



OMP
ABOGADOS

Señores
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
SALA SEXTA CIVIL – FAMILIA SINGULAR
BARRANQUILLA – ATLANTICO
E. S. D.

REF: PROCESO EJECUTIVO
DEMANDANTE: CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA S.A.
DEMANDADO: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

RAD: 08001315301320210018601
RAD. INTERNO: 44.986

ALEXANDER GOMEZ PEREZ, varón, mayor de edad, vecino de la ciudad de Barranquilla, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.129.566.574 expedida en Barranquilla, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 185.144 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi calidad de apoderado Judicial de la compañía **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**, respetuosamente le manifiesto que procedo dentro del término legal a presentar **SUSTENTACION DEL RECURSO DE APELACION** en contra de la sentencia de primera instancia proferida en audiencia concentrada de fecha 27 de julio de 2023, proferido dentro del proceso de la referencia, en los siguientes términos:

SUSTENTACION REPAROS

EL A QUO INCURRIO EN DEFECO SUSTANTIVO POR LA IMPOSIBILIDAD DE APLICAR LA ACCION CAMBIARIA DENTRO DEL PRESENTE PROCESO, POR EXISTIR NORMA ESPECIAL, CONTENIDAS EN LAS DEL CONTRATO DE SEGURO.

El despacho de primera instancia manifiesta en sus consideraciones que las normas aplicables para dirimir la controversia planteada en el presente caso son las de la acción cambiaria, por tratarse de obligaciones derivadas de la prestación de los servicios de salud y no de un contrato de seguro, por lo cual el ejecutante se encuentra legitimado para solicitar el cobro de las obligaciones contenidas en las facturas presentadas.

Al respecto, cabe precisar que yerra el despacho al interpretar que las normas aplicables son las de la acción cambiaria por no existir un contrato entre mi representada **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.** y la **CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA S.A.S.**, considerando que no se reclaman obligaciones derivadas de un vínculo contractual. Con la anterior interpretación, se incurre en un defecto sustantivo por cuanto la razón por la cual se deben aplicar las normas especiales regulatorias de esta materia, es el expreso mandato establecido en el EOSF, el código de comercio en las normas relacionadas con el contrato de seguro, los Decretos 056 de 2015 y 780 de 2016 y la Resolución 1645 de 2016, las cuales definen el marco legal aplicable a las situaciones jurídicas y fácticas que se presenten en las relaciones que existan entre los beneficiarios del SOAT y las compañías de seguros.

Sobre el particular, el **ESTATUTO ORGANICO DEL SISTEMA FINANCIERO** (Decreto Ley 663 de 1993), en el numeral 4 del artículo 192, definió el régimen legal aplicable al SOAT, así:

“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.” (negrilla nuestra)

BARRANQUILLA
Carrera 58 No. 70-110 Piso 2 Oficina 4
Edificio El Noga,
Barranquilla, Atlántico
+57(605) 3225281

VALLEDUPAR
Valledupar, Cesar
+57(605) 5732796

BOGOTÁ
+57(601) 9156024

MONTERÍA
+57(604) 7862346

ompabogados.com
info@ompabogados.com



En la misma línea, el numeral 8 del artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016, ratifica lo dispuesto en el EOSF, definiendo el régimen legal aplicable a las reclamaciones que realicen las IPS a las aseguradoras con cargo al SOAT, cuando afirma que:

“(...) Decreto 780 de 2016. 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:

*(...) 8. Régimen legal. En lo no regulado en el presente Capítulo 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. (...)” (negrilla nuestro)*

Luego entonces, tenemos que en el numeral 4º del artículo 195 del EOSF, reconoce la titularidad de la acción de las instituciones prestadoras de salud, como la hoy demandante, para reclamar por concepto de gastos médicos 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 transcrita 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.

El A quo sencillamente se limita a analizar la litis bajo una lógica contractual omitiendo por completo hacer referencia al conglomerado normativo que desarrolla el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, centrando su análisis en que debió existir un contrato de seguro suscrito entre la ejecutante y mi representada para que entonces se puedan aplicar las normas regulatorias del SOAT, lo cual es totalmente ajeno a la interpretación sistemática y contextualizada que se debe realizar para la aplicación de las normas correctamente.

Así se ha puntualizado en variados pronunciamientos tanto de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, como del Tribunal Superior de Barranquilla Sala Civil – Familia, al analizar controversias similares a la del sub examine:

“En tratándose de prestaciones de los servicios de salud suministradas con ocasión al SEGURO OBLIGATORIO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO (SOAT), los beneficiarios, es decir, las empresas destinadas a la prestación de los servicios médicos, disponen de la acciones derivadas del contrato de seguro para perseguir el pago de las obligaciones de por parte de las entidades aseguradoras.



Resulta necesario precisar que, aunque el SOAT entraña un carácter especial habida cuenta de su obligatoriedad y regulación particular, es en últimas un contrato de seguro, de tal forma que, las acciones judiciales se deban ejercer en procura del reconocimiento y/o pago de las obligaciones emanadas de aquel, serán las propias de este tipo contractual, bien sean de naturaleza declarativa o ejecutiva.”¹

La jurisprudencia de la Corte constitucional ha establecido en cuanto al defecto material o sustantivo, que este se materializa cuando la autoridad judicial, se apoya en una norma claramente inaplicable al caso, o deja de aplicar la que evidentemente lo es, u opta por una interpretación que contraría los postulados mínimos de la razonabilidad jurídica.

Precisamente, en la Sentencia SU-515 de 2013, se sintetizaron los supuestos que pueden configurar este defecto, los cuales son:

“(…) (i) La decisión judicial tiene como fundamento una norma que no es aplicable, ya que: (a) no es pertinente, (b) ha perdido su vigencia por haber sido derogada, (c) es inexistente, (d) ha sido declarada contraria a la Constitución, (e) o a pesar de que la norma en cuestión está vigente y es constitucional, su aplicación no resulta adecuada a la situación fáctica objeto de estudio como, por ejemplo, cuando se le reconocen efectos distintos a los señalados por el legislador^[2].

(ii) La interpretación de la norma al caso concreto, no se encuentra dentro de un margen razonable^[2], o el funcionario judicial hace una aplicación inaceptable de la disposición, al adaptarla de forma contraevidente –interpretación contra legem–, o de manera injustificada para los intereses legítimos de una de las partes^[3]; también cuando se aplica una regla de manera manifiestamente errada, sacando la decisión del marco de la juridicidad y de la hermenéutica jurídica aceptable^[4].

(iii) No se tienen en cuenta sentencias con efectos erga omnes^[5].

(iv) La disposición aplicada se muestra injustificadamente regresiva^[6] o claramente contraria a la Constitución^[7].

(v) Cuando un poder concedido al juez se utiliza para un fin no previsto en la disposición^[8].

(vi) La decisión se funda en una interpretación no sistemática del derecho, omitiendo el análisis de otras disposiciones aplicables al caso^[9].

(vii) El servidor judicial da insuficiente sustentación de una actuación^[10].

(viii) Se desconoce el precedente judicial sin ofrecer un mínimo razonable de argumentación^[11].

(ix) Cuando el juez se abstiene de aplicar la excepción de inconstitucionalidad ante una violación manifiesta de la Constitución, siempre que se solicite su declaración por alguna de las partes en el proceso.^[12](…)”

Así, cuando los jueces ignoran las normas aplicables al asunto bajo su estudio, sus decisiones son susceptibles de ser cuestionadas en sede de tutela, pues constituyen una violación al debido proceso. Como ocurrió por ejemplo, en la sentencia SU-918 de 2013, donde la Corte Constitucional determinó

¹ Tribunal Superior del Distrito de Barranquilla – Sala Sexta de Decisión Civil – Familia. Sentencia del 19 de agosto de 2021. Rad. 08001315301120180018701 – Int. 43.279. Ejecutivo.

^[2] Sentencia SU-159 de 2002.

^[3] Sentencias T-1101 de 2005 y T-051 de 2009.

^[4] Sentencias T-765 de 1998, T-001 de 1999 y T-462 de 2003.

^[5] Sentencias T-079 de 1993 y T-066 de 2009.

^[6] Sentencias T-814 de 1999, T-842 de 2001 y T-462 de 2003

^[7] Sentencia T-018 de 2008.

^[8] Sentencia T-086 de 2007.

^[9] Sentencia T-231 de 1994.

^[10] Sentencia T-807 de 2004

^[11] Sentencias T-114 de 2002, T-1285 de 2005 y T-086 de 2007

^[12] Sentencias SU-640 de 1998, T-462 de 2003, T-1285 de 2005 y T-292 de 2006

^[12] En la Sentencia T-808 de 2007, se expuso que “en cualquiera de estos casos debe estarse frente a un desconocimiento claro y ostensible de la normatividad aplicable al caso concreto, de manera que la desconexión entre la voluntad del ordenamiento y la del funcionario judicial sea notoria y no tenga respaldo en el margen de autonomía e independencia que la Constitución le reconoce a los jueces (Art. 230 C.P.). Debe recordarse además, que el amparo constitucional en estos casos no puede tener por objeto lograr interpretaciones más favorables para quien tutela, sino exclusivamente, proteger los derechos fundamentales de quien queda sujeto a una providencia que se ha apartado de lo dispuesto por el ordenamiento jurídico”.



la existencia de un defecto sustantivo, atendiendo a que el accionado (operador judicial), se apoyó en un precepto manifiestamente inaplicable al caso concreto, desconociendo la norma aplicable. Generando la siguiente posición de la Corte:

“(...) Por lo anterior, cuando en una decisión judicial se aplica una norma jurídica de manera manifiestamente irrazonable o se deja de aplicar una norma aplicable, sacando del marco de la juridicidad y de la hermenéutica jurídica aceptable tal decisión judicial, ésta deja de ser una vía de derecho para convertirse en una vía de hecho, razón por la cual la misma deberá dejarse sin efectos jurídicos, para lo cual la acción de tutela es el mecanismo apropiado. En esta hipótesis no se está ante un problema de interpretación normativa, sino ante una decisión carente de fundamento jurídico, dictada según el capricho del operador jurídico, desconociendo la ley, y trascendiendo al nivel constitucional en tanto compromete los derechos fundamentales de la parte afectada con tal decisión. (...)”

Siendo así las cosas no se le puede dar una interpretación facultativa dentro del presente caso, pues por disposición normativa solo puede ser aplicable un solo régimen legal, tal y como lo afirmó la corte constitucional en sentencia C-451 DE 2015, cuando analizó al criterio hermenéutico de especialidad, así:

“6.2. Recientemente, en la Sentencia C-451 de 2015, esta Corporación hizo expresa referencia al aludido tema. En dicho fallo, basada en las previsiones que sobre la materia establecen las Leyes 57 y 153 de 1887 y lo dicho en la jurisprudencia, la Corte puso de presente que existen al menos tres criterios hermenéuticos para solucionar los conflictos entre leyes: (i) el criterio jerárquico, según el cual la norma superior prima o prevalece sobre la inferior (lex superior derogat inferior); (ii) el criterio cronológico, que reconoce la prevalencia de la norma posterior sobre la anterior, esto es, que en caso de incompatibilidad entre dos normas de igual jerarquía expedidas en momentos distintos debe preferirse la posterior en el tiempo (lex posterior derogat priori); y (iii) el criterio de especialidad, según el cual la norma especial prima sobre la general (lex specialis derogat generali). Con respecto a este último criterio, se sostiene que, en tales casos, no se está propiamente ante una antinomia, en razón a que se entiende que la norma general se aplica a todos los campos con excepción de aquél que es regulado por la norma especial, con lo cual las mismas difieren en su ámbito de aplicación. (...)”

6.4. Sobre el criterio de especialidad, se destacó en la Sentencia C-451 de 2015, que el mismo “permite reconocer la vigencia de una norma sobre la base de que regula de manera particular y específica una situación, supuesto o materia, excluyendo la aplicación de las disposiciones generales”. Respecto al alcance del criterio de especialidad, en el mismo fallo se trajo a colación lo dicho por la Corporación en la Sentencia C-078 de 1997, al referirse esta al carácter especial de las normas tributarias y su aplicación preferente sobre las normas del anterior Código Contencioso Administrativo. Esta última sentencia dijo sobre el particular:

6.5. Así las cosas, frente a este último criterio, el de especialidad, cabe entonces entender que el mismo opera con un propósito de ordenación legislativa entre normas de igual jerarquía, en el sentido que, ante dos disposiciones incompatibles, una general y una especial, permite darle prevalencia a la segunda, en razón a que se entiende que la norma general se aplica a todos los campos con excepción de aquél que es regulado por la norma especial. Ello, sobre la base de que la norma especial sustrae o excluye una parte de la materia gobernada por la ley de mayor amplitud regulatoria, para someterla a una regulación diferente y específica, sea esta contraria o contradictoria, que prevalece sobre la otra. (...)”

Siendo así, en una interpretación no sistemática del derecho, no se puede omitir el análisis juicioso de todas las disposiciones aplicables al caso, en especial las del contrato de seguro, sin tener en cuenta el criterio hermenéutico de especialidad, y de esta forma no se vea vulnerado el derecho fundamental al debido proceso



Luego de analizar las anteriores disposiciones, surgen los siguientes interrogantes:

- ¿Cómo demostraría la IPS ante la aseguradora, si no aporta la documentación requerida, que efectivamente realizó la atención a una paciente víctima de un accidente de tránsito?
- ¿Cómo acreditaría la IPS ante la aseguradora, si no aporta la documentación requerida, que el paciente atendido fue víctima de un accidente de tránsito?
- ¿Cómo acreditaría la IPS ante la aseguradora, si no aporta la documentación requerida, que los servicios que se están facturando efectivamente se prestaron a una paciente víctima de un accidente de tránsito?

Por estas razones es claro, que la IPS que pretenda el pago de una indemnización por una reclamación presentada ante una aseguradora, ya sea de forma extrajudicial o judicial, debe aportar todos y cada uno de los documentos necesarios para acreditar la prestación de los servicios médicos y hospitalarios a una paciente víctima de un accidente de tránsito.

Las obligaciones que surgen de la acción ejecutiva del contrato de seguro hacen parte de los denominados títulos ejecutivos complejos, que a pesar que deben ser claros, expresos, exigibles y que provenga del deudor, se hace necesario el cumplimiento de los requisitos establecidos en los artículos citados, para el trámite de la reclamación, en aras de obtener el pago de indemnizaciones por la prestación de servicios médicohospitalarios a víctimas de accidentes de tránsito.

Situación que reiteramos, se rige por las normas especiales que regulan la materia como lo son el Decreto 663 de 1993 (EOSF), Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016 y las normas del contrato de seguro establecidas en el código de comercio.

Es decir, que para que las reclamaciones por indemnizaciones presentadas por las IPS a las aseguradoras presten mérito ejecutivo, además de cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto 056 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016, se hace necesario el cumplimiento de la situación fáctica que consagra el numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio, que se refiere a la acción ejecutiva especial derivada del contrato de seguro, y que menciona:

“(...) 3. Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. (...)”

Sea importante dejar claro al despacho que 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 las normas aplicables en estos casos son las del contrato de seguro y me permito traer a colación uno de sus apartes así.

“Para desarrollar tal argumento, la primera precisión que debe realizarse es que la acción ejecutiva que se pone en marcha por la falta de pago de los servicios médicos prestados con ocasión a una póliza de accidentes de tránsito, no debe entenderse, como en efecto se hizo por la demandante y el juzgador, como una acción cambiaría por cobro de facturas derivadas de un contrato de prestación de servicios, si no como la persecución judicial derivada de una reclamación fallida a la aseguradora.

En este orden de ideas, lejos de adentrarse en el debate de la autonomía de la factura por aceptación tácita, o de la integración de la misma en un título ejecutivo complejo, al compás de las normas reguladoras de la prestación del servicio de salud, lo que debe revisarse es la acción de reclamación de la referida IPS frente a la compañía aseguradora, en virtud del siniestro



OMP
ABOGADOS

acaecido, y el mérito ejecutivo de la póliza ante el silencio de esta última, en el término conferido por ley para objetar. 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. 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.

Luego, es colegible que el Legislador, trasladó a la IPS, la obligación del asegurado contenida en el artículo 1077 C.Co. Puestas así las cosas y establecido que las normas aplicables son las del contrato de seguro, y las normas especiales que regulan el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, es plausible afirmar, que lo que presta mérito ejecutivo, a tenor de lo dispuesto por el numeral 3ro del artículo 1053 C.Co y en caso del cumplimiento de los requisitos, es la póliza del SOAT, expedida por la respectiva compañía, y no la factura, que conforme el numeral 4to del artículo 26 del Decreto 056 de 2015, constituye solo uno de los anexos de la reclamación.

Desde luego, para que se pueda librar la orden de pago, es indispensable, a su vez, que los documentos que con ese propósito allegue el ejecutante, sean aportados con estricta sujeción a las pautas formales que prevé el ordenamiento jurídico, incluyendo las atinentes a la incorporación de documentos privados (artículos 252, 253 y 254 del C. de P. C.) (...)."

Con lo anteriormente esbozado, se deja claro al despacho que las normas aplicables en estos casos son las normas que regulan el contrato de seguro, por lo que solicito muy respetuosamente a los señores magistrados revocar la sentencia recurrida por incurrir en un defecto sustantivo por aplicación indebida de normas.

EL AQUO INCURRIO EN DEFECTO SUSTANTIVO POR APLICAR UNA NORMA DISTINTA A LA QUE REGULA LA PRESCRIPCION EN EL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO.

Manifiesta el A quo en sus consideraciones de la sentencia, que como las obligaciones reclamadas por la ejecutante se derivan de un título ejecutivo complejo conformado por varios documentos como la factura, la póliza soat, entre otros, no son aplicables las normas regulatorias de la prescripción establecida en el Código de Comercio art. 186 atinente a la acción cambiaria y el 1081 del contrato de



seguro, concluyendo que la prescripción aplicable es la establecida en el artículo 2586 del Código Civil que es de 5 años.

Al respecto, es menester manifestar que incurre el A Quo en otro yerro sustantivo, que incluso no guarda coherencia ni cohesión hermenéutica con el criterio adoptado respecto a dirimir el presente conflicto conforme a las normas de la acción cambiaria, puesto que con relación a este punto, indica que la norma aplicable ya no es ni la del contrato de seguro, ni la de la acción cambiaria, sino la del régimen de obligaciones civiles, lo cual se reitera que va en contraposición de la regulación establecida por el legislador al SOAT y de los precedentes judiciales establecidos tanto por el Tribunal Superior de Barranquilla, como por la Corte Suprema de Justicia.

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 computo 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, independiente 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 al 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 —



OMP

ABOGADOS

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 .



OMP

ABOGADOS

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. Precisando 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 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.

Ahora bien, aterrizando al presente caso al verificar las reclamaciones que la parte demandante acompaña para acreditar la existencia de la obligación por la suma pretendida, podrá constatar que tienen más de 2 años, teniendo en cuenta que datan del año 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, y si bien el término de prescripción pudo haberse interrumpido, esta interrupción no tuvo el efecto buscado, toda vez que entre la fecha de la reclamación y la fecha de presentación transcurrieron más de 2 años, por lo que todas y cada una de esas reclamaciones que allega la parte ejecutante se encuentran prescritas.

EL AQUO INCURRIO EN DEFECTO FACTICO POR INDEBIDA VALORACION DE LAS PRUEBAS APORTADAS POR SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. PARA ACREDITAR LAS OBJECIONES A LAS RECLAMACIONES.

El Aquo en sus consideraciones omitió valorar por completo las pruebas aportadas por mi representada como sustento de las excepciones planteadas en la contestación de la demanda, por lo siguiente:

- Prueba de la no acreditación del siniestro conforme al artículo 038 del Decreto 056 de 2015 y artículo 1077 del Código de Comercio

El despacho de primera instancia, indicó que el asegurador es quien debe acreditar que la IPS no prestó el servicio médico o que no es procedente el pago de la reclamación presentada, sin embargo, omitió valorar y revisar las pruebas obrantes dentro del expediente a través de las cuales mi representada sí acreditó la improcedencia del pago de las siguientes reclamaciones por no encontrarse cubiertas por la póliza de SOAT:

	256296	238115	239300	246443
255611	259243	240209	245126	241336
147810	259722	239348	243061	239137
151142	257350	243062	244184	238508
153330	262960	241584	244433	256430
153950	162595	244244	238611	250626
155061	234020	247273	245813	252761
154886	234993	239795	245264	252479
163223	233014	241585	245128	254564
169149	231729	244183	246441	252274
168567	233426	245167	245260	252338
240210	237075	247271	245164	256562
247208	238994	248211	243054	254805
252221	200909	237771	241577	255860
252336				



OMP

ABOGADOS

		262564	255554	264059
	256913	262573	255936	263960
	258245	257470	258254	262951
258201	259052	256064	257639	1010
253017	260714	262450	262415	263740
257609	261765	262376	263411	188080
255646	257489	262015	263790	193241
256299		257121	263818	196237
254986		258246	263256	131381
		256897	262817	143875
			262647	149290
			263504	

Las facturas relacionadas, fueron objetadas por no encontrarse cubiertas por la póliza SOAT, por obedecer a eventos de póliza prestada, por no corresponder a un accidente de tránsito la atención suministrada, por no haberse prestado el servicio por parte de la IPS, por exceder el tope del valor asegurado correspondiente.

El a quo, no revisó ni analizó las investigaciones aportadas por parte del testigo ALEJANDRO GONZALEZ quien declaró acerca del trámite de las objeciones formuladas a las facturas reclamadas por la ejecutante, y expuso con claridad sobre las investigaciones de campo realizadas para determinar la improcedencia del pago de dichas facturas relacionadas, aportando la documentación que respalda su testimonio a través de un LINK de descarga de los documentos enviado al correo electrónico del despacho y del apoderado de la ejecutante. Sin embargo, nótese cómo el A quo profiere sentencia inmediatamente después de terminados los alegatos de conclusión por las partes, de lo cual se infiere claramente que no se dio a la labor de revisar minuciosamente los documentos aportados con los cuales se acredita totalmente las excepciones de NO ACCIDENTE DE TRANSITO, POLIZA PRESTADA, NO TRASLADO PRIMARIO, DOCUMENTOS DEVUELTOS, POLIZA NO EXPEDIDA POR SEGUROS GENERALES SURAMERICANA. No obstante que con la declaración rendida se explicó de manera detallada tomando como muestra algunas de las investigaciones aportadas, la manera en que se debía consultar y el contenido de cada investigación, sustrayéndose así el despacho del deber de analizar todas las pruebas aportadas por las partes, máxime cuando con las mismas se busca probar la inexistencia de la obligación deprecada por la IPS CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA S.A.S.

Al respecto, cabe destacar el precedente vertical del TRIBUNAL SUPERIOR DE BARRANQUILLA SALA SEXTA DE DECISION CIVIL Sentencia del 19 de agosto de 2021. Rad. 8001315301120180018701 – Int. 43.279. Ejecutivo:

“Los documentos aportados por el propósito de desvirtuar la ocurrencia del siniestro, bien sea porque el vehículo amparado no estuvo involucrado en el accidente o bien porque no se registró accidente de tránsito alguno, esto es los denominados informes de investigación realizado por los ajustadores de seguros, pueden tenerse como documentos de contenido declarativo emanado de un tercero, de tal forma que al no solicitarse su ratificación por la contraparte, puede otorgársele valor probatorio. En este sentido, al no exigir su ratificación ni aducir prueba en contra del contenido de estos documentos, los mismos adquieren valor probatorio, de tal forma que valorados conjuntamente con el testimonio de la Dra. Sandra Morales puede establecerse los siniestros que efectivamente ocurrieron, lo cual permite determinar las facturas respecto de a cuales resulta procedente el pago.”

- No se aportó el soporte de pago de la factura.

El despacho indicó que no se aportaron los soportes de pago de “las facturas alegadas como pagadas”, lo cual es impreciso y errado, dado que no se alegó la excepción de pago respecto de varias facturas, sino de una sola numerada bajo el consecutivo 24970, de la cual si bien es cierto, en la



OMP
ABOGADOS

contestación no se aportó el soporte, con la declaración del testigo ALEJANDRO GONZALEZ se dejó claro que sí se pagó, exhibiéndose el soporte de pago en la pantalla de la audiencia, y adicional a lo anterior, se aportó el documento por parte del testigo al despacho, con lo cual se pudo haber corroborado el pago indicado, sin embargo, el despacho omitió revisar dicha documentación, configurándose de esa manera el defecto factico anotado.

EL A QUO INCURRIO EN ERROR AL LIBRAR MANDAMIENTO DE PAGO POR FACTURAS INEXISTENTES EN LA DEMANDA

El A quo en su parte motiva y resolutive, ordena continuar la ejecución incluyendo las siguientes facturas:

260081, 252774, 238904, 573, 250714.

Sin embargo, estas facturas no se encuentran relacionadas en la demanda, por lo cual no es procedente imponer obligación alguna en cabeza de mi representada, dado que no hacen parte del proceso. Véase cómo la sentencia recurrida contiene imprecisiones en valoración probatoria y documental, lo cual resta coherencia a los argumentos y consideraciones en los cuales se encuentra sentada la misma.

Bajo los anteriores términos, realizo los reparos a la sentencia apelada solicitando a los honorables magistrados del Tribunal Superior del Distrito de Barranquilla que se revoque parcialmente, y se declaren probadas la totalidad de las excepciones planteadas y se absuelva a mi representada del pago de la totalidad de las facturas reclamadas.

Del señor Juez, atentamente,

ALEXANDER GOMEZ PEREZ
C.C No. 1.129.566.574 de Barranquilla
T.P. No. 185.144 del C.S.J.
CBG - SUR468