

APELACION DE SENTENCIA - Instituto De Neurociencias Clínica Del Sol Ltda. vs AXA Colpatría Seguros S. A. - Rad. 2018 - 144 - C777

olfap@ompabogados.com <olfap@ompabogados.com>

Lun 19/02/2024 15:59

Para: Juzgado 11 Civil Municipal - Atlántico - Barranquilla <cmun11ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: anisperuza@ompabogados.com <anisperuza@ompabogados.com>

 1 archivos adjuntos (423 KB)

APELACION .pdf;

SEÑORES

**JUZGADO ONCE CIVIL MUNICIPAL DE BARRANQUILLA
BARRANQUILLA – ATLÁNTICO. COLOMBIA**

RADICADO 080014053011 2018 00144

DEMANDANTE: INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICA EL SOL

DEMANDADO: AXA COLPATRIA SEGUROS

PROCESO: EJECUTIVO

Estimados, por medio del presente me permito remitir **APELACION CONTRA LA SENTENCIA EMITIDA EN EL PROCESO DE LA REFERENCIA.**

Cordialmente;

OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS



OMP
ABOGADOS

SEÑORES
JUZGADO ONCE (11°) CIVIL MUNICIPAL.
BARRANQUILLA – ATLANTICO.
E. S. D.

REF.: PROCESO EJECUTIVO.
DEMANDANTE: INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICA DEL SOL LTDA.
DEMANDADO: AXA COLPATRIA SEGUROS S. A.
RAD: 08001405301120180014400

ASUNTO: RECURSO DE APELACIÓN

OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.006.745 expedida en El Banco - Magdalena, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 23.817 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderada judicial de la sociedad AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., me permito ampliar los reparos realizados contra la sentencia emitida por el despacho el pasado 14 de febrero de 2024, en los siguientes términos:

Expreso las siguientes inconformidades:

 DESCONOCIMIENTO DE LAS NORMAS ESPECIALES QUE REGULAN LA MATERIA.

Se dejo probado que la compañía AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para la prestación o venta de servicios médicos derivados de atenciones con cargo al SOAT con la ejecutante, ni con ninguna otra institución de salud del país, por lo cual las facturas que aporte la parte accionante, tienen relación con reclamaciones realizadas a mi representada por la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito, pretendiendo la afectación de Pólizas de Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito – SOAT expedidas por mi representada.

Por lo expresado anteriormente, y compartido por el despacho no existe contrato ni negociación civil, debemos en cuadrar este presente proceso que debió resolverse conforme a las normas del contrato de seguros, las cuales como se mencionaron de manera exacta en nuestros alegatos de prometa instancia son el decreto 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el Código de Comercio en su acápite del Contrato de Seguro, y demás decretos que reglamentan este seguro al que nos referimos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Luego entonces, está claro que NO PODIA EL DESPACHO simplemente aplicar para resolver la presente controversia las normas de carácter general que se aplican a las ventas y servicios, debió el despacho por existir norma especial proceder a estudiar y aplicar las normas que regulan la actividad aseguradora dentro del marco específico del régimen de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT.

Ahora bien, el decreto 056 de 2015 y el Decreto 780 de 2016, establecen el régimen legal aplicable a las reclamaciones que realicen las IPS a las aseguradoras, para lo cual establecen que, en lo no regulado por los mencionados decretos para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.

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

Habiendo expuesto a detalle las normas que deben fundamentar las decisiones a resolver problemas jurídicos como el que nos ocupa en el presente proceso, debemos precisar que el despacho desconocimos la existencia de una norma especial, y procedió aplicar las normas de la acción cambiaria, este pronunciamiento va en línea directa con el siguiente punto de inconformidad:

● **SE DESCONOCE QUE, PARA QUE LAS FACTURAS QUE INTENTAN AFECTAR PÓLIZAS SOAT POR ATENCIONES MÉDICAS PUEDAN ADQUIRIR MÉRITO EJECUTIVO, ES NECESARIO QUE SE CONFIGURE EL TÍTULO EJECUTIVO COMPLEJO.**

Ya se ha expresado el funcionamiento del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT), por lo cual está claro conforme lo establece el Artículo 8 del Decreto 056 de 2.015, la IPS que haya atendido a la víctima de accidente de tránsito, es la legitimada para reclamar a la compañía aseguradora el reconocimiento y pago del valor del servicio médico prestado, así:

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

El numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, establece el trámite que debe surtir la IPS que haya atendido a la víctima de accidente de tránsito, indicando que ésta debe presentar una reclamación a la aseguradora, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales y su cuantía, es decir, que la IPS debe acreditar su derecho ante la compañía aseguradora conforme lo establece el Artículo 1.077 del Código de Comercio. La norma referida establece:

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



transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



(...)

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

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

Corolario, el artículo 31 y 32 del mismo decreto indica:

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

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

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

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



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

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

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

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

En EL CASO OBJETO DE ESTUDIO, TODAS LAS RECLAMACIONES QUE SE RELACIONAN EN LA DEMANDA, CARECEN DE LOS DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ACOMPAÑAR CON LA FACTURAS, que soportan la atención a la víctima por parte de la IPS, pues no solo basta con aportar la historia clínica, también se debe aportar, el soporte de la misma, situación que no ocurre en este caso, pues el demandante, no aportó los documentos establecido en el artículo 26 del decreto 056 del 2015, **incluso ello fue aceptado por el apoderado de la demandante y por el despacho al momento de emitir la respectiva sentencia.**

Estos anexos de la historia clínica estas definidos por la resolución No. 1995 de 1999 expedida por el Ministerio de Salud en su artículo 11, en el cual se indica que los anexos son todos los documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como autorizaciones, declaraciones de retiro, imágenes diagnosticas, reportes de interpretación de las imágenes diagnosticas, reportes de exámenes paraclínicos. Si revisamos los documentos allegados por la EJECUTANTE, junto con la demanda, encontramos que no fueron acreditados los anteriores anexos de las historias clínicas, así como tampoco se aportan para el caso del cobro de material de osteosíntesis, las facturas o soportes de compra de estos materiales, los cuales son obligatorios aportar como lo establece el decreto 0056 de 2015, lo único anexado fue en algunas facturas la epicrisis sin sus anexos, por lo cual es claro que debió declararse probada dicha excepción y no seguir adelante la ejecución.

En concordancia con lo dicho en el anterior argumento de inconformidad, tenemos que el despacho:



● EL DESPACHO EMITIO SENTENCIA DESCONOCIENDO EL PRECEDENTE JURISPRUDENCIAL APLICABLE.

Como se ha expresado es pacífico que los casos similares a este, existe norma especial, por lo cual se rigen por esta y por lo cual los despachos judiciales deben estudiar la exigibilidad atendiendo si se acredita o no el título ejecutivo complejo, me permito manifestar varios pronunciamientos verticales y horizontales que respaldan lo manifestado:

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

“(...) Así las cosas no era del caso entrar a averiguar si la aseguradora devolvió, objeto o glosó las facturas en los términos establecidos por la ley, por el contrario no debió librarse mandamiento de pago puesto que no acompañarse a las facturas aportadas en documentos la reclamación y los documentos exigidos por las normas comerciales especiales, antes citadas, no era posible determinar los precisos parámetros de la obligación, motivo por el cual estas facturas por sí solas no cumplen con las exigencias legales para ser consideradas títulos de recaudo ejecutivo. En consecuencia, está llamada a prosperar la excepción de mérito de ausencia de exigibilidad de la factura por no acreditarse el título complejo frente a todos y cada una de las facturas arribadas al expediente. (...)”

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

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

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

En este orden de ideas no siendo la entidad aseguradora ejecutada una “Entidad Responsable del pago de servicios de salud” y al no tratarse de cualquier tipo de prestación de servicios de urgencia, sino el reclamo a una aseguradora de los costos generados por la



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

(...)

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

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

(...)

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

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

- Así mismo Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Octava Civil-Familia de Decisión Departamento del Atlántico en cabeza del Dr. HENRY ANDREW BARBOSA SALAMANCA Magistrado Ponente, en proceso con radicado: No. 08001315301120190002901 - Radicación interna: 43.281, manifestó:

“En este asunto, prima facie, se advierte que el a-quo zanjó la discusión tendiente a establecer si la obligación de pago insoluta debía acreditarse o no mediante un título complejo, pues reconoció que

la acción de cobro, por tener como fuente la prestación de servicios médicos y hospitalarios brindados por la ejecutante a víctimas de accidentes de tránsito, estos últimos amparados por el SOAT, exigía a aplicar la normatividad especial, en particular, el Decreto 056 de 2015. De tal forma, junto a las facturas cambiarias, se debían aportar otros documentos, los cuales le asignaban su eficacia ejecutiva.

4.5.1. La cuestión, entonces, se circunscribe a determinar si junto a los instrumentos adosados, se aportaron o no otros documentos necesarios para el cobro, esto es, los exigidos por el artículo 26 ejúsdem, entre ellos, (i) el formulario de reclamación establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, (ii) la epicrisis o síntesis clínica; (iii) y los oportos de la historia médica o resumen de la atención. Al respecto, revisado el expediente, no se advierte que las facturas aportadas por la demandante IPS Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., estuvieren acompañadas de los señalados soportes causales, pues apenas figuraban en estas, la mención y el valor del servicio prestado a los pacientes. No podía, por tanto, el juez de primera instancia, sustituir tales requisitos, que, en virtud de la norma citada, resultan obligatorios y configuran una obligación sine qua non para la exigibilidad, con el testimonio de Sandra Marcela González Moreno, jefe de cartera y conciliación de Axa Colpatria Seguros S.A., al decir que la reclamación cumplía todas las etapas exigidas por el Decreto 056 de 2015 para exigir el pago de las obligaciones derivadas del SOAT.

En lo que refiere al interrogante sobre si las «facturas de servicios de salud», en particular, las emitidas con ocasión de la afectación de las «pólizas de SOAT», son o no un «título complejo», esta Sala en sede de tutela ha respondido positivamente dicha pregunta”

- El Juzgado Dieciséis Civil Del Circuito, Barranquilla, en providencia del diez (10) de agosto de dos mil veintitrés (2.023), en proceso con radicación: 08001-31-03-016-2023-00157-00, en el cual actúa como demandante: clínica la Victoria S.A.S. y demandado: la previsora s.a. compañía de seguros, expreso:

“El estrado no puede ignorar que las facturas por prestación de servicios farmacéuticos, quirúrgicos, hospitalarios a personas con lesiones sufridas en accidentes de tránsito con cargo al Seguro Obligatorio aludido, devienen en títulos complejos, ya que se requiere que se acompañe junto con las facturas cambiarias el certificado de atención médica para víctimas de accidente de tránsito, formato único de reclamación por servicios prestados a las víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, la historia clínica, epicrisis, la cédula de ciudadanía del lesionado y dañador y la copia de la póliza SOAT, que ampara ese riesgo.”

- El Tribunal De Cartagena en cabeza del magistrado ponente el Dr. Marcos Román Guío Fonseca, a expresado:

“En materia de facturas emanadas de la prestación del servicio de salud, la Sala de Civil de la Corte Suprema de Justicia ha venido considerando, en términos generales, que, por contar con una reglamentación específica, la que pugna con los principios propios de los títulos valores y, por las características de los sujetos que intervienen en su emisión, no resulta viable estructurar verdaderos títulos valores sino títulos ejecutivos complejos. Así lo dejaron plasmado en el salvamento de voto frente a la decisión de Sala plena del 23 de marzo de 2017, APL2642, siendo reiterada su postura en muchos otros pronunciamientos entre otros: **STC18085-2017, STC19525-2017, STC2065-2019, STC2064-2020, STC3056-2021, STC8408-2021, STC7875-2022, STC1991-2022, STC14094 de 2022, STC5997-2022 y STC1412-2023**

La Corte, en forma vehemente ha venido recabando que “se trata de una regla jurisprudencial que, por tanto, debe ser atendida por los administradores de justicia” (STC1412-2023); trayendo a colación del mismo modo lo sostenido en la STC14094-2022”

- JUZGADO 002 MUNICIPAL - CIVIL DE IBAGE 20220022500, en reciente sentencia del pasado 7 de febrero de 2023.

Expone que no se acredita el título ejecutivo completo por parte de la ejecutante, por lo cual no presta mérito ejecutivo, sin bien se resolvió recurso de manera desfavorable ante el auto que libro mandamiento es posible que al momento de dictar sentencia se realice una revisión nuevamente de los requisitos, encontrándose en este caso que no debió librarse mandamiento de pago, esto en sustento de lo manifestado en la sentencia **STC14094 DE 2022**.

Y por último me permito citar pronunciamiento de gran relevancia en esta materia, el cual ha sido utilizado para guiar al fallador con lo que respecta a la exigibilidad de las facturas de atenciones médicas en las cuales se pretenda afectar pólizas soat.

- La **SALA DE CASACIÓN CIVIL Y AGRARIA 1300122130002022-00475-01 STC14094-2022**, expreso:

“la normatividad llamada a regular el asunto era la relativa al cobro de las indemnizaciones derivadas de pólizas de seguro obligatorio por accidente de tránsito, contenida en los Decretos 663 de 1993, 3990 de 2007 y los artículos 1053 y 1077 del Código de Comercio” y que tratándose del cobro de “facturas” atinentes a gastos médicos, la “documentación” necesaria para constituir el “título ejecutivo complejo” eran los “Formularios de reclamación, según el formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, certificado médico de atención, formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, la factura y fotocopia de la póliza (STC2064-2020, que citó la STC19525-2017)”.

En conclusión, queda claro que, en casos similares al mencionado, los despachos judiciales han definido que se debe evaluar la exigibilidad considerando la acreditación del título ejecutivo complejo, tenemos que en el caso que nos ocupa se ha desconocido el precedente tanto verticales como horizontales.

- **DEBER DEL DESPACHO DE ESTUDIAR LA EXCIGIBILIDAD AL DICTAR SENTENCIA.**
- **DESAPLICACION DE LA PRESCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.**

Ahora bien, como ya se dejó claro que las normas aplicar son las contenidas en el contrato de seguros, se debe que estudiar la prescripción contenida en el artículo 1081 del código de comercio, El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) se encuentra regulado en el Decreto 056 de 2.015, Decreto 2423 de 1996, el Estatuto Orgánico Del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993) a partir del Artículo 192 y siguientes, y en lo no previsto allí, se acudirá a lo regulado en el seguro terrestre del Código de Comercio.

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

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

A su vez, de manera específica, el Decreto 056 de 2.015 (por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito), en los artículos 111 y 412, definen las reglas relativas a la prescripción respecto de los prestadores de

servicios de salud, en relación con las reclamaciones por las atenciones, las cuales, igualmente, remiten expresamente al artículo 1081 del Código de Comercio.

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

“ARTÍCULO 1081. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.”.

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

Sección 4. Otras condiciones generales del SOAT

Artículo 2.6.1.4.4.1 Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente Capítulo, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En atención al objeto de su consulta, debemos aclararle el alcance del pronunciamiento de esta Superintendencia, el cual se refiere a los aspectos concernientes a las prestaciones asumidas por las aseguradoras, específicamente en relación con el funcionamiento del seguro obligatorio para daños corporales causados a las personas por accidentes de tránsito (SOAT), conforme a la regulación establecida en el Capítulo IV de la Parte Sexta, artículos 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF) y demás disposiciones que la modifican o adicionan.

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

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

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

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

(...).»

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

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

que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no”

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

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

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

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

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

Ahora bien, aunque el término para presentar dicha reclamación económica ante la compañía de seguros que opera el SOAT se debe contar a partir de la fecha en que adquiere firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, la norma también establece, tal y como ya se mencionó, que entre

la ocurrencia del accidente de tránsito y la solicitud de calificación de la invalidez no pueden transcurrir más de dieciocho meses calendario, so pena de que la solicitud se rechace.

Dicho lo anterior, en relación con ese asunto se debe tener en cuenta: (i) que cuando la víctima del accidente de tránsito requiere el dictamen de pérdida de capacidad laboral para reclamar ante la compañía de seguros que opera el SOAT la indemnización por incapacidad permanente, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actúan como peritos en única instancia, pues contra sus dictámenes no proceden recursos ; y (ii) que en esos casos la solicitud de calificación ante la junta la presenta la compañía de seguros , quien además debe asumir los honorarios de aquella .

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

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

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

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

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



Mediante sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Quinta Civil-Familia Magistrada Sustanciadora: GUIOMAR PORRAS DEL VECCHIO Código. 08-001-31-53-013-2017-00149-03 Rad. Interno. 42686 Barranquilla, doce (12) de agosto de dos mil veinte (2020). Discutido y aprobado en Sala según acta N°. 053., en un caso similar, se manifestó que la prescripción aplicar es estos procesos es el artículo 1081 del código de Comercio, así:

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

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

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

> **DESCONOCIMIENTO DEL MATERIAL PROBATORIO APORTADO POR MI REPRESENTADA.**

El despacho al momento de emitir sentencia, al revisar cada una de las excepciones propuestas manifestó, que mi representada omitió aportar pruebas y que solo su dicho no era prueba suficiente para declararlas probadas, lo cual es contrario con la realizan, en el escrito de recurso de reposición y excepciones se presentaron pruebas de las objeciones presentadas, así como de sus anexos, los cuales fueron claramente desconocidos por el despacho, En conclusión, la falta de reconocimiento o valoración adecuada del material probatorio presentado por mi representada es un aspecto crítico que afecta negativamente el desarrollo justo y equitativo del proceso.

> **IMPROCEDENCIA DE INTERESES MORATORIOS.**

Se condeno a mi representada al pago de los mismos sobre el capital, que se afirma adeudado por mi representada, se deben reconocer unos intereses moratorios los cuales como explicaré son improcedentes, pues como se indicó en las excepciones precedentes, todas las acciones derivadas del SOAT se encuentran prescritas, y aunado a lo anterior un número importante se encuentran pagadas y otras reclamaciones fueron objetadas total o parcialmente, sin que exista obligación a cargo de la demandada, por lo que no puede hablarse de intereses moratorios.

Si la obligación principal no existe, bien sea porque está prescrita, pagada o no se acreditó el derecho reclamado, no es posible hablar de intereses moratorios. Y es que el Artículo 1.080 del Código de Comercio es claro al indicar que para que se causen los intereses moratorios es necesario que el asegurado acredite los requisitos del Artículo 1.077 ibidem; siniestro y cuantía; y como se indicó en la excepción denominada NO ACREDITACION DEL SINIESTRO Y DE LA CUANTIA CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO 38 DEL DECRETO 056 DEL 2015 Y EL ARTICULO 1077 DEL CODIGO DE COMERCIO, en gran parte de las obligaciones objeto de cobro, no se cumplió con este requisito, en las que se cumplió la obligación se extinguió por el pago



OMP
ABOGADOS

o en ambos casos puede darse que la acción derivada del contrato de seguro se encuentre extinta por el fenómeno de la prescripción.

Del señor Juez, atentamente,

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