



Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva

Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co

Neiva, enero diecinueve (19) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO : EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA
DEMANDANTE : CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DEMANDADO : SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
RADICACIÓN : 41-001-41-89-005-2019-00942-00

Una vez la parte actora acude a la tutela jurisdiccional efectiva en ejercicio de sus derechos y en defensa de sus intereses, siendo la oportunidad para ello, corresponde al despacho el proceso para dictar la sentencia escrita, de conformidad a lo ordenado conforme al art. 373 núm. 5 inciso 3 del CGP.

ANTECEDENTES

Por acta individual de reparto de fecha 05.12.2019 correspondió a este despacho el conocimiento del presente proceso, posteriormente mediante auto del 16.01.2020 se libró mandamiento ejecutivo de pago, el cual fue notificado al demandado el 28.02.2020.

EXCEPCIONES

Oportunamente el 13.03.2020 el demandado **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.** contestó la demanda y en el mismo escrito presentó excepciones, las cuales denominó primera **"INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN EN CABEZA DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.: AUSENCIA DE RECLAMACION DEBIDAMENTE CONFIGURADA POR PARTE DE LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA EN LOS TERMINOS DEL ARTICULO 1077 DEL C.CO. Y LAS NORMAS QUE REGULAN EL SOAT – FALTA DE DEMOSTRACION DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTIA DE LA PÉRDIDA"** segunda **"INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.: OBJECCIÓN SERIA Y FUNDADA A LAS "FACTURAS" PRESENTADAS POR LA SOCIEDAD DEMANDANTE" [A.) "MATERIALES O INSUMOS INCLUIDOS EN DERECHOS DE SALAS EN SUTURAS Y/ CURACIONES"; B.) "IMPERTINENCIA DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LESIONES Y HALLAZGOS"; C.) "COBRO DE HONORARIOS POR CONSULTA PRE ANESTÉSICA, CONSULTA PRE QUIRÚRGICA Y CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA AL ESTAR INCLUIDOS EN OTROS CONCEPTOS DEBIDAMENTE PAGADOS CONFORME LO DISPONE EL ARTICULO 75 Y 76 DEL DECRETO 2423 DE 1996" D.) "POR FALTA DE EVIDENCIA DE USO EFECTIVO O REALIZACIÓN EFECTIVA DEL PROCEDIMIENTO COBRADO" E.) "PAGO SEGÚN TARIFA SOTA LEGAL VIGENTE SEGÚN SOPORTES APORTADOS JUNTO CON LA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN" F.) "PROCEDIMIENTO QUE SE ENCUENTRA INCLUIDO EN ATENCIÓN BÁSICA DE URGENCIAS" G.) "A LA FECHA NO HAN SIDO DESVIRTUADAS LAS GLOSAS PRESENTADAS POR SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. – SE ENTIENDEN ACEPTADAS LA TOTALIDAD DE LAS GLOSAS POR NO HABER SIDO DESVIRTUADAS EN EL TÉRMINO SEÑALADO EN LAS NORMAS QUE REGULAN EL SOAT"** tercera **"INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN O RESPONSABILIDAD EN CABEZA DE SEGUROS**



Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva

Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co

GENERALES SURAMERICANA S.A. – AUSENCIA DE DERECHO DE LA PARTE DEMANDANTE Y CUMPLIMIENTO PLENO DE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. DE ACUERDO CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL CONTRATO DE SEGURO Y EN PARTICULAR EL SOAT” cuarta “PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO” y quinta “EXCEPCIÓN GENERICA”

Con relación a la primera exceptiva **““INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN EN CABEZA DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.: AUSENCIA DE RECLAMACION DEBIDAMENTE CONFIGURADA POR PARTE DE LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA EN LOS TERMINOS DEL ARTICULO 1077 DEL C.CO. Y LAS NORMAS QUE REGULAN EL SOAT – FALTA DE DEMOSTRACION DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTIA DE LA PÉRDIDA”** manifestó que se podrá afectar la póliza SOAT siempre que se pruebe el accidente de tránsito y la cuantía de los perjuicios causados por el mismo en los términos del artículo 1077 C. CO. y normas específicas que rigen el SOAT en Colombia. En éste caso no se probó.

En cuanto a la segunda excepción **“INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.: OBJECIÓN SERIA Y FUNDADA A LAS “FACTURAS” PRESENTADAS POR LA SOCIEDAD DEMANDANTE” [A.) “MATERIALES O INSUMOS INCLUIDOS EN DERECHOS DE SALAS EN SUTURAS Y/ CURACIONES”; B.) “IMPERTINENCIA DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LESIONES Y HALLAZGOS”; C.) “COBRO DE HONORARIOS POR CONSULTA PRE ANESTÉSICA, CONSULTA PRE QUIRÚRGICA Y CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA AL ESTAR INCLUIDOS EN OTROS CONCEPTOS DEBIDAMENTE PAGADOS CONFORME LO DISPONE EL ARTICULO 75 Y 76 DEL DECRETO 2423 DE 1996” D.) “POR FALTA DE EVIDENCIA DE USO EFECTIVO O REALIZACIÓN EFECTIVA DEL PROCEDIMIENTO COBRADO” E.) “PAGO SEGÚN TARIFA SOTA LEGAL VIGENTE SEGÚN SOPORTES APORTADOS JUNTO CON LA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN” F.) “PROCEDIMIENTO QUE SE ENCUENTRA INCLUIDO EN ATENCIÓN BÁSICA DE URGENCIAS” G.) “A LA FECHA NO HAN SIDO DESVIRTUADAS LAS GLOSAS PRESENTADAS POR SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. – SE ENTIENDEN ACEPTADAS LA TOTALIDAD DE LAS GLOSAS POR NO HABER SIDO DESVIRTUADAS EN EL TÉRMINO SEÑALADO EN LAS NORMAS QUE REGULAN EL SOAT”]** manifestó que la causa común para glosar las facturas es pretender el reconocimiento de valores por elementos o insumos sobre los cuales no hay reconocimiento económico o ya han sido incluidos en otros procedimientos ya facturados por lo que se hace improcedente su cobro.

De otro lado, la ausencia de soporte del procedimiento, insumo o elemento del cual pretende reclamar su valor, inexistencia de pertinencia del valor cobrado, por la patología de ingreso causada por el accidente de tránsito, cobro de consulta pre anestésica y pre quirúrgica sin sujetarse al par. 7 art. 48 Decreto 2423 de 1996; liquidación ajustada a la tarifa SOAT vigente al momento de la prestación del servicio médico quirúrgico; cobros por valores superiores a los precios de venta al público fijados por la autoridad competente; cobros injustificados y sin correspondencia con el



Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva

Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co

manejo dado al paciente; no constar soporte de lo cobrado, no evidenciarse uso efectivo del procedimiento o medicamento o no contener la orden médica lo requisitos mínimos para el cobro, entre otros.

A su vez resaltó que en su momento se indicó a la actora que la liquidación y pago en razón a lo cobrado había estado ajustada conforme a las tarifas SOAT vigente a la prestación del servicio médico quirúrgico, que es en efecto la aplicable al insumo o procedimiento cuyo cobro se pretende.

Con relación a la tercera excepción denominada **“INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN O RESPONSABILIDAD EN CABEZA DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. – AUSENCIA DE DERECHO DE LA PARTE DEMANDANTE Y CUMPLIMIENTO PLENO DE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. DE ACUERDO CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL CONTRATO DE SEGURO Y EN PARTICULAR EL SOAT”** indicó que la accionante no hizo una reclamación válida y de otro lado los títulos ejecutivos no reúnen los requisitos como tal, ni probó que la asistencia médica obedeció a accidentes de tránsito.

Tampoco probó el actor la existencia de saldos pues han sido pagadas conforme las normas vigentes y en su caso objetadas oportunamente ni desvirtuó las objeciones hecha por la demandada ni se dio cumplimiento al artículo 6 parágrafo 01 del Decreto 3990 de 2007 en armonía con el Decreto 056 de 2015.

“PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO” se denominó la cuarta exceptiva. En ella se alegó que la prescripción ordinaria indicada en el inciso 2 del artículo 1081 del C. CO. es de dos años contados desde que el “interesado” ha “tenido o debido tener” conocimiento del “hecho que da base a la acción”.

La prescripción del contrato de seguro resulta aplicable en casos como los realizados por las instituciones prestadores de salud y por ello la actora **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** contaba con dos años para ejercer las acciones derivadas del SOAT frente a la demandada, sin que así lo hiciera.

RÉPLICA

Corrido el traslado de las excepciones del demandado, la parte ejecutante **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** se pronunció mediante escrito haciendo referencia a las excepciones propuestas.

Con relación a la primera exceptiva **“INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN EN CABEZA DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.: AUSENCIA DE RECLAMACION DEBIDAMENTE**



Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva

Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co

CONFIGURADA POR PARTE DE LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA EN LOS TERMINOS DEL ARTICULO 1077 DEL C.CO. Y LAS NORMAS QUE REGULAN EL SOAT – FALTA DE DEMOSTRACION DE LA OCURENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTIA DE LA PÉRDIDA manifestó la actora que cumplió con todas las cargas impuesta por el Decreto 056 de 2015 compilado por el Decreto 780 de 2016 y con lo estipulado en el artículo 1077 del C.CO., tal y como consta en éste expediente (v.gr.; epicrisis, formato de declaración de siniestro, historia clínica, formulario FURIPS, las facturas indicativas de los valores a deber)

De otro lado se observa que el requisito de “acreditación de la ocurrencia del siniestro” no se encuentra contemplado en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015.

En cuanto a la segunda excepción **“INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.: OBJECIÓN SERIA Y FUNDADA A LAS “FACTURAS” PRESENTADAS POR LA SOCIEDAD DEMANDANTE” [A.) “MATERIALES O INSUMOS INCLUIDOS EN DERECHOS DE SALAS EN SUTURAS Y/ CURACIONES”; B.) “IMPERTINENCIA DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LESIONES Y HALLAZGOS”; C.) “COBRO DE HONORARIOS POR CONSULTA PRE ANESTÉSICA, CONSULTA PRE QUIRÚRGICA Y CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA AL ESTAR INCLUIDOS EN OTROS CONCEPTOS DEBIDAMENTE PAGADOS CONFORME LO DISPONE EL ARTICULO 75 Y 76 DEL DECRETO 2423 DE 1996” D.) “POR FALTA DE EVIDENCIA DE USO EFECTIVO O REALIZACIÓN EFECTIVA DEL PROCEDIMIENTO COBRADO” E.) “PAGO SEGÚN TARIFA SOTA LEGAL VIGENTE SEGÚN SOPORTES APORTADOS JUNTO CON LA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN” F.) “PROCEDIMIENTO QUE SE ENCUENTRA INCLUIDO EN ATENCIÓN BÁSICA DE URGENCIAS” G.) “A LA FECHA NO HAN SIDO DESVIRTUADAS LAS GLOSAS PRESENTADAS POR SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. – SE ENTIENDEN ACEPTADAS LA TOTALIDAD DE LAS GLOSAS POR NO HABER SIDO DESVIRTUADAS EN EL TÉRMINO SEÑALADO EN LAS NORMAS QUE REGULAN EL SOAT”]** manifestó la demandante que las 45 facturas presentadas para su pago, fueron glosadas por la parte demandada, cada una en un término muy superior a los tres (03) días hábiles posteriores a la radicación ante la aseguradora demandada de tal forma se deben considerar irrevocablemente aceptadas y no se debería tener en cuenta ninguna glosa por ser extemporánea.

Agrega que mediante sentencia 760 de 2008 “el concepto científico del médico tratante es el principal criterio para establecer si se requiere un servicio de salud” es decir, es quien determina la pertinencia médica.

Con relación a la tercera excepción denominada **“INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN O RESPONSABILIDAD EN CABEZA DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. – AUSENCIA DE DERECHO DE LA PARTE DEMANDANTE Y CUMPLIMIENTO PLENO DE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. DE ACUERDO CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL CONTRATO DE SEGURO Y EN PARTICULAR EL SOAT”** indicó la ejecutante que los documentos arrimados para su ejecución no son títulos ejecutivos complejos sino



Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva

Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co

títulos valores conforme a los artículos 621 y 772 del C.CO. y 617 del E.T. (Sentencia oral del 20 de febrero de 2018 dentro del ejecutivo propuesto por HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA en contra del HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA y LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. Radicado 2014-00418-01, M.P. MARÍA AMANDA NOGUERA DE VITERI. Ésta sentencia recogió los criterios indicados en la sentencia del H. Consejo de Estado radicada 20070009901 del 31 de agosto de 2015 C.P. MARIA E. GARCIA GONZALEZ y Sentencia del 30 de enero de 2014, expediente 2007-00210-01 C.P. MARIA E. GARCIA GONZALEZ.)

Agrega que los documentos son claros, expresos y exigibles (Art. 422 CGP).

De otro lado, el decreto 3990 d 2007 está derogado y por ello no es aplicable, pues es el Decreto 056 de 2015, compilado por el Decreto 780 de 2016, el aplicable en éste caso.

Sobre “**PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO**” la clínica accionante dijo que el H. Tribunal Superior de Neiva dispuso que el art. 1081 del C. de CO. no regla la prescripción de la obligación en estos casos pues lo único que reglamenta como emerge de la norma, es el plazo para la reclamación administrativa del pago de la indemnización por servicios medico quirúrgicas prestados, de tal suerte que el término en comento se rige por lo dispuesto por el Código del Comercio incluyendo lo aplicable por el artículo 774 del C. de Co. (Sentencia oral del 20 de febrero de 2018 dentro del ejecutivo propuesto por HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA en contra del HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA y LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. Radicado 2014-00418-01, M.P. MARÍA AMANDA NOGUERA DE VITERI. Ésta sentencia recogió los criterios indicados en la sentencia del H. Consejo de Estado radicada 20070009901 del 31 de agosto de 2015 C.P. MARIA E. GARCIA GONZALEZ y Sentencia del 30 de enero de 2014, expediente 2007-00210-01 C.P. MARIA E. GARCIA GONZALEZ.)

El mentado tribunal concluye en la sentencia mencionada que ante la ausencia de norma especial que ponga un término para la prescripción de estos títulos ejecutivos, se debe acudir al artículo 789 del C. del CO. que señala para la letra de cambio una prescripción de tres (03) años contados a partir de su vencimiento. Esta excepción no prospera.

PROBLEMA JURIDICO

El litigio a dilucidar se contrae a establecer si se encuentra reunidos los requisitos para dictar sentencia de fondo que permita seguir adelante con la ejecución en todas las facturas allegadas para su recaudo ejecutivo.



Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva

Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co

TESIS DEL DESPACHO

Considera el suscrito Juez que todas las obligaciones demandadas reúnen los requisitos establecidos en la normatividad aplicable al asunto sometido a estudio, esto es, el Decreto 056 del 14 de enero de 2015, compilado por el Decreto 780 de 2016, y demás normas del Código del Comercio para configurar un título valor, en especial desde los arts. 772 y ss.

CONSIDERACIONES

Encuentra el Despacho satisfechos los presupuestos jurídicos procesales requeridos por la ley para la conformación del litigio debido a que existe demanda en forma, capacidad jurídica de las partes para su legitimación, y ser el Despacho el competente para entrar a resolver la litis.

El proceso ejecutivo tiene, pues, como finalidad específica y esencial, asegurar que el titular de una relación jurídica que crea obligaciones pueda obtener, por medio de la intervención estatal, el cumplimiento de ellas, compeliendo al deudor a ejecutar la prestación a su cargo, si ello es posible, para todo lo cual siempre deberá tener presente que es el patrimonio del obligado el llamado a responder por sus obligaciones.

El artículo 619 del C.CO indica que los títulos-valores son documentos necesarios para legitimar el ejercicio del derecho literal y autónomo que en ellos se incorpora. Pueden ser de contenido crediticio, corporativos o de participación y de tradición o representativos de mercancías.

De conformidad con el artículo 422 del Código General del Proceso, se puede observar que el título ejecutivo contiene unas condiciones o requisitos de forma y de fondo, siendo los primeros “que se trate de documentos que (...) tengan autenticidad, que emanen de autoridad judicial, o de otra clase si la ley lo autoriza, o del propio ejecutado o causante cuando aquel sea heredero de este”¹ y los segundos, “que de esos documentos aparezca a favor del ejecutante o de su causante y a cargo del ejecutado o de su causante, una obligación clara expresa, exigible y además líquida o liquidable por simple operación aritmética si se trata de pagar una suma de dinero”².

Ahora, en relación con los requisitos de fondo del título ejecutivo, la doctrina³ ha señalado los siguientes: 1) Que la obligación sea expresa, 2) Que sea clara y, 3) Que sea exigible.

“(...) La obligación es expresa cuando aparece manifiesta de la redacción misma del contenido del título, sea que consista ésta en un solo documento o en varios que se complementen formando

¹ Devis Echandía, Hernando. El Proceso Civil, parte especial, 7ª edición 1991, Págs. 822 a 824.

² ib.

³ ib



Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva

Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co

una unidad jurídica. Faltaría este requisito cuando se pretenda deducir la obligación por razonamientos lógicos jurídicos, considerándola una consecuencia implícita o una interpretación personal indirecta.

Pero existen ciertas consecuencias del incumplimiento de la obligación expresa, que por consagrarlas la ley no hace falta que aparezcan en el título, como la de pagar intereses durante la mora al mismo que la misma ley consagra y la de indemnizar los perjuicios que por ese incumplimiento sufra la otra parte; esas consecuencias se deben considerar como parte de la obligación consignada en el título, aun cuando este no las mencione.

La obligación es clara cuando además de expresa aparece determinada en el título en cuanto a su naturaleza y sus elementos (objeto, termino o condición y si fuere el caso su valor líquido o liquidable por simple operación aritmética), en tal forma que de su lectura no quede duda seria respecto de su existencia y sus características.

Obligación exigible es la que debía cumplirse dentro de un término ya vencido, o cuando ocurriera una condición ya acaecida, o para la cual no se señaló termino y cuyo cumplimiento solo podía hacerse dentro de cierto tiempo, que ya transcurrió, y la que es pura y simple por no haberse sometido a plazo ni condición (Código Civil, artículos 1680 y 1536 a 1542). Por eso, cuando se trate de obligación condicional, debe acompañarse la plena prueba del cumplimiento de la condición.

Cuando la obligación no debía cumplirse necesariamente dentro de cierto tiempo, ni se estipulo plazo o condición, será exigible ejecutivamente en cualquier tiempo, a menos que la ley exija para el caso concreto la mora del deudor, pues entonces será indispensable requerirlo previamente, como dispone el ordinal 3º del artículo 1608 del código civil; es decir, salvo el caso de excepción mencionada (que la ley la exija) no se requiere la mora para que la obligación sea exigible y pueda cobrarse ejecutivamente, si el otro título reúne los otros requisitos".⁴

Ahora bien, en el caso objeto de estudio y examinado el expediente, tuvo el despacho la oportunidad de analizar las fechas de creación de las facturas, sus glosas y sus respectivas respuestas con el fin de analizar la exigibilidad de la obligación.

El Decreto 4747 de 2007, citado como norma a tener en cuenta en las excepciones presentadas por la demandada, no es aplicable, pues su finalidad es regular aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. El mismo decreto establece en el artículo 2º el campo de aplicación del mismo Decreto, siendo claro en establecer un requisito sine qua non cuál es el suscribir acuerdo de voluntades entre las partes siempre que le sea aplicable este decreto, para lo cual se debe cumplir con los términos establecidos en el mismo. Es de ahí que en el artículo 3 literal b muy claramente establece cuales son las entidades responsables de pago y las enuncia taxativamente: direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y administradoras de riesgos profesionales, no estando incluidas en ella las aseguradoras.

⁴ lb



Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva

Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co

Siendo así, la ejecutada, no es una entidad responsable del pago de servicios de salud sino una compañía aseguradora con autorización para explotar el ramo de seguro obligatorio de accidente de tránsito SOAT, teniendo en cuenta que la aseguradora al expedir la póliza SOAT, debe pagar solamente el evento asegurado (indemnización por concepto de gastos medico hospitalarios).

El decreto 4747 DE 2007, establece unos requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de acuerdo de voluntades para que se puedan prestar esos servicios de salud, los cuales se encuentran compilados en CAPITULO II "CONTRATACION ENTRE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD"

La anterior norma versa específicamente en un contrato entre partes, al punto que el parágrafo 3 del artículo 5 establece como requisitos mínimos la evidencia de dicho acuerdo entre las partes, lo cual es reafirmado por el artículo 6 y s.s.

De otro lado en el artículo 13 del decreto 4747, se encuentra establecido que debe mediar autorización por parte de la entidad responsable de pago para la atención del usuario, posterior a la atención inicial de urgencias.

En conclusión, dicho decreto no es aplicable ya que no media autorización entre las partes para la atención de los pacientes que han sufrido accidentes de tránsito. El fundamento legal esgrimido por la aseguradora ejecutada para la presentación de facturas y glosas son los artículos 21, 22 y 23 del decreto 4747 de 2007, no se puede aplicar a este caso.

Se trata entonces de un proceso ejecutivo, no es un proceso producto de un contrato de seguro, pues la clínica no lo suscribió ni lo tomó, ni es beneficiario (el beneficiario es el paciente) tal como se establece el numeral 2 del artículo 3 del decreto 056 de 2015. La clínica es un tercero que actúa por mandato legal, por lo tanto, le son inoponibles las normas aplicables a los contratos de seguro.

El Decreto 056 del 2015, previó en su artículo 46, la derogatoria del Decreto 3990 de 2007, base de las excepciones presentadas por lo que no se tendrá en cuenta como fundamento legal para este proceso.

En cuanto al cobro de las facturas de accidentes de tránsito, vía ejecutiva, que presentan objeciones o glosas al pago, no se encuentra regulado en el Decreto 056 de 2015 ni el 780 que lo compilo. Luego entonces debemos remitirnos al Código de Comercio, ya que estamos frente a títulos valores que están reglamentados en el Estatuto Mercantil.



Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva

Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co

Al realizar un análisis de la Ley 1438 de 2011, observamos que esta reformó el Sistema General De Seguridad Social En Salud y dicta otras disposiciones. Lo referente a la reforma del Sistema De Seguridad Social En Salud se refiere específicamente al sistema contributivo y subsidiado, estableciendo los diferentes modelos de contratación y su reglamentación entre las EPS y las IPS, para la atención, coberturas y pagos de las atenciones prestadas.

En ese orden de ideas, solo en el título 9. otras disposiciones, de esta Ley en su artículo 143 párrafo único, enuncian al seguro obligatorio indicando que en un término de seis (6) meses, se reglamentara, el sistema de reconocimiento y pago de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito SOAT, disminuyendo tramites, reduciendo los agentes intervinientes, racionalizando el proceso de pago y generando eficiencia y celeridad en el flujo de los recursos. De ahí que no se puede dar aplicación al artículo 57 de esta ley, para fijar el trámite de las glosas toda vez que este es aplicable solo y exclusivamente para las relaciones contractuales entre EPS y IPS sea contributivo o subsidiado ya sea en un modelo de contratación por capitación o por evento.

Por todo lo anterior, no es admisible la aplicación de una normatividad específica para la población en los regímenes contributivo y subsidiado, Ley 1438 de 2011, a una especial cual es el Decreto 056 de 2015, máxime que el mismo gobierno en su considerando así lo establece y por ende decreta la aplicación del Decreto 056 de 2015, para reglamentar las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago , ejecución de recursos y funcionamiento de la Subcuenta ECAT del FOSYGA armonizando su contenido con lo establecido en la Ley 1438 de 2011 y el Decreto Ley 019 de 2012, al igual que reglamentar dichas condiciones respecto del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT.

El artículo 36 del Decreto 056 de 2015, se relaciona con la verificación de requisitos, pero de la reclamación administrativa del pago que se presenta ante las aseguradoras. Es entonces cuando la aseguradora debe verificar y estudiar su procedencia, para lo cual deberán verificar i) la ocurrencia del hecho ii) Se debe tener acreditado la calidad de víctima o del beneficiario según sea el caso iii) La cuantía de la reclamación y iv) La presentación de la reclamación ante la aseguradora, dentro del término a que se refiere el Decreto 056 de 2015 en su artículo 41 que es de 2 años, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 81 del Código de Comercio.

Dentro de la información que existe en los anexos de la demanda, se acreditan todos los presupuestos sustanciales del artículo 36 del Decreto 056 de 2015 y lo estipulado en el artículo 1077 del Código de Comercio, tales como prueba del accidente, acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, daños corporales y la cuantía.



Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva

Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co

El artículo 38 del decreto 056 de 2015, no estipula termino para presentar glosas u objeciones, ni respuesta a estas, sobre las facturas de cobro del servicio prestado al accidentado que se hace a las aseguradoras. Ese artículo se relaciona con las reclamaciones para pago presentadas con cargo a la subcuenta ECAT del FOSYGA hoy ADRES, el responsable de este pago será el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL o quien este designe.

De otro lado, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Neiva, sala Tercera Civil Familia Laboral, en audiencia Oral No.68-18 L, de fecha 20 de febrero de 2018, radicación 41001-31-05-001-2014-00418-01, realizo el análisis a las facturas de prestación de servicios médicos o de salud a las víctimas de accidentes de tránsito, quien indica que ante la ausencia de norma especial que disponga un término para la prescripción de este título ejecutivo, advierte la Sala que se habrá de acudir al artículo 789 del Código de comercio que, señala que la letra de cambio – cuyos presupuestos aplican a las facturas – prescribe en tres (3) años contados a partir del día de su vencimiento.

Así mismo, debe indicarse que ni el Decreto 663, ni la ley 1438 de 2011, son aplicables en estos casos, puesto que debido a las insuficiencias de estas normatividades frente a la reglamentación en temas de accidentes de tránsito y SOAT, se vio el legislador en la necesidad de crear el Decreto 056 del 2015, con el fin de reglamentar lo referido a la cobertura de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas, razón por la cual es claro, que es el decreto 056 del 2015 hoy compilado por el Decreto 780 del 2016, el que debe aplicarse en estos casos.

El Decreto 4747 de 2007 regula algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud de la población a su cargo. Señala los requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, las condiciones que deben ser incluidas en tales acuerdos y las condiciones mínimas que se deben incluir en los mismos mediante el mecanismo de pago por capitación. Dicta disposiciones relacionadas con el proceso de atención de los usuarios, como la creación del sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage", de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios; de igual forma establece que el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, verificación que podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y solo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago este obligada a



Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva

Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co

entregarlo y el usuario lo porte. No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

Indica el artículo 1º de citado decreto, que su objeto es "regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo."

Así mismo, se establece que su ámbito de aplicación es a "los prestadores de servicios de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud."

Y que conforme al artículo 3º literal b, se tienen como entidades responsables del pago "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 profesionales."

Como se observa, en ninguna parte se hace alusión a aseguradoras, como entidad responsable del pago de servicios de salud de la población a su cargo. La anterior Situación ha sido ya manifestada en diversos conceptos, en los cuales se concluye lo siguiente:

*"Ahora bien, en relación con la consulta del epígrafe, el Decreto 4747 de 2007 dispone algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. En sus artículos 5 y 6, dicha norma consagra los requisitos y condiciones mínimas que se deben tener en cuenta para la suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de los servicios de salud, entre ellos, mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades y mecanismos para la solución de conflictos."*⁵(Negrilla y cursiva fuera de texto).

Se destaca que el citado Decreto hace referencia a los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud, con quienes se realiza un acuerdo de voluntades o contratos para la efectiva prestación de dichos servicios, sin embargo, la atención a pacientes por accidente de tránsito, se da en virtud a un mandato legal y no a un acuerdo de voluntades ente las partes. Así mismo, se tiene que, las aseguradoras no son entidades responsables de pago, sino una compañía autorizada para explotar el ramo de seguro obligatorio de accidente de tránsito SOAT.

Ahora bien, respecto a las entidades responsables del pago, en el artículo 2.5.3.4.3 del Decreto 780 de 2016, se ha identificado como entidades responsables del pago de servicios de salud: i) las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, ii) las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, iii) las entidades adaptadas, iv) las

⁵ Concepto Ministerio de salud, Supersalud. Consulta relacionada con la imposición y solución de glosas. Referencia: 1-2014-115523.



Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva

Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co

ARL y, v) Las entidades que administran regímenes especiales y de excepción, cuando suscriban acuerdos de voluntades con PSS a quienes les sea aplicable el 2.5.3.4.1 y subsiguientes del Decreto 780 de 2016. Al no encontrarse las compañías de seguros catalogadas como Entidades Responsables del Pago, no les es aplicable la normatividad relacionada por el apoderado de la parte demandada.

Expresa la Superintendencia de Salud: “Visto lo anterior, es del caso concluir que el marco normativo anteriormente transcrito no es aplicable a las compañías de seguros que expiden pólizas SOAT, en consecuencia, estas deben dar cabal cumplimiento a la normativa puntual que regula su actividad, que para el caso objeto de consulta son el Decreto 780 de 2016, compilatorio del Decreto 056 del 2015.”⁶ (Negrilla y cursiva fuera de texto).

Ahora bien, la ocurrencia del siniestro y la cuantía se probaron con los soportes adjuntos en cada una de las facturas allegadas a la aseguradora, conforme a los siguientes presupuestos: i) ocurrencia del siniestro: el cual se probó con la epicrisis, pues en este documento se indica la fecha en la cual sucedió el accidente de tránsito; ii) daños corporales: detallados en la historia clínica, documento en el cual consta la identificación de la persona que sufrió el accidente de tránsito y a la cual se le prestan los servicios de atención médica; indicándose igualmente en esta cuales fueron los daños corporales causado al paciente. anudado a esto mediante el FURIPS se realiza una narración de los hechos; iii) cuantía: la cual se puede determinar con la factura, en la cual se indica cuáles fueron los procedimientos realizados al paciente y cuál es el costo de cada uno de estos procedimientos.

En cuanto a las glosas hechas por la ejecutada, cada una fue presentada por fuera de término de acuerdo a lo expresado por el artículo 773 del Código de Comercio, modificado por el artículo 2 de la Ley 1231 de 2008 y posteriormente vuelto a modificar por el artículo 86 de la Ley 1676 de 2013⁷,

Así las cosas, hay que señalar que las 45 facturas presentadas para su pago, fueron glosadas por la parte demandada, cada una en un término muy superior a tres (3) días hábiles después de radicadas ante la aseguradora, de tal forma que estas facturas se deben considerar irrevocablemente aceptadas.

⁶ Concepto Ministerio de salud, Supersalud. Consulta relacionada con aplicación de las leyes, decretos, resoluciones del SGSSS a las aseguradoras del SOAT. Referencia: 1-2017-032388.

⁷ **ARTÍCULO 86.** Modifíquese el inciso 3o del artículo 2o de la Ley 1231 de 2008, el cual quedará así:

La factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si no reclamare en contra de su contenido, bien sea mediante devolución de la misma y de los documentos de despacho, según el caso, o bien mediante reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del título, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su recepción. En el evento en que el comprador o beneficiario del servicio no manifieste expresamente la aceptación o rechazo de la factura, y el vendedor o emisor pretenda endosarla, deberá dejar constancia de ese hecho en el título, la cual se entenderá efectuada bajo la gravedad de juramento.”



Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva

Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co

Se observa sin duda que las glosas fueron contestadas y no aceptadas por la ejecutante, no aceptación que fue informada a la aseguradora con sus debidos soportes, sin embargo, la aseguradora guardo silencio frente a la no aceptación, dándose por hecho que se levantaban las glosas y se aceptaban los fundamentos de la no aceptación.

Por todo lo anteriormente expuesto se concluye que los fundamentos de derecho esgrimidos por la parte demandada no son aplicables, no existe acuerdo de voluntades ni contratos entre las partes, ni documentos que lo soporten.

Suficientes son las anteriores consideraciones para tomar la decisión correspondiente para poner fin a la instancia.

Por lo expuesto, el JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA en nombre de la república de Colombia y por autoridad de la ley

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR NO PROBADAS las excepciones denominadas primera **“INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN EN CABEZA DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.: AUSENCIA DE RECLAMACION DEBIDAMENTE CONFIGURADA POR PARTE DE LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA EN LOS TERMINOS DEL ARTICULO 1077 DEL C.CO. Y LAS NORMAS QUE REGULAN EL SOAT – FALTA DE DEMOSTRACION DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTIA DE LA PÉRDIDA”** segunda **“INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.: OBJECCIÓN SERIA Y FUNDADA A LAS “FACTURAS” PRESENTADAS POR LA SOCIEDAD DEMANDANTE” [A.) “MATERIALES O INSUMOS INCLUIDOS EN DERECHOS DE SALAS EN SUTURAS Y/ CURACIONES”; B.) “IMPERTINENCIA DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LESIONES Y HALLAZGOS”; C.) “COBRO DE HONORARIOS POR CONSULTA PRE ANESTÉSICA, CONSULTA PRE QUIRÚRGICA Y CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA AL ESTAR INCLUIDOS EN OTROS CONCEPTOS DEBIDAMENTE PAGADOS CONFORME LO DISPONE EL ARTICULO 75 Y 76 DEL DECRETO 2423 DE 1996” D.) “POR FALTA DE EVIDENCIA DE USO EFECTIVO O REALIZACIÓN EFECTIVA DEL PROCEDIMIENTO COBRADO” E.) “PAGO SEGÚN TARIFA SOTA LEGAL VIGENTE SEGÚN SOPORTES APORTADOS JUNTO CON LA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN” F.) “PROCEDIMIENTO QUE SE ENCUENTRA INCLUIDO EN ATENCIÓN BÁSICA DE URGENCIAS” G.) “A LA FECHA NO HAN SIDO DESVIRTUADAS LAS GLOSAS PRESENTADAS POR SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. – SE ENTIENDEN ACEPTADAS LA TOTALIDAD DE LAS GLOSAS POR NO HABER SIDO DESVIRTUADAS EN EL TÉRMINO SEÑALADO EN LAS NORMAS QUE REGULAN EL SOAT”]** tercera **“INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN O RESPONSABILIDAD EN CABEZA DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. – AUSENCIA DE DERECHO DE LA PARTE DEMANDANTE Y CUMPLIMIENTO PLENO DE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. DE ACUERDO CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL CONTRATO DE SEGURO Y EN PARTICULAR EL SOAT”** cuarta



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva

Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co

“PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO” con base en las razones expuestas en esta providencia.

SEGUNDO: SEGUIR ADELANTE la presente ejecución conforme se dispuso en el mandamiento de pago de fecha 16 de enero de 2020.

TERCERO: ORDENAR la liquidación del crédito en la forma indicada en el artículo 446 del C.G.P.

QUINTO: CONDENAR en costas a la demandada **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.** e inclúyase como agencias en derecho la suma de **UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$1.500.000 MCTE)** de conformidad con el numeral 2 del artículo 365 del Código General del Proceso y del Acuerdo PSAA16-10554 del CSJ .

Notifíquese,

RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA

Juez

RAAP