

SeñoresJUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA SANTANDER
E. S. D.Fue al congreso del
Juzgado el
día
30/08/2020.REF: EJECUTIVO MENOR CUANTIA N° 2018-641
DEMANDANTE: CLINICA PIEDECUESTA S.A.
DEMANDADO: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

YANETH LEÓN PINZÓN, mayor de edad, domiciliada en Bucaramanga - Santander, identificada con la cédula de ciudadanía número 28.168.739 expedida en Guadalupe Santander, abogada en ejercicio portadora de la Tarjeta Profesional número 103.013 otorgada por el Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderada de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, por medio del presente escrito y dentro de la oportunidad legal correspondiente, me permito sustentar el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia proferida por el Juzgado 5 Civil Municipal en el proceso de la referencia.

I. CONSIDERACIONES DE LA APODERADA DE SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Bajo el amparo del artículo 14, inciso segundo del Decreto Legislativo 806 del 4 de junio de 2020, me permito seguidamente y de manera escrita sustentar el recurso de apelación interpuesto contra el fallo de primera instancia proferido por el A-quo, bajo el rigor de los puntos de disenso que se le reprochan al fallo en comento, así:

1.- "El a-quo no tuvo en cuenta la legislación y normatividad que rige y regula, las reclamaciones derivadas por prestación de servicios de salud con cargo a pólizas Soat, toda vez que aplicó sin rigor jurídico normas que no se aplican al caso concreto".

Con extrañeza se observa como el fallador de primera instancia en la sentencia proferida se aparta de lo reglado en la norma, al despachar de manera negativa las excepciones propuestas dentro de la oportunidad procesal pertinente, lo que se agrava en el hecho, de que lo hizo de manera anticipada y sumaria, lo cual desnaturaliza la figura para descongestionar los despachos judiciales y no para conculcar derechos y garantía y pasar por alto de lo que dicta la ley, la jurisprudencia y la doctrina.

Es que el fallador cometió dos sendos yerros al adoptar la decisión materia de recurso, debido a que como primera medida, dada la complejidad del tema, el problema jurídico propuesto y la naturaleza de los recursos sobre los que gravita el pleito, ameritaba que fuese después de un debate probatorio que se fallara en equidad y justicia y no de manera anticipada, toda vez que este asunto no se asimila a los que el legislador enlistó para tal fin. Como segundo punto de reparo se debe tener en cuenta que al plenario el demandante solo anexó unas facturas que respaldaba el cobro de los servicios supuestamente adeudados por mi poderdante; situación que ameritaba que ni siquiera fuese librado el mandamiento de pago, en razón a que este tema por ser especial y complejo, y por comprometer recursos destinados para la prestación del servicio de salud de los Colombianos, se debe valorar desde la visión especialísima dada por el legislador y por los demás entes reguladores. Es que no puede ser de otra manera, toda vez que en el campo del cobro de servicios de salud con afectación de pólizas SOAT, se han generados leyes, decretos, conceptos técnicos, que priman sobre la generalidad legislativa, que rigen los cobros de créditos mercantiles y civiles, lo cual no tuvo en cuenta el fallador de instancia al adoptar la sentencia materia de recurso, pese a que en los medios exceptivos propuestos por parte nuestra fueron enunciados y sustentados en debida forma, lo cual no fue tomado en cuenta por el A-

quo, debido a que determinó que solo bastaba con las facturas presentadas por la demandante, para demostrar la existencia del derecho y la exigibilidad del mismo, lo cual es totalmente contrario a lo que indica la ley.

Las reclamaciones materia de demanda se encuentran sujetas a condiciones impuestas por la ley 4747 de 2001 y el Decreto 3990 de 2007 Art. 4 (vigente para accidentes ocurridos antes del 2015) y el Decreto 056 de 2015 en su artículo 26 y siguientes (vigente para accidentes ocurridos desde el 14 de enero de 2015 hasta el 5 de mayo de 2016) y el Decreto 780 de 2015 Artículo 2.6.1.4.2.20 (vigente para accidentes ocurridos desde el 6 de mayo de 2016), en los cuales se señalan los requisitos y documentos que se deben allegar para solicitar el pago de las cuentas por gastos médicos y es claro que dentro del presente proceso la condición no ha sido cumplida por la demandante, además es claro que la factura por sí sola no prueba el derecho reclamado ya que esta simplemente hace parte de los requisitos para presentar la reclamación conforme al artículo 26 del Decreto 056 de 2015

*“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. 3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas: 3.1. 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. 3.2. 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. 3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados. 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.”*

Similar posición se tomó por la Corte Suprema de Justicia al momento de resolver tutela interpuesta por una Clínica que pretendía que se librara mandamiento de pago, pretensión que no prosperó ni en primera ni en segunda instancia al declararse probada la excepción de inexigibilidad de los títulos base de ejecución, y consideró la Corte Suprema en la referida sentencia (STC2064-2020),

“ la normatividad llamada a regular el asunto era la relativa al cobro de las indemnizaciones derivadas de pólizas de seguro obligatorio por accidentes de tránsito, contenidas en los Decretos 663 de 1993, 3990 de 2007 y los artículos 1053 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”

Toda ésta legislación y normatividad no fue tenida en cuenta en el fallo que se censura, pues con acierto se citan en el auto que inicialmente negó el mandamiento de pago, pero brillan por su ausencia al momento de proferir el fallo de primera instancia.

Y es que es el mismo demandante quien para apoyar su solicitud de mandamiento de pago cita la normativa que gobierna la materia, luego no es descabellado también en aplicación de la misma ley, exigirle al demandante demostrar la exigibilidad de su pretensión la cual apoya en un título compuesto el cual no logró estructurar pues no cumplió con lo exigido por la misma norma.

Finalmente me permito reiterar lo sostenido a lo largo de este proceso sobre las facturas que por si solas no son título ejecutivo en lo que respecta a Soat, toda vez que son un título complejo, título éste que brilla por su ausencia a lo largo de todo el proceso, tal cual como lo manifestó la Corte Suprema de Justicia de manera particular en la sentencia STC 2064-2020 Radicación N° 11001-02-03-000-2020-00426-00., sentencia que fuera confirmada en segunda instancia y resuelta por la Sala de Casación Laboral, Magistrado Ponente IVAN MAURICIO LENIS GOMEZ mediante fallo con radicado 88735 Acta 12 del 15 de abril de 2020, confirmándola en su integridad

“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>>, 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).

Los anteriores argumentos que flagrantemente no fueron tenidos en cuenta por el A-Quo quien con su fallo desconoce lo reglado por la norma y lo ordenado por el máximo ente jurisdiccional del país como lo es la Corte Suprema de Justicia

2.- "El A-quo no valoró la prueba ofrecida por mi cliente como respaldo probatorio, absteniéndose sin rigor jurídico, de darle valor probatorio a la prueba documental y testimonial que vertiría en el juicio."

Reposa en el expediente abundante prueba documental que soportan las excepciones propuestas y que fueron desconocidas por el Juez de primera instancia, a saber:

El decreto 4747 del 2007 faculta a las entidades responsables del pago de servicios de salud para formular y comunicar a los prestadores de dichos servicios, glosas y objeciones a las reclamaciones que por éstos conceptos se hagan, ahora bien, nada se dijo para desvirtuar la gran cantidad de éstas glosas y objeciones, situación ésta que entra a reforzar la posición de que dichas obligaciones no son claras, expresas y exigibles, y no solo sería la prueba documental, pues en el interrogatorio de parte al representante legal de la entidad demandante solicitado, se podía establecer que algunas de las facturas que se pretenden cobrar ejecutivamente ya pudieron haber sido canceladas y aun así se pretende su reclamación, desvirtuando así la naturaleza del presente proceso al pretender darle un carácter de proceso declarativo, es decir, que sea el señor Juez que declare sobre qué facturas se presta mérito ejecutivo y sobre cuáles no, cuando es el propio demandante quien debe procurar que el título reclamado ejecutivamente sea claro, expreso y exigible.

3-. “El A-quo aplicó contrariando el derecho, un régimen de prescripción de las reclamaciones derivadas de la prestación de servicios de salud con cargo a pólizas Soat, que no es correcto, toda vez que en este asunto no se debió tener en cuenta la prescripción de la acción cambiaria, sino la del contrato de seguro, que es de dos años.”

Para sustentar éste punto de disenso, me permito precisar de manera sucinta algunos de los términos en que fue contestada la demanda y que no fueron tenidos en cuenta por la Juez de primera instancia; el Decreto 3990 de 2007, en su artículo 10 indica el régimen legal aplicable y señala “Lo no previsto en este contrato, se rige por lo dispuesto en el artículo 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, las normas que regulan el contrato de seguro en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.”, entonces el régimen de prescripción aplicable a este tipo de Seguros es el consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio que señala:

“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. 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.”

Se observa de manera clara que las pretensiones reclamadas derivan de una acción contractual y legal, entre la demandante y la demandada con fundamento en el Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito, en el cual y conforme al Art. 1 del Decreto 3990 DE 2007 se señalan los beneficiarios del pago de las coberturas de la póliza así:

“Beneficiario. Es la persona natural o jurídica que acredite su derecho para obtener el pago de la indemnización, de acuerdo con las coberturas otorgadas en la póliza o establecidas en la ley, así: a) Servicios médico-quirúrgicos: La Institución Prestadora de Servicios

de Salud, IPS, habilitada, que hubiere prestado los servicios de atención de urgencias, hospitalización, suministro de material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamientos y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y servicios de rehabilitación. Igualmente podrán ser beneficiarias las IPS que suministren la atención inicial de urgencias, quienes deberán remitir al paciente a la IPS más cercana habilitada para el nivel de complejidad requerido;...”.

Según lo establecido en el art. 1081 del código de comercio colombiano “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 empezara a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que de base a la acción”

El DR. HERNAN FABIO LOPEZ BLANCO en su libro El Contrato de Seguro afirma que “...Tenemos, en consecuencia, que si por el “interesado” se entiende el tomador, el asegurado o el beneficiario, con relación a estos correrá como termino de prescripción el de dos años, es decir, que estarán cobijados por la prescripción ordinaria, ya que es a ellos a quien se destina este tipo de prescripción, y, obviamente también la empresa aseguradora.”.

Así mismo, la Sala de Casación de la Corte Suprema de Justicia en jurisprudencia del 4 de julio de 1997 se pronunció frente a la prescripción, motivo por el cual nos permitimos transcribir apartes de dicha jurisprudencia:

“Por interesado debe entenderse quien deriva algún derecho del contrato de seguro, que al tenor de los numerales 1, 2 y 3 del artículo 1047 son el tomador, el asegurado, el beneficiario y el asegurador...”

Frente al termino de prescripción y cuando empieza a correr manifestó que “... el de la ordinaria, a partir de cuándo el interesado (y ya se vio quienes lo son) tuvo conocimiento o razonablemente pudo tenerlo del “hecho que da base a la acción”. Este hecho no es o no pudo ser otro, que el siniestro, en el caso concreto desde que la demandante presto el servicio médico que se pretende cobrar entendido este, según el art. 1072 ibídem como “la realización del riesgo asegurado” es decir el hecho futuro e incierto de cuya ocurrencia depende el nacimiento de la obligación de indemnizar a cargo del asegurador correlativamente del derecho del asegurado o beneficiario a cobrar la indemnización (arts. 1045 num. 4 y 1054 C de Co y 1530,1536 y 1542 del C.C”.

Además debe tenerse en cuenta que dando alcance del artículo 1081, cuya aplicación es de carácter imperativo, podría predicarse que la situación fáctica a que se encuentran expuesta la demandante, cuando formalizan el cobro de los servicios médicos y atención de las víctimas de accidente de tránsito, evidencia un conocimiento del hecho que da origen a la acción de reclamación, como elemento subjetivo configurativo de la prescripción ordinaria.

En este mismo sentido la Superintendencia Nacional de Salud emitió concepto 2008026912-001 del 16 de julio de 2008 que sus apartes señalan

“Definido el anterior contexto conceptual y 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 expedición de la factura comercial, de tal suerte que si la atención a la víctima del accidente de tránsito amparada por el SOAT ocurrió el mismo día, desde ese momento empezaría a computar el término de prescripción. Por último, esta Superintendencia se permite precisar que el caso por Usted planteado, la prescripción se predica de la acción para efectuar la reclamación y no de la factura, factura que es uno de los requisitos exigidos para efectos de legalizar en debida forma la reclamación ante la asegurador.”

Por su parte la Superintendencia Financiera emitió Concepto 2012054519-003 del 21 de septiembre de 2012 señala

“Bajo los anteriores lineamientos se concluye que la prescripción ordinaria tiene lugar cuando el titular de la acción, bien sea con fuente en el contrato de seguro o en la ley, tiene conocimiento o ha debido tenerlo del hecho en la cual ella se origina, mientras que la prescripción extraordinaria, se produce en los casos en que no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento del hecho en cuestión, vale decir, en cuanto no se hubiere configurado antes la prescripción ordinaria.

Definido el alcance del artículo 1081 en estudio, cuya aplicación es de carácter imperativo conforme a los términos señalados en la misma disposición, podría predicarse que la situación fáctica a que se encuentran expuestas las IPS, cuando formalizan el cobro de los servicios médicos y atención de las víctimas de accidente de tránsito, evidencia un conocimiento del hecho que da origen a la acción de reclamación, como elemento subjetivo configurativo de la prescripción ordinaria, como atrás se explicó”.

Conforme a lo anterior y en aplicación al caso concreto es que se debe tener en cuenta que se tiene a la demandante como interesado o beneficiario del contrato de seguro, en tanto y en cuanto desde el momento que presta la atención medica conoce cuál es la compañía aseguradora SOAT, a la cual deben cobrarse los gastos médicos prestados, razón por la cual y en el entendido que la demandante conocía quien era la compañía aseguradora desde el momento que prestó el servicio, es que deberá aplicarse la prescripción ordinaria de 2 años, conforme a lo anteriormente expuesto es que se observa que las reclamación es que a continuación se relacionan se encuentran prescritas.

II. PETICION

De conformidad con lo expuesto, ruego a su Señoría revocar el fallo recurrido y por ende determinar que las excepciones propuestas fueron probadas y por ende absolver de toda responsabilidad da mi mandante.

De manera subsidiaria ruego al despacho revocar la sentencia anticipada objeto de apelación y por ende ordenar al A-quo que adelante todo el trámite de instancia y tome un su momento la decisión de fondo que en derecho corresponda.

Del (a) Señor (a) Juez,



YANETH LEÓN PINZÓN
C.C.No.28.168.739 de Guadalupe
T.P. No.103.013 del C.S.de la J.

Yaneth León Pinzón <yanethlpabogada@gmail.com>
Lun 28/09/2020 2:52 PM



Para:

- Juzgado 04 Civil Circuito - Santander - Bucaramanga

20200928152655433.pdf
4 MB

Buenas tardes respetado Señor Juez;

REFERENCIA
RADICADO: 2018-00641
DEMANDANTE: CLINICA PIEDECUESTA SA
DEMANDADO: SEGUROS DEL ESTADOS

Remito para fines pertinentes **sustentación** de la apelación.

Quedo atenta

YANETH LEÓN PINZÓN
CC 28.168.739 de Guadalupe Santander
TP 103.013 del CS de la J

Señores
JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA SANTANDER
E. S. D.

REF: EJECUTIVO MENOR CUANTIA 2018-00641
DEMANDANTE: CLINICA PIEDECUESTA SA
DEMANDADO: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

YANETH LEON PINZÓN, mayor de edad, domiciliada en Bucaramanga - Santander, identificada con la cédula de ciudadanía número 28.168.739 expedida en Guadalupe Santander, abogada en ejercicio portadora de la Tarjeta Profesional número 103.013 otorgada por el Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderada de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, por medio del presente escrito y dentro de la oportunidad legal correspondiente, me permito sustentar el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia proferida por el Juzgado 5 Civil del municipal en el proceso de la referencia.

I. CONSIDERACIONES DE LA APODERADA DE SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Bajo el amparo del artículo 14, inciso segundo del Decreto Legislativo 806 del 4 de junio de 2020, me permito seguidamente y de manera escrita sustentar el recurso de apelación interpuesto contra el fallo de primera instancia proferido por el A-quo, bajo el rigor de los puntos de disenso que se le reprochan al fallo en comento, así:

1.- “El a-quo no tuvo en cuenta la legislación y normatividad que rige y regula, las reclamaciones derivadas por prestación de servicios de salud con cargo a pólizas Soat, toda vez que aplicó sin rigor jurídico normas que no se aplican al caso concreto”.

Con extrañeza se observa como el fallador de primera instancia en la sentencia proferida se aparta de lo reglado en la norma, al despachar de manera negativa las excepciones propuestas dentro de la oportunidad procesal pertinente, lo que se agrava en el hecho, de que lo hizo de manera anticipada y sumaria, lo cual desnaturaliza la figura para descongestionar los despachos judiciales y no para conculcar derechos y garantía y pasar por alto de lo que dicta la ley, la jurisprudencia y la doctrina.

Es que el fallador cometió dos sendos yerros al adoptar la decisión materia de recurso, debido a que como primera medida, dada la complejidad del tema, el problema jurídico propuesto y la naturaleza de los recursos sobre los que gravita el pleito, ameritaba que fuese después de un debate probatorio que se fallara en equidad y justicia y no de manera anticipada, toda vez que este asunto no se asimila a los que el legislador enlistó para tal fin. Como segundo punto de reparo se debe tener en cuenta que al plenario el demandante solo anexó unas facturas que respaldaba el cobro de los servicios supuestamente adeudados por mi poderdante; situación que ameritaba que ni siquiera fuese librado el mandamiento de pago, en razón a que este tema por ser especial y complejo, y por comprometer recursos destinados para la prestación del servicio de salud de los Colombianos, se debe valorar desde la visión especialísima dada por el legislador y por los demás entes reguladores. Es que no puede ser de otra manera, toda vez que en el campo del cobro de servicios de salud con afectación de pólizas SOAT, se han generados leyes, decretos, conceptos técnicos, que priman sobre la generalidad legislativa, que rigen los cobros de créditos mercantiles y civiles, lo cual no tuvo en cuenta el fallador de instancia al adoptar la sentencia materia de recurso, pese a que en los medios exceptivos propuestos por parte nuestra fueron enunciados y sustentados en debida forma, lo cual no fue tomado en cuenta por el A-quo, debido a que determinó que solo bastaba con las facturas presentadas por la demandante, para demostrar la existencia del derecho y la exigibilidad del mismo, lo cual es totalmente contrario a lo que indica la ley.

Las reclamaciones materia de demanda se encuentran sujetas a condiciones impuestas por la ley 4747 de 2001 y el Decreto 3990 de 2007 Art. 4 (vigente para accidentes ocurridos antes del 2015) y el Decreto 056 de 2015 en su artículo 26 y siguientes (vigente para accidentes ocurridos desde el 14 de enero de 2015 hasta el 5 de mayo de 2016) y el Decreto 780 de 2015 Artículo 2.6.1.4.2.20 (vigente para accidentes ocurridos desde el 6 de mayo de 2016), en los cuales se señalan los requisitos y documentos que se deben allegar para solicitar el pago de las cuentas por gastos médicos y es claro que dentro del presente proceso la condición no ha sido cumplida por la demandante, además es claro que la factura por sí sola no prueba el derecho reclamado ya que esta simplemente hace parte de los requisitos para presentar la reclamación conforme al artículo 26 del Decreto 056 de 2015

*“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.3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas:3.1. 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.3.2. 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.3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.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.”*

Similar posición se tomó por la Corte Suprema de Justicia al momento de resolver tutela interpuesta por una Clínica que pretendía que se librara mandamiento de pago, pretensión que no prosperó ni en primera ni en segunda instancia al declararse probada la excepción de inexigibilidad de los títulos base de ejecución, y consideró la Corte Suprema en la referida sentencia (STC2064-2020),

“ la normatividad llamada a regular el asunto era la relativa al cobro de las indemnizaciones derivadas de pólizas de seguro obligatorio por accidentes de tránsito, contenidas en los Decretos 663 de 1993, 3990 de 2007 y los artículos 1053 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”

Toda ésta legislación y normatividad no fue tenida en cuenta en el fallo que se censura, pues con acierto se citan en el auto que inicialmente negó el mandamiento de pago, pero brillan por su ausencia al momento de proferir el fallo de primera instancia.

Y es que es el mismo demandante quien para apoyar su solicitud de mandamiento de pago cita la normativa que gobierna la materia, luego no es descabellado también en aplicación de la misma ley, exigirle al demandante demostrar la exigibilidad de su pretensión la cual apoya en un título compuesto el cual no logró estructurar pues no cumplió con lo exigido por la misma norma.

Finalmente me permito reiterar lo sostenido a lo largo de este proceso sobre las facturas que por si solas no son título ejecutivo en lo que respecta a Soat, toda vez que son un título complejo, título éste que brilla por su ausencia a lo largo de todo el proceso, tal cual como lo manifestó la Corte Suprema de Justicia de manera particular en la sentencia STC 2064-2020 Radicación N° 11001-02-03-000-2020-00426-00., sentencia que fuera confirmada en segunda instancia y resuelta por la Sala de Casación Laboral, Magistrado Ponente IVAN MAURICIO LENIS GOMEZ mediante fallo con radicado 88735 Acta 12 del 15 de abril de 2020, confirmándola en su integridad

“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>>, 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).

Los anteriores argumentos que flagrantemente no fueron tenidos en cuenta por el A-Quo quien con su fallo desconoce lo reglado por la norma y lo ordenado por el máximo ente jurisdiccional del país como lo es la Corte Suprema de Justicia

2.- "El A-quo no valoró la prueba ofrecida por mi cliente como respaldo probatorio, absteniéndose sin rigor jurídico, de darle valor probatorio a la prueba documental y testimonial que vertiría en el juicio."

Reposa en el expediente abundante prueba documental que soportan las excepciones propuestas y que fueron desconocidas por el Juez de primera instancia, a saber:

El decreto 4747 del 2007 faculta a las entidades responsables del pago de servicios de salud para formular y comunicar a los prestadores de dichos servicios, glosas y/ objeciones a las reclamaciones que por éstos conceptos se hagan, ahora bien, nada se dijo para desvirtuar la gran cantidad de éstas glosas y objeciones, situación ésta que entra a reforzar la posición de que dichas obligaciones no son claras, expresas y exigibles, y no solo sería la prueba documental, pues en el interrogatorio de parte al representante legal de la entidad demandante solicitado, se podía establecer que algunas de las facturas que se pretenden cobrar ejecutivamente ya pudieron haber sido canceladas y aun así se pretende su reclamación, desvirtuando así la naturaleza del presente proceso al pretender darle un carácter de proceso declarativo, es decir, que sea el señor Juez que declare sobre qué facturas se presta mérito ejecutivo y sobre cuáles no, cuando es el propio demandante quien debe procurar que el título reclamado ejecutivamente sea claro, expreso y exigible.

3.- "El A-quo aplicó contrariando el derecho, un régimen de prescripción de las reclamaciones derivadas de la prestación de servicios de salud con cargo a pólizas Soat, que no es correcto, toda vez que en este asunto no se debió tener

en cuenta la prescripción de la acción cambiaria, sino la del contrato de seguro, que es de dos años.”

Para sustentar éste punto de disenso, me permito precisar de manera sucinta algunos de los términos en que fue contestada la demanda y que no fueron tenidos en cuenta por la Juez de primera instancia; el Decreto 3990 de 2007, en su artículo 10 indica el régimen legal aplicable y señala “Lo no previsto en este contrato, se rige por lo dispuesto en el artículo 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, las normas que regulan el contrato de seguro en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.”, entonces el régimen de prescripción aplicable a este tipo de Seguros es el consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio que señala:

“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. 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.”

Se observa de manera clara que las pretensiones reclamadas derivan de una acción contractual y legal, entre la demandante y la demandada con fundamento en el Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito, en el cual y conforme al Art. 1 del Decreto 3990 DE 2007 se señalan los beneficiarios del pago de las coberturas de la póliza así:

“Beneficiario. Es la persona natural o jurídica que acredite su derecho para obtener el pago de la indemnización, de acuerdo con las coberturas otorgadas en la póliza o establecidas en la ley, así: a) Servicios médico-quirúrgicos: La Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, habilitada, que hubiere prestado los servicios de atención de urgencias, hospitalización, suministro de material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamientos y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y servicios de rehabilitación. Igualmente podrán ser beneficiarias las IPS que suministren la atención inicial de urgencias, quienes deberán remitir al paciente a la IPS más cercana habilitada para el nivel de complejidad requerido;...”

Según lo establecido en el art. 1081 del código de comercio colombiano “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 empezara a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que de base a la acción”

El DR. HERNAN FABIO LOPEZ BLANCO en su libro El Contrato de Seguro afirma que “...Tenemos, en consecuencia, que si por el “interesado” se entiende el tomador, el asegurado o el beneficiario, con relación a estos correrá como termino de prescripción el de dos años, es decir, que estarán cobijados por la prescripción ordinaria, ya que es a ellos a quien se destina este tipo de prescripción, y, obviamente también la empresa aseguradora.”.

Así mismo, la Sala de Casación de la Corte Suprema de Justicia en jurisprudencia del 4 de julio de 1997 se pronunció frente a la prescripción, motivo por el cual nos permitimos transcribir apartes de dicha jurisprudencia:

“Por interesado debe entenderse quien deriva algún derecho del contrato de seguro, que al tenor de los numerales 1, 2 y 3 del artículo 1047 son el tomador, el asegurado, el beneficiario y el asegurador...”

Frente al termino de prescripción y cuando empieza a correr manifestó que “... el de la ordinaria, a partir de cuándo el interesado (y ya se vio quienes lo son) tuvo conocimiento o razonablemente pudo tenerlo del “hecho que da base a la acción”. Este hecho no es o no pudo ser otro, que el siniestro, en el caso concreto desde que la demandante presto el servicio médico que se pretende cobrar entendido este, según el art. 1072 ibídem como “la realización del riesgo asegurado” es decir el hecho futuro e incierto de cuya ocurrencia depende el nacimiento de la obligación de indemnizar a cargo del asegurador correlativamente del derecho del asegurado o beneficiario a cobrar la indemnización (arts. 1045 num. 4 y 1054 C de Co y 1530,1536 y 1542 del C.C”.

Además debe tenerse en cuenta que dando alcance del artículo 1081, cuya aplicación es de carácter imperativo, podría predicarse que la situación fáctica a que se encuentran expuesta la demandante, cuando formalizan el cobro de los servicios médicos y atención de las víctimas de accidente de tránsito, evidencia un conocimiento del hecho que da origen a la acción de reclamación, como elemento subjetivo configurativo de la prescripción ordinaria.

En este mismo sentido la Superintendencia Nacional de Salud emitió concepto 2008026912-001 del 16 de julio de 2008 **que sus apartes señalan**

“Definido el anterior contexto conceptual y 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 expedición de la factura comercial, de tal suerte que si la atención a la víctima del accidente de tránsito amparada por el SOAT ocurrió el mismo día, desde ese momento empezaría a computar el término de prescripción. Por último, esta Superintendencia se permite precisar que el caso por Usted planteado, la prescripción se predica de la acción para efectuar la reclamación y no de la factura, factura que es uno de los requisitos exigidos para efectos de legalizar en debida forma la reclamación ante la asegurador.”

Por su parte la Superintendencia Financiera emitió **Concepto 2012054519-003 del 21 de septiembre de 2012 señala**

“Bajo los anteriores lineamientos se concluye que la prescripción ordinaria tiene lugar cuando el titular de la acción, bien sea con fuente en el contrato de seguro o en la ley, tiene conocimiento o ha debido tenerlo del hecho en la cual ella se origina, mientras que la prescripción extraordinaria, se produce en los casos en que no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento del hecho en cuestión, vale decir, en cuanto no se hubiere configurado antes la prescripción ordinaria.

Definido el alcance del artículo 1081 en estudio, cuya aplicación es de carácter imperativo conforme a los términos señalados en la misma disposición, podría predicarse que la situación fáctica a que se encuentran expuestas las IPS, cuando formalizan el cobro de los servicios médicos y atención de las víctimas de accidente de tránsito, evidencia un conocimiento del hecho que da origen a la acción de

reclamación, como elemento subjetivo configurativo de la prescripción ordinaria, como atrás se explicó”.

Conforme a lo anterior y en aplicación al caso concreto es que se debe tener en cuenta que se tiene a la demandante como interesado o beneficiario del contrato de seguro, en tanto y en cuanto desde el momento que presta la atención medica conoce cuál es la compañía aseguradora SOAT, a la cual deben cobrarse los gastos médicos prestados, razón por la cual y en el entendido que la demandante conocía quien era la compañía aseguradora desde el momento que prestó el servicio, es que deberá aplicarse la prescripción ordinaria de 2 años, conforme a lo anteriormente expuesto es que se observa que las reclamación es que a continuación se relacionan se encuentran prescritas.

II. PETICION

De conformidad con lo expuesto, ruego a su Señoría revocar el fallo recurrido y por ende determinar que las excepciones propuestas fueron probadas y por ende absolver de toda responsabilidad da mi mandante.

De manera subsidiaria ruego al despacho revocar la sentencia anticipada objeto de apelación y por ende ordenar al A-quo que adelante todo el trámite de instancia y tome un su momento la decisión de fondo que en derecho corresponda.

Del (a) Señor (a) Juez,



YANETH LEÓN PINZÓN
C.C.No.28.168.739 de Guadalupe Santander
T.P. No. 103.013 del CS de la J

Yaneth León Pinzón <yanethlpabogada@gmail.com>
Lun 28/09/2020 3:14 PM



Para:

- Juzgado 04 Civil Circuito - Santander - Bucaramanga

SUSTENTACION RECURSO.pdf
405 KB

Buenas tardes respetado Señor Juez;

REFERENCIA

RADICADO: 2018-00641

DEMANDANTE: CLINICA PIEDECUESTA SA

DEMANDADO: SEGUROS DEL ESTADOS

Remito para fines pertinentes **sustentación** de la apelación.

Quedo atenta

YANETH LEÓN PINZÓN

CC 28.168.739 de Guadalupe Santander

TP 103.013 del CS de la J