. (Art. 2.6.1.4.2.20 Decreto 780 de 2016, antes Artículo 26 del Decreto 56 de 2015).

Y frente a la factura o documento equivalente, presentada por los Prestadores de Servicios de Salud, el artículo 2.6.1.4.3.7 dispone que debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes. (Artículo 33 del Decreto 56 de 2015).

Así mismo, como lo puso de presente la compañía aseguradora, el artículo 2.6.1.4.3.10 está prevista la verificación de requisitos al disponer que *“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 capítulo y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad".

Y en el canon 2.6.1.4.3.12 el término para resolver y pagar las reclamaciones, en lo que atañe a las compañías de seguros autorizadas para operar el Soat, así:

(...)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 moratoria igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

(Artículo 38 del Decreto 56 de 2015)"

Entonces, no hay discusión que, como lo afirma la demandada y lo reconoció el juez de instancia, se deben tener en cuenta para los efectos de las reclamaciones realizadas con base en los accidentes de tránsito que sustentan el ejercicio de la acción, la normatividad del Código de Comercio, especialmente los cánones 1077, 1080 y 1081, así como las que se acaban de reseñar, entre otras, y con soporte en ellas descende la Sala al estudio de los reparos que la parte demandante le hizo a la sentencia de primer grado.

4. El primer reproche que se le hace a la sentencia, está fundado en que allí se afirma que no se demostró la prestación del servicio y la ocurrencia de los accidentes, pese a que se aportaron las historias clínicas y facturación de los procedimientos.

Sobre ese aspecto, conviene tener en cuenta que en la mencionada providencia no se asevera tal cosa; en la misma, se da por cierta la prestación del servicio de salud en virtud de los accidentes de tránsito; y es así que en el análisis del caso el juez comenzó por dilucidar si existe obligación por parte de la aseguradora demandada de cumplir con el pago de los servicios de

salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparadas por el SOAT, habida cuenta de las objeciones que en su momento hizo a la reclamación, póliza prestada o que no se trató de una lesión por accidente de tránsito (Cfr. fl. 893 C. 1).

Es decir, no está en duda la prestación de los servicios de salud que se describen en los hechos del libelo, porque ellos, como lo consideró el fallador de primer grado, se encuentran registrados o soportados en los documentos que se aportaron como anexos (Cfr. C. 1); cosa distinta, es que el funcionario haya concluido que los mismos no constituyen "*prueba que conduzca a establecer que los servicios de salud prestados por la actora*" se encuentren cubiertos por el SOAT, que es el sustento en que está edificada la reclamación.

Entonces, ese primer reparo no deja de ser una interpretación alejada de las consideraciones de la sentencia, donde quedó claro que las facturas están asociadas a accidentes de tránsito y que ellas contienen la prestación de servicios médicos derivados de esa modalidad de lesiones.

5. Los demás reparos, *ii)* y *iii)*-, están dirigidos a resaltar una indebida o errada valoración probatoria de los documentos presentados como base de la acción porque, en sentir del apelante, se le trasladó la carga de la prueba que debía cumplir su contraparte, es decir, que a ésta le correspondía acreditar la inexistencia de los accidentes de tránsito, mediante testimonios, dictámenes periciales, información de entidades públicas, informes policiales y de accidentalidad; y, en el caso de pólizas, acreditar, además, la radicación de denuncias penales, carga de la que fue relevada; y que el informe con el que se pretende demostrar las objeciones "*no tiene mayor fuerza de convicción que la de una prueba documental*", al no haber sido ratificado en el proceso, a más que no desvirtúa las declaraciones de buena fe que hicieron las víctimas al momento de ser atendidas.

Esos reparos conllevan a la Sala a preguntarse: ¿Qué le correspondía probar a cada extremo procesal? Para dar respuesta a ese cuestionamiento, resulta pertinente memorar que como lo dispone el artículo 1757 del Código Civil *“incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta”*, disposición que resulta a tono con el artículo 167 del Código General del Proceso que establece que *“incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”*.

Sobre el contenido de tales postulados la Corte Constitucional ha señalado que las reglas de la prueba en materia civil están lo suficientemente decantadas, *“(...) hasta el punto que es posible resumir su doctrina en tres principios jurídicos fundamentales: “ONUS PROBANDI INCUMBIT ACTORI”, al demandante le corresponde probar los hechos en que se funda su acción; “REUS, IN EXCIPIENDO, FIT ACTOR”, el demandado cuando excepciona, funge de actor y debe probar los hechos en que se funda su defensa; y, “ACTORE NO PROBANTE, REUS ABSOLVITAR”, según el cual el demandado debe ser absuelto de los cargos si el demandante no logra probar los hechos fundamentales de su acción².”*

Entonces, en lo que atañe a la parte demandante, ha de verse que la Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su artículo 143 al normativizar la prueba del accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT, dispuso que *“será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho, en el formato que se establezca para el efecto por parte del Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de la intervención de la autoridad de tránsito y de la posibilidad de que la aseguradora del SOAT realice auditorías posteriores.”*

El párrafo que se le introdujo a esa misma norma, facultó al Gobierno Nacional para que, en un término de seis meses,

² Corte Const. Sent. C-070 de 1993.

reglamentara el “*Sistema de Reconocimiento y pago de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito (SOAT)*”, atendiendo un menor número en los trámites, la reducción de los agentes que intervienen, con la finalidad de racionalizar el proceso de pago y así generar eficiencia y celeridad en el flujo de los recursos.

Fue así como mediante el Decreto 56 de 2015 y luego en el 780 de 2016, se establecieron las reglas para el funcionamiento de la subcuenta del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT), donde se previó cuáles eran las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de esos accidentes, donde, entre otras autoridades y entidades, se incluyó a las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

Concretamente el citado Decreto 780 previó que los prestadores de servicios de salud que suministren esos servicios, debían informar tal situación a la compañía aseguradora autorizada para operar el SOAT dentro de las 24 horas siguientes a la atención (inciso 3º del artículo 2.6.1.4.4.3); así mismo en su artículo 2.6.1.4.2.20, estableció, en el ítem 2, los soportes de la reclamación por los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito los siguientes:

“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.”

Esos datos específicos conforme a la primera norma son: “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*

171

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.” Requisitos éstos que en esencia son los mismos del artículo 31 del decreto 56 de 2015.

El artículo 2.6.1.4.3.6., por su parte, desarrolla el contenido del resumen clínico de atención para servicios de salud ambulatorios, muy similares a los anteriores y eran los descritos en el artículo 32 del decreto 56 de 2015.

“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. (Art. 26 del Decreto 56 de 2015)”.

Confrontada la documentación aportada con los requisitos que exigen las normas enunciadas, la Sala observa que las lesiones sufridas por las víctimas en los accidentes de tránsito quedaron

acreditados con la historia clínica de los pacientes atendidos por la demandante, la declaración del médico de urgencias sobre esos hechos, lo cual es posible evidenciar en algunos formatos de Historias Clínicas o Epicrisis levantados sobre las atenciones verificadas con la simple confrontación de su contenido, y en otros eventos, con un sello adicional con la leyenda "*EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CASUAL (sic)³ DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO*" (Cfr. p. ej. fls. 50, 173 C. 1).

Con las facturas y demás documentos allegados, contrario a lo que excepcionó la demandada, quedó demostrada la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, pues de esos documentos se desprende que las personas allí identificadas recibió la atención médica en la institución demandada, bajo la indicación de haber sido víctima de accidentes de tránsito.

Entonces, si bien el artículo 2.6.1.4.3.10 del Decreto comentado dispone que una vez presentada la reclamación por la atención de víctimas en accidente de tránsito, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT deben estudiar su procedencia, y en esa tarea deben verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este capítulo y si ésta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad, también lo es que el párrafo segundo de esa norma, en lo que corresponde a casos como este, dispone que 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.

³ Entiéndase "causal", advertida la naturaleza y fines de las reclamaciones efectuadas.

En el *sub judice*, la demandada objetó cada una de las reclamaciones con asidero en que la póliza era prestada, o el vehículo involucrado en el accidente no fue el causante de las lesiones; sin embargo, frente a esas objeciones, el registro de las investigaciones que se llevaron a cabo para escudriñar los eventos que motivaron las reclamaciones, no logra derruir el contenido de las historias clínicas, concretamente en lo que respecta a la prestación del servicio con ocasión a lesiones sufridas en accidente de tránsito, que es la conducta que conforme a las normas reseñadas deben cumplir las empresas prestadoras de salud autorizadas para suministrar ese servicio.

En ninguna parte de las normas que se reseñaron y menos en el texto de la ley o de los decretos reglamentarios sobre el tema se prevé que está a cargo de los hospitales, clínicas, empresas prestadoras de salud o IPS, el verificar si la póliza era prestada o que el vehículo involucrado fue el que causó el accidente, eso es una tarea propia de las autoridades de tránsito, policía judicial, fiscalía, etc. Frente a una persona lesionada, la ley le impone a las entidades prestadoras de salud la obligación de prestar el servicio aún en los casos de inexistencia de seguro o de carros que no se identifican; pretender que a más de ello tengan que indagar por cuestiones como las que soportaron las objeciones va más allá de la ley. Comportamientos como los anotados dan lugar a sanciones administrativas contra los dueños de los vehículos, pero no eximen del pago por el servicio al prestador que atendió a la víctima del accidente del tránsito, a menos que se demuestre la participación directa del ente hospitalario en la comisión de tales irregularidades, cosa que acá no aconteció.

Pero como habrá eventos, que no es este caso, en que el prestador o el médico pretenda reclamar por un servicio no prestado o que no se ajuste al caso típico reglamentado en la ley, para evitar tales fraudes la Resolución 003823 del 24 de agosto de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, en su artículo 8º faculta a las

compañías aseguradoras autorizadas para operar el Soat, para que con posterioridad al reporte del accidente o a la radicación de la reclamación, realicen auditorias *in situ* de manera aleatoria a los prestadores que realicen la atención en salud derivada de un accidente de tránsito, sólo con el objeto de verificar la habilitación de la institución así como los servicios de salud directamente prestados a la víctima; disponiendo el parágrafo tercero de ese artículo que “*En ningún caso la práctica de las auditorias in situ conllevará ampliación del término establecido para el reconocimiento y pago de las reclamaciones a las IPS*”.

Para el caso, la demandada aportó con la contestación de la demanda sendos “*informes*” de las compañías GLOBAL RED LTDA., INVESTIGACIONES SIN FRONTERAS y MC LARENS INVESTIGACIONES GLOBAL CLAIM SERVICES, realizados sobre los accidentes en cuestión, donde estableció o sugirió que los eventos que fueron objeto de atención y con los que se pretendían afectar las pólizas, no estaban cubiertos, o se trató de pólizas prestadas (Cfr. CD fl. 828 C. 1 B) los mismos, si bien constituyen un principio de prueba de algunos aspectos que rodearon las razones por las cuales la demandada objetó las mentadas reclamaciones, lo cierto es que no son suficientes para derruir la efectiva prestación del servicio a víctimas de accidente de tránsito, cuya atención y servicio quedó descrita en la epicrisis que, en verdad, acá no se cuestiona, o al menos sobre ninguna de ellas hay constancia de alguna auditoria *in situ*, es decir, en las instalaciones del prestador, que desvirtúe el contenido de esos documentos en cuya elaboración se presume la buena fe que se desprende de los motivos de consulta contenidos en las historias clínicas; como tampoco las manifestaciones que sobre cada evento dejaron consignadas los médicos que atendieron a los pacientes allí mencionados, quienes, itérase, registraron que se trató de lesiones en accidentes de tránsito.

Nótese que en todas las facturas están registrados servicios médicos a las personas allí descritas; que frente a ellas, la actora

20

19

adjuntó la objeción emitida por la aseguradora convocada, así como la respuesta a esas glosas; que también se acompañó el "FORMATO DE REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO" a que aluden los Decretos 56 de 2015 y 780 de 2016 y, en su defecto, las denuncias ante el (la) Inspector (a) de Policía de Valledupar o ante la Secretaria de Gobierno Municipal; la historia clínica de los pacientes, con ocasión a la atención médica, elementos y medicamentos suministrados en esa oportunidad, donde está descrito en el motivo de consulta que se trató de un accidente de tránsito, y se desprende también esto último del sello según el cual "EL SUCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CASUAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO".

En este punto conviene destacar que la demandante en su condición de prestador del servicio de salud, estaba obligada a prestar el mismo a las personas que acudieron al centro asistencial con alguna dolencia o afección física ocasionada por el accidente de tránsito que adujeron haber sufrido, en forma inmediata y sin excusas, porque así lo prevé el artículo 195 del Decreto 663 de 1993, so pena de soportar la aplicación de las sanciones allí mencionadas.

Y por otra parte, estaba a cargo de la aseguradora, aquí convocada, realizar las verificaciones relativas a la veracidad de cada accidente reportado, así como comprobar si el automotor aludido por la víctima o involucrado en el incidente fue el que ocasionó o no el accidente, al punto que de evidenciar la existencia de un fraude estaba en la obligación de poner en conocimiento de las autoridades la eventual existencia de irregularidades e información errónea incluida en las denuncias formuladas por los afectados de los accidentes en comento, sin que ello afecte el pago del servicio suministrado, por ser situaciones ajenas al prestador del servicio.

Empero, *contrario sensu*, se limitó a objetar las reclamaciones que le formuló la demandante con asidero en tales situaciones, sin lograr derribar la presunción de buena fe registrada en la historia

clínica como motivo de consulta y en las aludidas denuncias, como tampoco el contenido de los documentos aportados con la demanda.

En consonancia con lo anterior, se advierte que las excepciones formuladas por la demandada no tenían vocación de prosperidad, por cuanto no está debidamente acreditado el sustento en que descansaron, a saber, que las lesiones no fueron producto de accidentes de tránsito; que las pólizas presentadas no corresponden a los vehículos involucrados en los mismos; que existen inconsistencias en tales reclamaciones; pero lo más importante que debió acreditar fue la no prestación del servicio de salud por parte de la demandante, o que se trató de un evento diferente que fue atendido bajo la modalidad de accidente de tránsito.

Por el contrario, lo que se vislumbra es que las pretensiones están soportadas en hechos debidamente demostrados con los documentos aportados con la demanda, de los cuales se destacan los siguientes aspectos:

No. Factura	Fecha Factura	Fecha Rad.	Nombre paciente o víctima	Valor
279	17/01/2016	09/02/2016	Fonseca Romero Oscar	\$ 266.200,00
281	18/01/2016	03/03/2016	Rios Cadena Edwin Alberto	\$ 483.400,00
514	31/01/2016	22/02/2016	Baena Hernandez Ludys	\$ 12.106.665,00
974	29/02/2016	08/03/2016	Fuentes Martínez Luis Enrique	\$ 7.177.837,00
1065	29/02/2016	11/03/2016	Ortiz Rojas Clara Esther	\$ 14.635.704,00
1087	29/02/2016	11/03/2016	Mejía Vanegas Jeniffer Carolina	\$ 2.293.350,00
1068	29/02/2016	11/03/2016	Iseda Araujo Elvia María	\$ 3.727.937,00
1164	19/03/2016	30/03/2016	Baena Hernandez Ludys	\$ 76.100,00
1250	14/03/2016	15/04/2016	Fuentes Martínez Luis Enrique	\$ 76.100,00
1274	15/03/2016	15/04/2016	Monterroza Campo María Marcela	\$ 76.100,00
1521	25/03/2016	15/04/2016	Mejía Vanegas Jeniffer Carolina	\$ 76.100,00
1554	29/03/2016	15/04/2016	Reales Medina Benjamin	\$ 7.780.210,00
1629	31/03/2016	12/04/2016	Botello Gomez Ciro Alfonso	\$ 3.834.950,00
1703	31/03/2016	21/04/2016	Reales Medina Benjamin	\$ 972.660,00
1707	31/03/2016	03/05/2016	Iseda Araujo Elvia María	\$ 1.684.970,00
1744	31/03/2016	21/04/2016	Guerrero Saravia Jhorman Daniel	\$ 3.535.346,00
1950	23/04/2016	12/05/2016	Arias Arias Edinson Enrique	\$ 4.627.250,00
1988	24/04/2016	12/05/2016	Perez Torres Jose Manuel	\$ 7.458.509,00
2007	24/04/2016	12/05/2016	Monterroza Campo María Marcela	\$ 1.877.800,00

2008	24/04/2016	12/05/2016	Ortega Clavijo Paula Andrea	\$ 685.365,00
2200	15/05/2016	26/05/2016	Mendoza Barandica Natali Briceth	\$ 5.409.012,00
2221	16/05/2016	26/05/2016	Hernandez Rojano Marilys Isabel	\$ 207.100,00
2225	18/05/2016	26/05/2016	Manjarrez Suarez Jazmin Yiseth	\$ 2.156.750,00
2238	19/05/2016	26/05/2016	Martínez Bandera Orlando	\$ 16.300,00
2241	19/05/2016	01/07/2016	Frias Meza Denis	\$ 365.540,00
2267	21/05/2016	01/07/2016	Murgas Calderón Ariagna Marcela	\$ 1.885.812,00
2281	22/05/2016	25/07/2016	Alcalas Nieves Jhonatan Isaac	\$ 5.048.300,00
2434	29/05/2016	01/07/2016	Guerrero Saravia Jhorman Daniel	\$ 78.700,00
2443	29/05/2016	01/07/2016	Rangel Rincón Dayner	\$ 78.700,00
2528	31/05/2016	01/07/2016	Saballet Salcedo Angeline	\$ 38.900,00
2458	30/05/2016	21/06/2016	Guerrero Quintero Luis David	\$ 7.422.525,00
2553	31/05/2016	21/06/2016	Mejía Vanegas Jeniffer Carolina	\$ 38.900,00
2577	31/05/2016	21/06/2016	Vides Ardila Ubaldo Junior	\$ 1.582.250,00
2580	31/05/2016	21/06/2016	Martínez Bandera Orlando	\$ 13.192.253,00
2607	31/05/2016	21/06/2016	Blanquicet Blanco Eduber	\$ 78.700,00
2815	30/05/2016	21/06/2016	Martínez Bandera Orlando	\$ 90.100,00
2870	10/06/2016	25/07/2016	Saballet Salcedo Angeline	\$ 78.700,00
2879	10/06/2016	25/07/2016	Guerrero Quintero Luis David	\$ 78.700,00
2960	12/06/2016	25/07/2016	Montero Mieles Yine Cecilia	\$ 16.300,00
3030	27/06/2016	25/07/2016	Montero Mieles Yine Cecilia	\$ 9.029.512,00
3041	28/06/2016	25/07/2016	Cabana Pallares Valeria Sofia	\$ 153.287,00
3053	30/06/2016	25/07/2016	Estrada Iris Patricia	\$ 3.513.425,00
3104	08/07/2016	25/07/2016	Rangel Rincón Dayner	\$ 1.732.650,00
3118	30/06/2016	25/07/2016	Fuentes Martínez Luis Enrique	\$ 1.716.625,00
3225	30/06/2016	03/08/2016	Zuleta Torres Leiver Eduardo	\$ 78.700,00
3242	30/06/2016	03/08/2016	Montero Mieles Yine Cecilia	\$ 78.700,00
3225	30/06/2016	03/08/2016	Guette Perea Jose Angel	\$ 3.431.017,00
3267	20/07/2016	03/08/2016	Estrada Iris Patricia	\$ 78.700,00
3302	20/07/2016	24/08/2016	Coronel María Encarnación	\$ 82.500,00
3333	21/07/2016	24/08/2016	Castrillo Granados Valery Sofia	\$ 1.629.950,00
3366	22/07/2016	24/08/2016	Coronel María Encarnación	\$ 11.067.197,00
3391	24/07/2016	03/08/2016	Castrillo Granados Valery Sofia	\$ 90.100,00
3488	27/07/2016	24/08/2016	Zuleta Torres Leiver Eduardo	\$ 8.793.000,00
3490	27/07/2016	24/08/2016	Castrillo Granados Valery Sofia	\$ 4.450.600,00
3518	29/07/2016	31/08/2016	Guerrero Quintero Luis David	\$ 1.840.600,00
3580	31/07/2016	27/09/2016	Montaño Quintero Adalberto	\$ 182.880,00
3631	31/07/2016	31/08/2016	Montero Mieles Yine Cecilia	\$ 78.700,00
3660	31/07/2016	27/09/2016	Guette Perea Jose Angel	\$ 78.700,00
3735	30/07/2016	27/09/2016	Barrios Carrillo Marco Antonio	\$ 2.266.312,00
3772	31/07/2016	31/08/2016	Guerra de Armas Lina Josefa	\$ 361.500,00
3943	25/08/2016	22/11/2016	Montero Mieles Yine Cecilia	\$ 78.700,00
3968	25/08/2016	18/10/2016	Rico De La Oz Ludis María	\$ 90.100,00
4569	16/09/2016	26/10/2016	Montero Bermudez Danilo Manuel	\$ 4.297.284,00
4628	10/09/2016	05/11/2016	Vargas Florez Guillermo Enrique	\$ 18.407.282,00
4680	24/09/2016	26/10/2016	Barrios Carrillo Marco Antonio	\$ 78.700,00
TOTAL				\$ 185.002.816,00

6. De acuerdo con lo expuesto en el ítem precedente, se observa que le asiste razón a la demandante en torno a que el informe con base en el cual la demandada pretendió demostrar las objeciones realizadas lo rindió una empresa contratada por ella misma, el cual “*no tiene mayor fuerza de convicción que la de una prueba documental*”. Por ende, no podía tenerse como medio de convicción suficiente para desvirtuar cada una de las declaraciones de buena fe que rindieron las víctimas de los accidentes de tránsito, pues existe prueba en contrario de igual entidad, cual acontece con los documentos que se adjuntaron con el libelo genitor.

Recuérdese que si bien la ley adjetiva civil vigente [C.G.P.] ha dado un paso adelante en torno al alivio de la carga de la prueba en el artículo 167 del C.G.P., al consagrar que: “*según las particularidades del caso el juez podrá de oficio o a petición de parte, distribuir la carga*”, lo cierto es que ello tiene lugar “**al decretar las pruebas durante su práctica o en cualquier momento del proceso antes de fallar**”, sin embargo, en el *sub judice*, pese a que la demandada pretendió demostrar el sustento de sus defensas con las resultas de las investigaciones que adelantó la entidad que, al parecer, contrató para tal fin, la decisión de instancia acogió esas exceptivas, a pesar que esas investigaciones poco hacen por superar la presunción de buena fe que deriva de cada una de las denuncias y motivos de consulta reseñados en las historias clínicas de los pacientes, así como el contenido de los medios de convicción que se aportaron desde la génesis del proceso.

Para el presente asunto la demandada tenía a costas la carga de probar ante el funcionario judicial las razones por las cuáles objetó o rehusó el pago de las mentadas reclamaciones, propósito para el que no era suficiente que invocara que auditó las mismas y que se mantuvo en la causal de devolución o impago de cada una de las ellas, visto que a pesar de que acompañó registro de las investigaciones que en su nombre realizaron las mentadas compañías, como se dijo, los mismos no logran desvirtuar la

22
12

presunción de buena fe contenida en los demás documentos arrimados a la actuación, como es el caso de las historias clínicas y denuncias instauradas por cada una de las víctimas de los accidentes de tránsito, bien directamente, ora por conducto de sus representantes.

Tampoco acreditó que las pólizas SOAT presentadas como venero de la acción no correspondieran a los vehículos involucrados en los accidentes de tránsito, en tanto se limitó a presentar unos documentos que no logran demostrar las defensas que propuso, no es posible colegir que existieran inconsistencias en las reclamaciones presentadas; y que las lesiones de las personas atendidas por la actora no hubieren sido víctimas de esa modalidad de accidentes.

7. En ese orden de ideas, luce imperioso revocar la decisión de primer grado; denegar las excepciones propuestas por la demandada; acoger las pretensiones de la demanda, salvo la concerniente a la repetición del valor no pagado y que se entra a reconocer en esta decisión, advertido que esa facultad -contenida en los artículos 40 y 41 del Decreto 56 de 2015- recae exclusivamente en la demandada, la cual está en libertad de ejercerla si así lo considera necesario y de conformidad con la normatividad vigente y aplicable a esa eventualidad.

Por último, se impondrá la consecuente condena en costas de ambas instancias a cargo de la parte demandada, propósito para el que la Magistrada Sustanciadora fija la suma de dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes como agencias en derecho en esta instancia.

V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior de Bogotá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

REVOCAR la sentencia que profirió el Juzgado Quince Civil del Circuito de esta ciudad el 10 de julio de 2019, dentro del presente asunto, por las razones expuestas en precedencia.

PRIMERO: **NEGAR** las excepciones propuestas por la demandada, de acuerdo a lo indicado en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: **DECLARAR** que la Sociedad COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. -SEGUROS MUNDIAL-, es responsable por el pago de los servicios de salud que prestó la sociedad demandante a las víctimas de accidentes de tránsito amparadas con las pólizas SOAT, contenidos en las facturas que aportó con la demanda.

TERCERO: En consecuencia, **DECLARAR** que respecto de las facturas mencionadas en el *ítem* anterior, la demandada adeuda la cuantía de **\$185.002.816,00**, que corresponde a la sumatoria de los servicios de salud que la demandante brindó a las personas víctimas de los accidentes de tránsito a que aluden los anexos de cada uno de tales documentos aportados con la demanda, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta determinación.

CUARTO: Conforme a lo considerado en precedencia, se reconocen los intereses moratorios solicitados respecto de las reseñadas facturas, contados a partir del día siguiente a la fecha de radicación de cada una, de acuerdo con lo establecido en el numeral 4º artículo 195 del Decreto 663 de 1993 y lo indicado en los considerandos de esta decisión.

QUINTO: **NEGAR** la pretensión tercera de la demanda, de acuerdo con lo decantado en la parte motiva de esta providencia y lo resuelto en los anteriores ordinales.

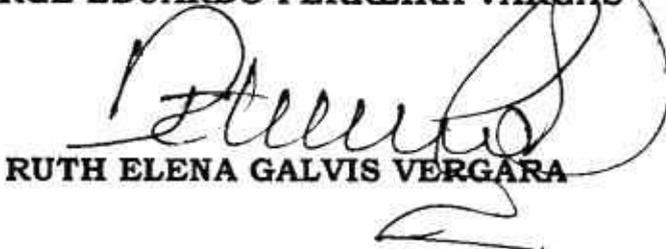
SEXTO: **CONDENAR** en costas de ambas instancias a la parte demandada. Liquidense por el *a quo* como lo dispone el articulo 366 del C.G.P., incluyendo la suma de \$2'633.409, como agencias en derecho de segunda instancia.

NOTIFIQUESE,

Los Magistrados,


MARIA PATRICIA CRUZ MIRANDA


JORGE EDUARDO FERREIRA VARGAS


RUTH ELENA GALVIS VERGARA

