WILCHES ABOGADOS

Señores
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA
Sala Sexta de Decisión Civil Familia
M.S. Dra. Sonia Esther Rodríguez Noriega
Despacho

Radicado:	44.416 (08001315300120180027202)
Referencia:	Ejecutivo 2018-00272-02 (Demanda principal y acumuladas)
Demandante:	Clínica La Victoria S.A.S.
Demandado:	La Previsora S.A. Compañía de Seguros

SIGIFREDO WILCHES BORNACELLI, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Barranquilla, identificado con la cédula de ciudadanía número 72.205.760 de Barranquilla y Tarjeta profesional 100.155 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi condición de apoderado especial de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, estando dentro de la oportunidad legal para ello me permito sustentar el recurso de apelación presentado en contra de la sentencia emitida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Barranquilla de fecha 22 de agosto de 2022, de conformidad con lo siguiente:

Las razones de inconformidad contra la providencia recurrida son las siguientes:

1. **En primer lugar, discrepamos de la conclusión a la que arriba el despacho al considerar que el presente caso (demanda principal y acumulados) debe analizarse bajo las normas de la acción cambiaria.**

El cobro de las facturas derivadas de la prestación de servicios de salud correspondientes al Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT), se encuentran reguladas por una normatividad especial.

Así las cosas, las facturas por prestación de servicios de salud no ostentan la calidad de títulos valores autónomos, puesto que las mismas se regulan por disposiciones especiales que le son aplicables.

Dado que en el presente proceso se pretende el cobro de indemnizaciones por la prestación de servicios de salud a pacientes amparados por el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT), debe tenerse en cuenta que este está regulada por el Código de Comercio, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el Decreto 056 de 2015 incorporado en el Decreto 780 de 2016, por medio del cual se expidió el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que establece, entre otros aspectos, las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y

gastos derivados de accidentes de tránsito por parte de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

Esta amplia normatividad da cuenta de los requisitos necesarios para integrar un título ejecutivo complejo, ya que demanda que venga aparejado de un conjunto de documentos, los cuales le permiten evidenciar al Juez si constituyen prueba idónea de una obligación clara, expresa y actualmente exigible.

Ahora bien, se debe tener en cuenta que en cada uno de los procesos (demanda principal como acumulados) no se cumplió con los presupuestos para librar mandamiento de pago y mucho menos para ordenar seguir adelante la ejecución, pues para integrar el título se debieron adjuntar los soportes que legalmente se deben presentar ante la aseguradora para obtener el pago de los servicios a cargo del SOAT.

Al respecto el decreto 780 de 2016 señala en su artículo 2.6.1.4.3.12:

> *"…*
>
> *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…".*** *(Las negrillas son nuestras).*

Por su parte el artículo 1077 del Código de Comercio dispone:

> *"Corresponderá al asegurado demostrar* ***la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida****, si fuere el caso.*
>
> *El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad" (Las negrillas son nuestras).*

Armonizando las normas reseñadas, se concluye que el legislador exigió como presupuesto para obtener el pago de la indemnización por este seguro, que el beneficiario (en este caso la IPS) acredite su derecho, lo cual supone la comprobación de la realización del riesgo asegurado y la cuantía de los perjuicios.

Por su parte, los artículos 2.6.1.4.2.20 y 2.6.1.4.3.3 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (780 de 2016), con respecto a los documentos exigidos para soportar la respectiva reclamación precisó lo siguiente:

> ***"Artículo 2.6.1.4.2.20. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud.*** *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 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

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

3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas:

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

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

3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.

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

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

…

***Artículo 2.6.1.4.3.3. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de la indemnización por gastos de transporte al centro asistencial**. Para radicar la solicitud de indemnización de que trata el artículo 2.6.1.4.2.15 del presente decreto, los reclamantes deberán radicar ante la aseguradora o ante el Ministerio de Salud y*

Protección Social o quien este designe, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social Ministerio de Salud y Protección Social debidamente diligenciado. Dicho formulario deberá estar suscrito por la persona designada por la institución prestadora de servicios de salud, para el trámite de admisiones.

2. Copia de la cédula de ciudadanía del reclamante.

3. Cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia, copia de la factura."

En este orden de ideas, si la parte demandante ejerció la acción ejecutiva con fundamento en unas facturas por servicios prestados en salud, las mismas se rigen por normas de carácter especial, que establecen requisitos totalmente ajenos al estatuto mercantil, normas que se ocupan de los anexos, términos de presentación, glosas y condiciones de pago.

En este sentido y de acuerdo a la normatividad citada, es claro que nos encontramos ante un título ejecutivo complejo. Por lo tanto, no basta con que la parte demandante presente las facturas para su cobro, sino que es indispensable que con ellas se aporten los documentos necesarios que prueben la ocurrencia y cuantía del siniestro por el cual se reclaman los servicios prestados.

Con respecto a la demanda principal (Clínica La Victoria) y los acumulados 3 y 4 (Dumian Medical), la parte ejecutante solo relacionó y aportó las facturas de venta correspondientes al Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT), sin allegar los demás soportes requeridos por las normas especiales que regulan este tipo de cobro (decreto 780 de 2016), esto es:

a. El formulario de reclamación de servicios de salud que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Socialdel Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado.

b. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención.

c. La factura o documento equivalente del proveedor de la IPS cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis.

d. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social Ministerio de Salud y Protección Social debidamente diligenciado cuando se

reclamen gastos de transporte.

e. Copia de la respectiva factura, cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia.

En la demanda acumulada # 5 (Fundación Clínica del Norte) la parte actora no presentó la totalidad de los documentos exigidos por el Decreto 780 de 2016, que permitan configurar un título ejecutivo complejo, tales como:

a. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención.

b. La factura o documento equivalente del proveedor de la IPS cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis.

c. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social Ministerio de Salud y Protección Social debidamente diligenciado cuando se reclamen gastos de transporte.

d. Copia de la respectiva factura, cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia.

En este sentido puede corroborarse que para el caso concreto, los ejecutantes no aportaron con la reclamación los documentos necesarios que dan cuenta de la ocurrencia del siniestro, exigidos por la ley para que pueda constituirse el título ejecutivo complejo.

En este punto me permito precisar que la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia[1], ha determinado que de conformidad con el artículo 228 de la Constitución Política Nacional y los artículos 4, 11 y numeral 2 del artículo 42 del C.G.P., los operadores judiciales tienen la potestad-deber de revisar aún de oficio el título ejecutivo a la hora de dictar sentencia, ya sea esta de única, primera o segunda instancia.

Así las cosas, el juzgador de primera instancia debió realizar nuevamente el análisis del título ejecutivo a la luz de la normatividad especial que regula la materia, y así entrar a determinar que las facturas objeto del presente proceso no cumplen con las exigencias legales para ser tenidas como un título.

En relación con el tema planteado, el Tribunal Superior de Barranquilla - Sala Primera de Decisión Civil Familia, mediante sentencia de fecha 17 de febrero

[1] Entre ellas la CSJ STC18432-2016, 15 dic. 2016, rad. 2016-00440-01; CSJ STC14164-2017, 11 sep., rad. 2017-00358-01; y CSJ STC 8 nov. 2012, rad. 2012-02414-00

de 2021, M. P. Alfredo de Jesús Castilla Torres, expediente 08001-31-53-005-2017-00343-02, consideró:

> *"En el caso bajo estudio, nos encontramos frente a la ejecución de una institución prestadora de servicios de salud (Clínica de Fracturas Centro de Ortopedia y Traumatología S.A.) ante una aseguradora (Compañía Mundial de Seguros S.A.), derivada de las coberturas de pólizas del Seguro Obligatorio de Daños Corporales causados a las Personas en Accidentes de Tránsito – SOAT. En ese orden de ideas, es necesario destacar que la aseguradora ejecutada; Primero, no es una Entidad Prestadora de Salud (EPS) es decir, no es genéricamente responsable del pago de servicios de salud. Y segundo, no se trata de cualquier tipo de prestación de servicios de urgencia, sino del reclamo a una aseguradora por los costos generados en ocasión de la cobertura de las pólizas, expedidas por esta misma para cubrir el riesgo de la atención medica por lesiones causados en Accidentes de Tránsito.*
>
> *Corolario de lo expuesto, no estamos en presencia de "aspectos formales de redacción" de los documentos aportados como títulos de recaudo ejecutivo, sino de un aspecto de derecho sustancial de que no pueden aplicarse para resolver la presente controversia las normas de carácter general que se aplican a las ventas y servicios que no tengan una norma especial que los regule. Así como tampoco, las normas especiales que regulan el pago de las EPS a las IPS, de facturas por concepto de atención de emergencias dentro del marco general del Sistema de Seguridad Social en Salud. En ese sentido, habrá lugar a darle aplicación a las normas especiales que regulan tal actividad dentro del marco específico del régimen del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, como lo son:*
>
> • *Decreto 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero:*
> *…*
>
> *El Decreto 56 de 2015 (publicado en el Diario Oficial No. 49.394 de 14 de enero de 2015 y vigente desde esa fecha) Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT:*

Artículo 26. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud.

…

Analizadas estas disposiciones, se advierte que en ellas se reitera la naturaleza de contrato de seguro del SOAT, que se le aplican las reglas particulares de este tipo de contratos, y que con relación a las "reclamaciones" que deben efectuar las IPS ante las aseguradoras en aras de obtener el pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, señalan que documentos deben ser anexados a tales reclamaciones, y en qué condiciones las mismas podrán prestar mérito ejecutivo.

Así pues, para el pretendido 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 ésta, acreditar que en forma oportuna presentó a la aseguradora la "reclamación" correspondiente, con el acompañamiento de toda la documentación requerida para acreditar la ocurrencia del suceso y su cuantía, e 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.

En ese sentido, la Clínica de Fracturas Centro de Ortopedia y Traumatología S.A., podía darle a su "reclamación" el formato de factura, empero ella no siendo un "título valor" debía cumplir las normas y reglas de derecho sustancial antes de indicada de ser acompañada con los anexos que acreditaran la existencia y valor del siniestro ante la Compañía de Seguros. Para que con la acreditación de que se trata de "una reclamación completa", pudieran contarse los términos correspondientes ante la Aseguradora y así constituirse el titulo ejecutivo complejo que resulta necesario que el Juez valore para poder ordenar la ejecución solicitada.

Los documentos allegados a la demanda como títulos de recaudo ejecutivo, "facturas", aun tienen en blanco el espacio que se les diseñó para recaudar la firma del paciente que es la persona que pude acreditar que el "servicio fue prestado" y no tienen ninguna constancia de que en el momento, de su alegada entrega a la Aseguradora hubieran estado acompañadas por los respectivos anexos, y si bien se reformó la demanda para "incluir esos anexos", esta nueva documentación tampoco acredita que fue entregada simultáneamente a la Aseguradora con las facturas.

> *Así las cosas, no era del caso el entrar a averiguar si la aseguradora devolvió, objetó o glosó las facturas dentro de los plazos establecidos por la Ley, por el contrario, no debió librarse mandamiento de pago, puesto que al no acompañarse las facturas aportadas con los documentos exigidos en la normatividad antes citada, no es posible determinar los precisos parámetros de las obligaciones o su exigibilidad, motivo por el cual, estas facturas por sí solas no cumplen con las exigencias legales de "reclamación completa" para poder ser consideradas títulos de recaudo ejecutivo; en este caso título complejo.*
>
> *En consecuencia, se decide no seguir adelante la ejecución, por lo que se abstendrá esta Sala de Decisión de pronunciarse respecto de los otros argumentos de los recurrentes. Procediendo a revocar la decisión de primera instancia."*

De lo expuesto en precedencia se colige que, en efecto, las mencionadas facturas no cumplen con los requisitos formales que la normativa especial impone.

En conclusión, los documentos aportados con la demanda principal como en cada una de las demandas acumuladas no cumplen con los requisitos legales que permitan demostrar la existencia de una obligación a cargo de La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

2. **Aplicación indebida del término de prescripción, toda vez que el que opera en este caso es el señalado para el contrato de seguro por expresa remisión de la norma especial (artículo 1081 del Código de Comercio) y no el de la acción cambiaria.**

Tal como se expuso en líneas precedentes, el cobro de la prestación de servicios de salud brindados a pacientes atendidos con ocasión del acaecimiento de accidentes de tránsito, debe estudiarse a partir de la normativa especializada, esto es, de conformidad con las disposiciones que se han expedido para el mencionado cobro.

Por ello, en el marco de dicha reglamentación, se establece un término para presentar la respectiva reclamación para el cobro de dichos servicios, es decir, una carga establecida en cabeza de los prestadores de servicio de salud cuya omisión conlleva a la prescripción de la solicitud, y su observancia permite garantizar la seguridad jurídica a las partes.

Así, para el caso que nos ocupa, en el artículo 11 del Decreto 56 de 2015 compilado en el artículo *2.6.1.4.2.5.* del Decreto 780 de 2016, se dispone lo siguiente:

Término para presentar las reclamaciones. Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:

a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, dentro del año siguiente a la fecha en la que se prestó el servicio o a la del egreso de la víctima de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, con ocasión de la atención médica que se le haya prestado;

b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio" (Subrayas y negrillas fuera del texto original).

En igual sentido se establece frente a las condiciones generales del SOAT lo siguiente:

"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.

(...)" (Subrayas fuera del texto).

Es de observar que por remisión expresa de la norma citada, se establecen como aplicables a este seguro las disposiciones que regulan dicho contrato en el Código de Comercio, ordenamiento que consagra un régimen especial de prescripción de acciones en materia de seguros.

Sobre el particular, el inciso segundo del artículo 1081 del Código de Comercio, refiriéndose a la prescripción en materia del contrato de seguro establece:

"Art. 1081.- La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

> *<u>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.</u>*
>
> *La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*
>
> *Estos términos no pueden ser modificados por las partes."*
> (Las subrayas son nuestras).

En consecuencia, el término prescriptivo de las reclamaciones que formulen los prestadores de servicios de salud ante las aseguradoras derivadas de las coberturas del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (SOAT), por expresa remisión, es el establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contabilizándose de conformidad a lo señalado en los numerales 1.1. al 1.4 del artículo 2.6.1.4.4.1. del Decreto 780 de 2016 transcritos anteriormente, es decir, a partir de que la víctima recibió la atención médica en la IPS o egresó de la institución.

Lo anterior en atención a que es a partir de la fecha de prestación de los servicios médicos, en que la IPS tiene conocimiento del hecho que da base a la acción.

Frente a este tema, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, Sala Quinta Civil-Familia[2] indicó lo siguiente:

> *"**A propósito de esa acción de reclamación, se recuerda que viene determinada por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, que en el numeral 4to de su artículo 195, otorga a los establecimientos hospitalarios o clínicos y a las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente.***
>
> ***Presupuesto que permite colegir, que en el caso de la prestación de servicios de salud en virtud del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, las normas aplicables resultan entonces el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Código de Comercio en lo relativo al contrato de transporte terrestre, por remisión expresa del primero, además, entre otros, del Decreto 056 de 2015, invocado en primera instancia, por medio del cual se reglamentó el pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, por parte de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.***

[2] Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Quinta Civil- sentencia de fecha 12 de agosto de 2020. Magistrada Sustanciadora: Guiomar Porras Del Vecchio Código. 08-001-31-53-013-2017-00149-03 Rad. Interno. 42686

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

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

Mas adelante considera:

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

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

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

Sin embargo, con la expedición del Código General del Proceso, tal percepción cambió, habida cuenta que su artículo 94, también permitió que obrara la interrupción de la prescripción "por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor", por una sola vez.

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

Es decir, que lo exigido por las normas, según dicta la hermenéutica, es que no transcurran más de dos años, entre la ocurrencia del siniestro,

que en este caso se confunde con la prestación del servicio, y la reclamación con base en la póliza, ni entre esta última y la demanda."

Ahora bien y no obstante habernos referido en los reparos hasta ahora presentados a la sentencia de manera integral, es decir, abordando las inconformidades que de forma unificada tenemos frente a la demanda principal y cada uno de los acumulados, procederemos a puntualizar los siguiente:

- Demanda principal (Clínica La Victoria S.A.)

La demanda fue presentada el día 23 de noviembre de 2018.

De conformidad a los documentos que reposan en el proceso se puede evidenciar que las fechas de atención o prestación de los servicios médicos de salud brindados a aquellas personas víctimas de un accidente de tránsito datan de los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018. De igual forma se evidencia que la radicación de estas facturas para su cobro ante la compañía se dio en los años ya mencionados, lo que nos demuestra muy claramente que desde la fecha de atención del paciente y hasta la presentación de la presente demanda habían transcurrido más de dos años, por lo que el término establecido en el artículo 1081 del código de comercio se encuentra ampliamente superado, configurando así el fenómeno de la prescripción para las siguientes facturas:

Clínica La Victoria Facturas prescritas desde atención paciente.xlsx

Ahora bien, aún si en gracia de discusión, se considera que la fecha de presentación de un requerimiento escrito por parte de la IPS Clínica La Victoria S.A. a la aseguradora conlleva a que se vea interrumpido el término prescriptivo de la obligación reclamada y que, en consecuencia, se reinicie la contabilización de dicho término de conformidad al artículo 94 del CGP, de igual forma estarían prescritas aquellas facturas presentadas para su pago ante La Previsora S.A Compañía de Seguros antes del 23 de noviembre de 2016, en atención a que a la fecha de radicación de la demanda ya habían transcurrido los dos años a los que hace alusión el artículo 1081 del Código de Comercio.

- Demanda Acumulada # 1 y 2 (Tecnología Diagnóstica del Sur)

La demanda fue presentada el día 8 de febrero de 2019.

De conformidad a los documentos que reposan en el proceso se puede evidenciar que las fechas de atención o prestación de los servicios médicos de salud brindados a aquellas personas víctimas de un accidente de tránsito datan de los años 2016, 2017 y 2018. De igual forma se evidencia que la radicación de estas facturas para su cobro ante la compañía se dio en los años ya mencionados, lo que nos demuestra muy claramente que desde la fecha de atención del paciente y hasta la presentación de la presente demanda habían transcurrido más de dos años, por lo que el término establecido en el artículo

1081 del código de comercio se encuentra ampliamente superado, configurando así el fenómeno de la prescripción para las siguientes facturas:

Acumulados 1 y 2 (Tecnología Diagnostica del sur) Facturas prescritas desde atención del paciente.xlsx

Ahora bien, aún si en gracia de discusión se considera que la fecha de presentación de un requerimiento escrito por parte de la Tecnología Diagnóstica del Sur a la aseguradora conlleva a que se vea interrumpido el término prescriptivo de la obligación reclamada y que, en consecuencia, se reinicie la contabilización de dicho término de conformidad al artículo 94 del CGP, de igual forma estarían prescritas aquellas facturas presentadas para su pago ante La Previsora S.A Compañía de Seguros antes del 8 de febrero de 2017, en atención a que a la fecha de radicación de la demanda ya habían transcurrido los dos años a los que hace alusión el artículo 1081 del Código de Comercio.

- Demanda Acumulada # 4 (Dumian Medical S.A.S.)

La demanda fue presentada el día 6 de mayo de 2019.

De conformidad a los documentos que reposan en el proceso se puede evidenciar que las fechas de atención o prestación de los servicios médicos de salud brindados a aquellas personas víctimas de un accidente de tránsito datan de los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018. De igual forma se evidencia que la radicación de estas facturas para su cobro ante la compañía se dio en los años ya mencionados, lo que nos demuestra muy claramente que desde la fecha de atención del paciente y hasta la presentación de la presente demanda habían transcurrido más de dos años, por lo que el término establecido en el artículo 1081 del código de comercio se encuentra ampliamente superado, configurando así el fenómeno de la prescripción para las siguientes facturas:

Acumulado 4 (Dumian) Facturas prescritas desde atención paciente.xlsx

Ahora bien, aún si en gracia de discusión se considera que la fecha de presentación de un requerimiento escrito por parte de Dumian Medical S.A.S. a la aseguradora conlleva a que se vea interrumpido el término prescriptivo de la obligación reclamada y que, en consecuencia, se reinicie la contabilización de dicho término de conformidad al artículo 94 del CGP, de igual forma estarían prescritas aquellas facturas presentadas para su pago ante La Previsora S.A Compañía de Seguros antes del 6 de mayo de 2017, en atención a que a la fecha de radicación de la demanda ya habían transcurrido los dos años a los que hace alusión el artículo 1081 del Código de Comercio.

- Demanda Acumulada # 5 (Fundación Clínica del Norte)

La demanda fue presentada el día 8 de mayo de 2019.

De conformidad a los documentos que reposan en el proceso se puede evidenciar que las fechas de atención o prestación de los servicios médicos de salud brindados a aquellas personas víctimas de un accidente de tránsito datan de los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018. De igual forma se evidencia que la radicación de estas facturas para su cobro ante la compañía se dio en los años ya mencionados, lo que nos demuestra muy claramente que desde la fecha de atención del paciente y hasta la presentación de la presente demanda habían transcurrido más de dos años, por lo que el término establecido en el artículo 1081 del código de comercio se encuentra ampliamente superado, configurando así el fenómeno de la prescripción para las siguientes facturas:

Acumulado 5 (Fundación Clínica del Norte) Facturas prescritas desde atención paciente.xlsx

Ahora bien, aún si en gracia de discusión se considera que la fecha de presentación de un requerimiento escrito por parte de Fundación Clínica del Norte a la aseguradora conlleva a que se vea interrumpido el término prescriptivo de la obligación reclamada y que, en consecuencia, se reinicie la contabilización de dicho término de conformidad al artículo 94 del CGP, de igual forma estarían prescritas aquellas facturas presentadas para su pago ante La Previsora S.A Compañía de Seguros antes del 8 de mayo de 2017, en atención a que a la fecha de radicación de la demanda ya habían transcurrido los dos años a los que hace alusión el artículo 1081 del Código de Comercio.

- Demanda Acumulada # 6 Corporación de Servicios Médicos Internacionales Themy y CIA

La demanda fue presentada el día 8 de mayo de 2019.

De conformidad a los documentos que reposan en el proceso se puede evidenciar que las fechas de atención o prestación de los servicios médicos de salud brindados a aquellas personas víctimas de un accidente de tránsito datan de los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017. De igual forma se evidencia que la radicación de estas facturas para su cobro ante la compañía se dio en los años ya mencionados, lo que nos demuestra muy claramente que desde la fecha de atención del paciente y hasta la presentación de la presente demanda habían transcurrido más de dos años, por lo que el término establecido en el artículo 1081 del código de comercio se encuentra ampliamente superado, configurando así el fenómeno de la prescripción para las siguientes facturas:

Acumulado 6 (Cosmitet) Facturas prescritas desde atención paciente.xlsx

Ahora bien, aún si en gracia de discusión, se considera que la fecha de presentación de un requerimiento escrito por parte de Corporación de Servicios Médicos Internacionales Themy y CIA a la aseguradora conlleva a que se vea interrumpido el término prescriptivo de la obligación reclamada y que, en consecuencia, se reinicie la contabilización de dicho término de conformidad al

artículo 94 del CGP, de igual forma estarían prescritas aquellas facturas presentadas para su pago ante La Previsora S.A Compañía de Seguros antes del 8 de mayo de 2017, en atención a que a la fecha de radicación de la demanda ya habían transcurrido los dos años a los que hace alusión el artículo 1081 del Código de Comercio.

Es claro que en cada uno de los procesos ejecutivos que ocupa nuestra atención, se configuró la prescripción ordinaria del contrato de seguros para gran parte de las reclamaciones que pretende cada una de las sociedades ejecutantes y así deberá declararlo el superior jerárquico en la sentencia de segunda instancia.

3. **Las reclamaciones presentadas ante La Previsora S.A. Compañía de Seguros no se realizaron en debida forma por lo que no le asiste obligación al respecto:**

Una vez se analizaron los documentos aportados con las facturas objeto del presente recurso, se encontraron varias inconformidades que afectaron en forma total o parcial las mismas, siendo presentadas por mi representada de manera oportuna las glosas u objeciones a cada una de ellas, indicando para cada caso en concreto los conceptos con base en la codificación y el alcance definido en el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuesta[3].

En este documento se establecen 8 códigos de conceptos de glosa o devolución general: facturación, tarifas, soportes, autorización, cobertura, pertinencia, devoluciones y respuesta a devoluciones o glosas.[4]

Con respecto a los conceptos generales establece:

Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
Tarifas	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
Soportes	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

[3] Anexo Técnico No. 6 Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas Unificación. Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009
[4] ibidem

Autorización	Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.
Cobertura	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
Pertinencia	Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia IPS Clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.
Devoluciones	Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal.

	La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.
Respuestas a glosas o devoluciones	Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

Teniendo en cuenta lo expuesto en precedencia, es evidente que todas las objeciones presentadas por mi representada se basaron en fundamentos legales, puesto que se logró evidenciar en las reclamaciones presentadas a mi poderdante la ausencia de justificación médica en los procedimientos o servicios prestados a las personas atendidas por cada una de las IPS demandantes o que las mismas se presentaron sin la totalidad de los documentos requeridos para tal fin.

Dichas glosas y reparos a las facturas objeto de cobro, no fue tenida en cuenta por el juzgador de instancia al ordenar seguir adelante la ejecución.

Así las cosas, al no acreditar las IPS demandantes su derecho al momento de la reclamación ante mi representada, esto es, la ocurrencia del siniestro y su cuantía, en esta instancia judicial no es dable condenarla al pago de las facturas objeto de reparo y así deberá ser declarado por el *ad quem*.

4. **La omisión en la que recae el despacho al no tener en consideración los soportes que acreditan los pagos realizados por mi representada para alguna de las facturas objeto del presente debate a favor de los ejecutantes.**

Al respecto, me permito traer a colación el articulo el Artículo 1625 del Código Civil el cual reza:

> ***Artículo 1625. Modos de extinción.*** *Toda obligación puede extinguirse por una convención en que las partes interesadas, siendo capaces de disponer libremente de lo suyo, consientan en darla por nula.*
>
> ***Las obligaciones se extinguen además en todo o en parte:***
>
> ***1o.) Por la solución o pago efectivo.***
>
> *...”* (Negrillas fuera del texto original).

Mi representada no adeuda las sumas pretendidas en la demanda toda vez que mi representada efectuó pagos a cada una de las ejecutantes, así:

- Demanda Acumulada # 3 (Dumian Medical S.A.S.) por valor de SESENTA Y UN MILLONES DOCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS ($61.012.639) correspondiente a cada una de las facturas que relaciono a continuación:

No. Factura	Número Radicado (Previsora)	Fecha Pago (dd/mm/aaaa)	Número Orden Pago	Valor pago
197771	N802014524862	30/10/2014	210139710	$ 89.966
259681	N802015627765	30/10/2015	210158592	$ 710.084
30553	N802013172262	30/05/2013	210119253	$ 235.050
25522	N802013161421	2/05/2013	210117156	$ 41.532
25523	R802013217855	7/03/2013	210115167-210122442	$ 2.960.747
13538	N8020120630125	20/11/2012	210110531	$ 14.586.056
185982	R3320150825125	25/09/2014	210138180	$ 15.192.143
227848	N8020145333027	31/10/2014	210139809	$ 2.730.410
223619	C802016741083	21/11/2016	210189535	$ 8.927
240700	N8020145407525	24/12/2014	210141135	$ 2.522.137
182022	N802014487095	25/09/2014	210138180	$ 170.944
183143	R332015073629	25/09/2014	210138180	$ 353.134
192811	R3320150736213	25/09/2014	210138180	$ 3.387.418
170091	N8020144870932	25/09/2014	210138180	$ 74.250
180277	N8020144870938	25/09/2014	210138180	$ 230.521
170883	R332015073627	25/09/2014	210138180	$ 205.579
161583	N802014487276	25/09/2014	210138180	$ 598.203
157856	N802014487275	25/09/2014	210138180	$ 573.168
147947	N802014487272	25/09/2014	210138180	$ 74.250
162768	N802014487279	25/09/2014	210138180	$ 1.924.709
192733	N8020145101122	31/10/2014	210139809	$ 9.928.781
183623	N8020145101120	30/10/2014	210139710	$ 82.627
195816	N8020145101124	31/10/2014	210139809	$ 619.730
209721	N8020145101128	31/10/2014	210139809	$ 748.104
181489	N8020145101119	30/10/2014	210139710	$ 89.240
219991	R332015073623	11/11/2015	210159798	$ 149.538
229484	N802015627672	26/10/2015	210157507	$ 342.092
229709	N802015627674	26/10/2015	210157507	$ 208.680
256793	N3220140329413	30/08/2016	210184999	$ 451.543
2735	N702011838022	14/12/2011	210091604	$ 1.317.900
1201	R702010487562	13/08/2010	210062810	$ 405.176
			TOTAL	$ 61.012.639

- Demanda Acumulada # 4 (Dumian Medical S.A.S.) por valor de DOSCIENTOS TREINTA MILLONES ONCE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS ($230.011.275), correspondiente a cada una de las facturas que relaciono nel el siguiente enlace:

Facturas pagos acumulado # 4 (Cosmitet).xlsx

- Demanda Acumulada # 5 (Fundación Clínica del Norte) por valor de DOSCIENTOS CATORCE MILLONES SETECIENTOS VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS ($214.725.652) correspondiente a cada una de las facturas que relaciono a continuación:

No. Factura	Número Radicado (Previsora)	Fecha Pago (dd/mm/aaaa)	Número Orden Pago	Valor pago
132797	N322015058339	19/06/2015	210146737	$ 14.797.807
139027	N3220150646112	30/06/2015	210146786	$ 16.442.105
149760	N3220151136229	24/06/2015	210146917	$ 37.200
156601	N3320150109823	4/09/2015	210150935	$ 626.114
159985	R102019188711	4/09/2015	210150935	$ 7.805.659
165371	R102019188781	7/09/2015	210151265	$ 934.711
167652	N332015025167	7/09/2015	210151265	$ 6.857.868
170194	N3320150251622	7/09/2015	210151265	$ 6.263.048
184656	N3320150715914	23/11/2015	210161290	$ 2.882.543
187120	N3320150715927	11/11/2015	210160125	$ 4.525.002
200709	N3320151103425	10/03/2016	210171623	$ 69.100
205435	N332016127906	12/02/2016	210169243	$ 3.394.959
211416	N3320161279011	12/02/2016	210169243	$ 15.313.733
205929	N3320161278913	1/03/2016	210170649	$ 681.092
207932	N3320161278920	24/05/2016	210177954	$ 1.553.918
208326	N3320161278924	11/04/2016	210173680	$ 1.615.307
203257	N332016138101	31/03/2016	210172611	$ 1.049.144
206765	N332016138104	31/03/2016	210172611	$ 1.742.465
214642	N3320161381035	17/03/2016	210172071	$ 6.712.093
217048	N332016167591	22/04/2016	210174825	$ 11.607.156
231137	N332016187013	2/05/2016	210176152	$ 4.894.748
231635	N332016187012	2/05/2016	210176113	$ 3.884.863
222952	R332016241252	27/04/2016	210175149	$ 1.751.629
242225	R102017286431	30/09/2016	210187213	$ 14.720.245
252627	R152017253701	10/08/2016	210184025	$ 2.192.737
252449	N3320162752415	19/09/2016	210186543	$ 5.666.192
270793	R102018690191	24/07/2018	210242708	$ 6.949.898
272685	R152017893701	7/12/2016	210190489	$ 18.155.356
264670	R102017383871	15/12/2016	210190917	$ 13.428.794
279086	R202018465331	17/08/2018	210244661	$ 15.736.772
264710	R152017728721	21/05/2019	210267908	$ 32.400
283469	N332017421181	21/05/2019	210267908	$ 566.728
283847	C102018826661	3/12/2018	210253242	$ 17.903.909

285191	N152017020861	21/05/2019	210267908	$ 147.150
283149	C102018826531	03/12/2018+04/08/2017	210253242+210207483	$ 1.236.955
284848	N102017137631	15/04/2019	210264713	$ 215.491
285214	N322017132051	15/04/2019	210264713	$ 78.119
287154	N102017137671	17/05/2019	210267664	$ 564.992
304347	R702018510311	18/01/2019	210257683	$ 781.800
307025	R102019980101	18/03/2019	210262682	$ 305.550
299749	R102019952531	26/12/2018	210256009	$ 600.300
			TOTAL	$ 214.725.652

- Demanda Acumulada # 6 Corporación de Servicios Médicos Internacionales Themy y CIA por valor de TREINTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS ($39.484.253.oo) correspondiente a cada una de las facturas que relaciono a continuación:

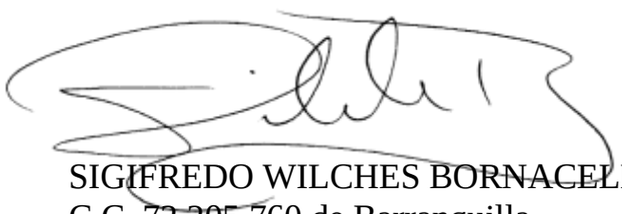
No. Factura	Número Radicado (Previsora)	Fecha Pago (dd/mm/aaaa)	Número Orden Pago	Valor pago
195884	N3220150610439	4/06/2015	210146588	$ 1.103.190
200740	N802016715891	27/09/2016	210187112	$ 64.400
239824	N032017148331	25/08/2017	210210085	$ 148.500
248779	N032017148321	25/08/2017	210210085	$ 88.500
261258	N3320162970624	27/09/2016	210187122	$ 476.021
264481	R042018923911	19/02/2018	210228105	$ 742.786
269294	R332016395492	27/01/2017	210192847	$ 24
278269	R042017529041	25/08/2017	210210085	$ 55.200
278902	R042017584481	24/05/2017	210199398	$ 267.674
280888	R042017531321	25/08/2017	210210085	$ 384.700
280998	N042017149071	30/03/2017	210195501	$ 146.331
281342	R152017742811	25/08/2017	210210085	$ 55.200
282270	N042018771381	19/02/2018	210228105	$ 790.600
282971	R132017129171	25/08/2017	210210085	$ 42.100
284057	R042017661801	4/09/2017	210210493	$ 15.611.532
284113	R152017742051	25/08/2017	210210085	$ 70.800
284636	R042017631751	23/03/2018	210234740	$ 9.700
285196	N042017534681	25/08/2017	210210085	$ 50.300
286866	R042017530701	25/08/2017	210210085	$ 77.890
287509	N042017357231	18/04/2018	210236265	$ 70.800
288666	R202019317071	15/11/2017	210217960	$ 846.315
293587	R152017903141	24/05/2017	210199357	$ 9.017.223
296057	R042017664931	21/11/2017	210218289	$ 126.700
299292	N152017547761	13/06/2017	210201515	$ 223.433
301475	R202019504501	12/03/2018	210231184	$ 6.932.436
301887	R322018442071	19/02/2018	210228663	$ 96.591
303075	N152017701711	16/08/2018	210244626	$ 24.300
303496	R202018487241	17/05/2018	210238017	$ 20.610

304550	N042018778131	19/02/2018	210228663	$	22.000
304703	R042019558961	19/02/2018	210228663	$	784.697
307064	R042018901241	19/02/2018	210228663	$	18.900
308481	R202018282061	2/03/2018	210231486	$	42.500
309056	R042018274721	10/10/2018	210249115	$	36.000
309151	R082018167971	19/02/2018	210228663	$	42.500
309290	R082018183221	11/04/2018	210234427	$	20.400
310120	N152017897651	15/11/2017	210217960	$	42.500
312841	R702018233331	19/02/2018	210228663	$	42.500
313464	N202018973311	29/10/2018	210250760	$	845.900
314825	N152017978691	16/08/2018	210244626	$	42.500
			Total		$39.484.253

Así las cosas, resulta improcedente pretender el pago de montos que ya fueron cancelados por La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

En el sentido antes expuesto, sustento el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia del 22 de agosto de 2022 proferida por el Juzgado Primero Civil Circuito de Barranquilla, solicitando la revocatoria integral de la misma y en su lugar, se ordene no seguir adelante la ejecución.

Honorables Magistrados,



SIGIFREDO WILCHES BORNACELLI
C.C. 72.205.760 de Barranquilla
T.P. 100.155 del C.S. de la J.

Y.S.M.F.