

Señores

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA

Magistrado Ponente: ABDON SIERRA GUTIERREZ

BARRANQUILLA – ATLANTICO

E. S. D.

REF. PROCESO EJECUTIVO.

DEMANDANTE: CLINICA LA VICTORIA S.A.S.

DEMANDADO: COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

RAD. 2019-008401

OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS, mujer, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 39.006.745 de El Banco – Magdalena, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 23.817 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderada judicial de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., dentro del término establecido me permito sustentar el recurso de apelación presentado en contra de la sentencia anticipada proferida por el Juzgado 9° civil del circuito de esta ciudad de fecha 20 de agosto de 2020, manifestando las siguientes consideraciones.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

De manera preliminar, quiero dejar en claro al despacho que mi representada la compañía COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para la prestación o venta de servicios médicos derivados de atenciones con cargo al SOAT con la CLINICA LA VICTORIA S.A.S, ni con ninguna otra institución de salud del país; Lo anterior, en razón a que las facturas que aporta la parte accionante, tienen relación con reclamaciones realizadas, por la hoy demandante, a mi representada por la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito, por las cuales, la demandante pretende la afectación de Pólizas de Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito – SOAT expedidas por mi representada; sin embargo, su reclamación y cobro debe sujetarse inexorablemente a las disposiciones legales que lo regulan, Decreto 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el Código de Comercio en su acápite del Contrato de Seguro, y demás decretos que reglamentan este seguro al que nos referimos.

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

Aunado a lo anterior, tenemos que en el artículo 167 párrafos 1º y 3º de la Ley 100 de 1993, el legislador fue explícito en señalar que, en los casos de accidentes de tránsito, “el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta ley” y

con sujeción a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional sobre los procedimientos de cobro y pago de estos servicios.

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

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

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

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

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

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

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

En relación con lo anterior, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) donde establece las reglas para la Prestación de Servicios de Salud y dispone, en el título 3, capítulo 4, numeral 2 del artículo 2.5.3.4.3, que, para los efectos del sistema general de

seguridad social en salud, se consideran como “entidades responsables del pago de servicios de salud”, las siguientes:

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

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

Luego entonces, está claro que no puede aplicarse para resolver la presente controversia las normas de carácter general que se aplican a las ventas y servicios, 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, es decir, que dentro del presente proceso se deben aplicar las normas especiales que regulan la actividad aseguradora dentro del marco específico del régimen de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT.

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

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.

El fin del SOAT es la atención de lesionados, llámese conductor, pasajero, ocupante del vehículo, ciclista o peatón, que resulte afectado en un accidente de tránsito, teniendo en cuenta que por accidente de tránsito se entiende el incidente ocasionado por un vehículo automotor en movimiento que, como consecuencia de la circulación en la vía, o tránsito, o violación de la norma de tránsito, cause lesiones.

La definición de vía, la encontramos en la ley 769 de 2002 (Código Nacional de Tránsito), como toda zona de uso público o privado destinada al tránsito de vehículos, personas y animales.

Los automotores, son considerados como todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado. No quedan comprendidos dentro de esta definición los vehículos que circulan sobre rieles, y los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

Las coberturas del SOAT son:

GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS.
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LESIONADOS
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE
GASTOS FUNERARIOS
INCAPACIDAD PERMANENTE

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

Siendo así, el sistema contempla transferencias y contribuciones definidas por ley a diferentes organismos como la Agencia Nacional de Seguridad Vial (3%) y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (14,2%), por lo cual, las aseguradoras deben hacer un minucioso análisis, e investigación, frente a cada reclamación recibida por accidente de tránsito, que pretenda afectar una póliza SOAT, buscando evitar la alteración al sostenimiento de dichas pólizas.

FUNDAMENTOS DEL RECURSO

1. IMPOSIBILIDAD DE APLICAR LA ACCION CAMBIARIA DENTRO DEL PRESENTE PROCESO, POR EXISTIR NORMA ESPECIAL, CONTENIDAS EN LAS DEL CONTRATO DE SEGURO.

Dentro de la sentencia recurrida el despacho niega la prosperidad de la excepción denominada *“Imposibilidad jurídica de la entidad demandante para ejercer la acción cambiaria por concepto de las reclamaciones presentadas ante mi representada por estar el soat sometido al régimen especial consagrado en las normas que lo regulan y las normas del contrato de seguro previsto en el código de comercio”*, argumentado que:

“Es claro que de conformidad con el artículo 195 de del decreto 663 de 1993, los establecimientos hospitalarios y clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficiales y privados del sector salud se les obliga a prestar la

atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por los daños corporales causados a las personas en los accidentes de tránsito, cuyas reclamaciones deben ir acompañarse las pruebas del accidente y de los daños corporales y se debe indicar la cuantía. Aspectos que legitima a dichos establecimientos para que presten dichos servicios para la reclamación a las entidades aseguradoras sin que haya mediado contrato jurídico preexistente entre centros clínicos y la entidad aseguradora, sino que tales aspectos son generadores de una obligación por la prestación del servicio por parte de la clínica y por la existencia de un seguro que ampara los accidentes de tránsito acaecidos. Se observa por otro lado, que en efecto las facturas y reclamaciones de pago se hicieron por parte de la ejecutante a la ejecutada quien no aportó prueba alguna de haber realizado objeción alguna dentro del término prescrito por la ley dentro de los 20 días que señala el artículo 57 de la ley 1438 de 2011 el cual señala en su tenor:"

Mi representada se aparte del vago argumento del ad quo, para negar la presente excepción, y por la potísima razón, que su negativa no guarda relación con la sustentación de la excepción, toda vez que en la misma se desarrolla que en estos caso se debe quedar aplicación a las normas consagradas en el contrato de seguro por ser norma especial y no las de la acción cambiaria, norma general, y el despacho manifiesta el artículo 195 del decreto 663 de 1993, que regula lo relacionado a la atención de víctimas de accidente de tránsito por parte de las IPS y le da la facultad a estas últimas reclamar ante las aseguradoras por dicha atención, de igual forma trae a colación el artículo 57 de la ley 1438 de 2011, que desarrolla el trámite de GLOSAS, se presenta un claro desconocimiento de la ley, teniendo en cuenta a que la anterior norma, solo se aplica para las ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD EPS, primero que todo esa una ley que REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, segundo ese artículo hace parte del TÍTULO VI que desarrolla el tema de la prestación del Servicio de Salud, las aseguradoras no prestan el servicio de salud, y si vemos el artículo 56 de la misma norma hace plena referencia a las EPS, luego entonces cuando en el artículo 57 habla de las "Las entidades responsables del pago de servicios de salud", se hace referencia a las EPS, en concordancia con el artículo 56 de la norma citada, ahora bien, leyendo literalmente la norma, en ninguno de sus apartes dice que las entidades responsables del pago del servicio de salud deban cancelar dentro de los 20 días, me permito transcribir la norma en mención así:

"ARTÍCULO 57°. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente.

Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los Quince (15)

días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación.

La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los Quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.”

Siendo así las cosas, el despacho no fundamenta en debida forma la negación de la excepción, trae a colación normas que no sustentan su rechazo a la prosperidad, y citando una norma no aplicable en el sub-lite, todo lo anterior, se ciñe al desconocimiento del trámite administrativo y legal por parte del juzgador de instancia.

Por lo tanto, solicito al Tribunal Superior Del Distrito Judicial de Barranquilla – Sala Civil Familia estudiar la excepción propuesta por mi representada y de esta forma revocar lo manifestado por el Juzgado Noveno Civil Del Circuito de Barranquilla, y en su lugar declarar probada por los siguientes argumentos:

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^[1].

(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 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

^[1] Sentencia SU-159 de 2002.

^[2] Sentencias T-1101 de 2005 y T-051 de 2009.

^[3] Sentencias T-765 de 1998, T-001 de 1999 y T-462 de 2003.

^[4] Sentencias T-079 de 1993 y T-066 de 2009.

^[5] Sentencias T-814 de 1999, T-842 de 2001 y T-462 de 2003

^[6] Sentencia T-018 de 2008.

^[7] Sentencia T-086 de 2007.

^[8] Sentencia T-231 de 1994.

^[9] Sentencia T-807 de 2004

^[10] Sentencias T-114 de 2002, T-1285 de 2005 y T-086 de 2007

^[11] 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”.

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

Se tiene que tener en cuenta que las disposiciones normativas, buscan entre otras cosas, generar un ambiente de seguridad jurídica en los ciudadanos, permitiendo que conozcan las reglas de juego, con las que se regirán los comportamientos en las diferentes circunstancias en que se encuentren, dentro del presente caso el apoderado del demandante fundamenta su demanda ejecutiva bajo la acción cambiaria, interpretación subjetiva que induce en error al juzgador de instancia, y lo que puede generar un evidentemente violación al debido proceso, en razón a que si el despacho acoge la teoría de aplicar las normas de la acción cambiaria dentro del sub lite, desconociendo que la normatividad vigente para resolver las controversias derivadas frente al cobro de facturas por prestación de servicios médicos a víctimas de accidentes de tránsito, siendo estas a aplicar las del contrato de seguro que se encuentran, entre otras disposiciones, en el Código de Comercio.

Lo anterior se sustenta, entre otras normas que aquí estudiaremos, en lo dispuesto por el artículo 167 párrafos 1º y 3º de la Ley 100 de 1993, donde el legislador fue explícito en señalar que en los casos de accidentes de tránsito, *“el cubrimiento de los servicios médicoquirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta ley, y con sujeción a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional sobre los procedimientos de cobro y pago de estos servicios”*.

En el caso que nos ocupa, 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, 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)*

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.

En el mismo sentido, el Decreto 780 de 2016, relaciona los documentos que los prestadores de servicios de salud deben radicar ante las entidades aseguradoras con la solicitud de pago de las reclamaciones, en su artículo 2.6.1.4.2.20 (antes Artículo 26 Decreto 056 de 2015), el cual es del siguiente tenor:

“(...) 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 diligenciado³⁰. 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.*

(...)

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. (...)*”

En relación con la referida documentación, la Resolución 1645 de 2016, por la cual el Ministerio de salud, establece los requisitos, criterios y condiciones para el trámite de las reclamaciones por concepto de servicios de salud y prestaciones económicas establecidas en el artículo 167 de la ley 100 de 1993 (aplicable a las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT cuando así lo señale dicho acto administrativo), indica en su artículo 6° que la demostración de la prestación de los servicios de salud se acreditará ante las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT con los siguientes documentos según el caso:

1. *Epicrisis, cuando se trate de servicios de urgencia con observación, hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos. En todo caso deben observarse los contenidos mínimos previstos en el artículo 31 del Decreto 056 de 201531.*

2. *Descripción quirúrgica, cuando se realice un procedimiento quirúrgico.*

3. *Resumen de atención cuando no sea obligatorio el diligenciamiento de la epicrisis. Serán válidos como resumen de atención, uno o varios de los siguientes documentos: la hoja de traslado, la hoja de evolución, la hoja de referencia y contra referencia, la hoja de administración de medicamentos, la hoja de atención de urgencias, la historia clínica, registro de anestesia, la fórmula médica y el soporte de lectura o interpretación de paraclínicos, siempre y cuando de ellos se establezca la prestación del servicio o la entrega de la tecnología en salud reclamados, según corresponda, y el nexo causal con el evento que genera la atención.*

4. *Factura de venta o documento equivalente del reclamante y certificación de pago de quien prestó el servicio, cuando el mismo ha sido prestado a través de un tercero.*

La Superintendencia Financiera en Concepto 2018134425-001 del 18 de noviembre de 2018, estableció que las aseguradoras deberán observar las indicaciones contenidas en la normatividad vigente, y de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de la atención, para lo cual expresó lo siguiente:

“(...) Así pues, respecto de la demostración de la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, el mencionado Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.6.1.4.2.20., determina cuales son los documentos exigidos para la presentación de la solicitud de pago de las reclamaciones y en tal virtud señala el Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y además, relaciona los documentos que debe aportar el beneficiario acreditado para reclamar los gastos por atenciones médicas entre los cuales se encuentran la epicrisis o resumen clínico para lo cual cita que estos deben sujetarse a lo establecido en los artículos 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6. de la misma normatividad.

En este orden, consultados los prenombrados artículos 2.6.1.4.2.20., 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6., de la citada normatividad, se evidencia que los mismos refieren de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de atención, respectivamente. (...)”

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 un 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 médico hospitalarios 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. (...)”

Ahora, al tener el contrato de seguro, dentro de uno de sus elementos esenciales, que corresponden a obligaciones condicionales, es importante destacar lo que, sobre el particular, ha manifestado el Dr. Hernán Fabio López Blanco:

“(...) en algunos casos el título ejecutivo no puede ser simple, unitario físicamente, sino que necesariamente es compuesto, como sucede con las obligaciones sometidas a condición, en las que además del documento en que constan, debe acompañarse prueba de que ocurrió la condición, como claramente lo dispone el artículo 427 del CGP, que regula la forma de demostrar que se infringió la obligación de no hacer y el cumplimiento de la condición al ordenar que: “ a la demanda deberá acompañarse el documento privado que provenga del deudor, el documento público, la inspección o la confesión judicial extraprocesal o la sentencia”, que pruebe el cumplimiento de la condición o el incumplimiento de la obligación de no hacer. (...) Al respecto abundan los ejemplos. (...) la demanda ejecutiva con base en el artículo 1053, num. 3 del C. de Co., implica allegar la póliza y la prueba de que se presentó reclamación a la aseguradora; (...)”^[132]

Ahora bien, tenemos que el artículo 427 del CGP, reza los siguientes.

EJECUCIÓN POR OBLIGACIÓN DE NO HACER Y POR OBLIGACIÓN CONDICIONAL.
Cuando se pida ejecución por perjuicios derivados del incumplimiento de una obligación de no hacer, o la destrucción de lo hecho, a la demanda deberá acompañarse el documento privado que provenga del deudor, el documento público, la inspección o la confesión judicial extraprocesal, o la sentencia que pruebe la contravención.

De la misma manera deberá acreditarse el cumplimiento de la condición suspensiva cuando la obligación estuviere sometida a ella. (Negrilla nuestra)

De acuerdo a lo establecido por la doctrina y la jurisprudencia nacional en el caso del numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio, debe considerarse que la sola póliza no constituye título ejecutivo, por lo cual se hace necesario acompañar varios

¹³ LOPEZ BLANCO, Hernan Fabio. CODIGO GENERAL DEL PROCESO – PARTE ESPECIAL. DUPRE EDITORES. Año 2017. Paginas 511 y 512. 2017

documentos, como lo es la prueba que se reclamó y que esa reclamación estuvo aparejada de los documentos necesarios para establecer la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, tal como lo establece el artículo 1077 del mismo código, y, finalmente, no haber sido objetada la reclamación por parte de la aseguradora dentro del término establecido. Estos requisitos deben ser puestos a consideración del juez una vez se acuda a la vía ejecutiva correspondiente.

En este orden de ideas tenemos que, para poder afectar la póliza de SOAT, se encuentra a una condición suspensiva, y cuál es esa condición, que se haya prestado la atención hospitalaria por parte de la IPS, luego entonces, no puede acercarse la IPS solo con la póliza ejecutar a la Aseguradora, se debe que probar la atención del servicio y como se prueba lo anterior, con los documentos que se relacionan en ellos decretos Decreto 056 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016.

Al respecto el Tribunal Superior de Bogotá, Sala Civil, en decisión de fecha 19 de mayo de 2015, expuso lo siguiente:

“(...) De igual forma, asume la naturaleza de título complejo, pues requiere, además de la póliza, que se alleguen otros documentos necesarios para el cobro de la indemnización. En este sentido, el numeral 3º de la norma en comento dispone “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. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda”. De acuerdo con lo anterior, para deprecar el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del contrato de seguro se debe acreditar los siguientes presupuestos: a) La póliza de seguro b) presentación de la reclamación, con la constancia de su entrega y la fecha en que tuvo lugar c) comprobantes, que según la póliza sean indispensables, d) que haya vencido el plazo de un mes, contado a partir de la presentación de la reclamación, sin que fuera objetada.

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 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.) (...)”.

Conforme a lo anterior, es importante destacar que en el caso concreto, dentro del escrito de la demanda la parte demandante no hizo mención a que se estuviera ejerciendo la acción ejecutiva con fundamento en el numeral 3º del artículo 1053 del Código de Comercio, no hizo alusión a que presentó las reclamaciones ante de mi representada y que las mismas no fueron objetadas dentro del término legal, y además, lo más delicado, es que dentro de los anexos que se aportaron con la demanda no se encuentran los documentos establecidos en los decretos para formalizar la reclamación ante las compañías aseguradoras, es decir, que a la parte demandante no le bastaba con presentar las facturas de venta para que se librara mandamiento de pago a su favor, por el contrario al no acreditarse en debida forma que se habían realizado las reclamaciones conforme a las normas establecidas, y que se encontraban aparejadas de todos los documentos necesarios para su trámite, no era procedente que se librara mandamiento de pago

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 a los Honorables Magistrados declarar probada dicha excepción y revocar la sentencia de fecha 20 de agosto de 2020.

2. NO ACREDITACION DEL SINIESTRO Y DE LA CUANTIA CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO 38 DEL DECRETO 056 DEL 2015 Y EL ARTICULO 1077 DEL CODIGO DE COMERCIO, ESTABLECIENDOSE UNA AUSENCIA DE EXIGIBILIDAD DE LAS FACTURAS POR NO ACREDITARSE EL TÍTULO COMPLEJO:

Con el propósito de dar una noción clara del funcionamiento de este tipo de seguro, y sustentar del porque no se debió libra mandamiento de pago dentro del presente proceso, se procederá hacer una breve y clara explicación del trámite que debe realizar la CLINICA LA VICTORIA S.A., ante la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Conforme lo establece el Artículo 8 del Decreto 056 de 2.015, la IPS que haya atendido a la víctima de accidente de tránsito, es la legitimada para reclamar a la compañía aseguradora el reconocimiento y pago del valor del servicio médico prestado, así:

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

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

aseguradora conforme lo establece el Artículo 1.077 del Código de Comercio. La norma referida establece:

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

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

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

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

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

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

*“(…) **Artículo 26.** Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el*

Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

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

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

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

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

(...)

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

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

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

- 1. Primer nombre y primer apellido del paciente*
- 2. Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.*
- 3. Servicio de ingreso.*
- 4. Hora y fecha de ingreso.*
- 5. Servicio de egreso.*
- 6. Hora y fecha de egreso.*
- 7. Motivo de consulta.*
- 8. Enfermedad actual, información que debe contener:*
 - 8.1. La relación con el evento que originó la atención.*
 - 8.2. Relación de recibido del paciente en caso de ingreso por remisión de otra IPS.*
- 9. Antecedentes.*
- 10. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó el servicio.*
- 11. Hallazgos del examen físico.*

12. Diagnóstico de ingreso.
13. Conducta: incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico.
14. Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo.
15. Resultados de la totalidad de procedimientos diagnósticos y todos aquellos que justifiquen los cambios en el manejo o en el diagnóstico.
16. Justificación de indicaciones terapéuticas cuando estas lo ameriten.
17. Diagnósticos de egreso.
18. Condiciones generales a la salida del paciente que incluya incapacidad si la hubiere.
19. Plan de manejo ambulatorio.
20. En caso que el paciente sea remitido a otra IPS, relación de la remisión.
21. Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento

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

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

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

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

13. Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento.

14. Cuando se hayan suministrado medicamentos deberá indicarse presentación, dosificación, frecuencia y tiempo de tratamiento.

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

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

Artículo 33. *La factura o documento equivalente, presentada por los Prestadores de Servicios de Salud, debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes. (...)*

(...) Artículo 36. Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo cual, deberán 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 este decreto y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.

Con el objeto de evitar duplicidad de pagos, dichas entidades podrán cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas, con aquellos disponibles en la base de datos SII ECAT, la base de pólizas expedidas y pagos realizados por las aseguradoras, y la base de datos de indemnizaciones de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, entre otras.

Parágrafo 1°. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán adoptar mecanismos tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias, vigilará que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado en esta disposición, so pena de la imposición de las sanciones correspondientes.

Parágrafo 2°. El Fosyga y las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, en cuanto detecten pólizas sin cobertura, deberán informar los datos conocidos de vehículos no asegurados implicados en un accidente de tránsito, a los organismos de tránsito enunciados en el artículo 6° de la Ley 769 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, para efectos de la aplicación de las multas de que trata el artículo 131 de la citada ley.

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de la indemnización, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

Cuando en los accidentes participen dos o más vehículos y entre ellos haya asegurados y no asegurados o no identificados, se procederá según lo previsto en el presente numeral para el caso de vehículos asegurados, pero el importe correspondiente a la indemnización de los ocupantes del vehículo o vehículos no asegurados o no identificados y el pago que a los terceros correspondería estará a cargo del Fondo de que trata el artículo 198 numeral 1o. del presente Estatuto. (...)

En el caso objeto de estudio, todas las facturas que se relacionan en la demanda, carecen de los documentos que se deben acompañar con la facturas, que soportan la atención a la víctima por parte de la IPS, como por ejemplo, en el evento en que se haya realizado una radiografía, se debe allegar la lectura de la ayuda diagnóstica, la historia clínica, el FURIPS, situación que no ocurre en este caso, pues el demandante, no aportó los documentos establecido en el artículo 26 del decreto 056 del 2015, y de esta forma poder acreditar que efectivamente el servicio que se preste es con ocasión a un accidente de tránsito.

De igual forma, se le aclara al despacho que los soportes de la historia clínica o anexos de la historia clínica están definidos por la resolución No. 1995 de 1999 expedida por el Ministerio de Salud en su artículo 11, en el cual se indica que los anexos son todos los documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como autorizaciones, declaraciones de retiro, imágenes diagnósticas, reportes de interpretación de las imágenes diagnósticas, reportes de exámenes paraclínicos. Si revisamos los documentos allegados por la EJECUTANTE, junto con la demanda, encontramos que no fueron acreditados los anteriores anexos de las historias clínicas, así como tampoco se aportan para el caso del cobro de material de osteosíntesis, las facturas o soportes de compra de estos materiales, los cuales son obligatorios aportar como lo establece el decreto 56 de 2015.

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

“(...) Así las cosas no era del caso entrar a averiguar si la aseguradora devolvió, objeto o glosó las facturas en los términos establecidos por la ley, por el contrario no debió librarse mandamiento de pago puesto que no acompañarse a las facturas aportadas

en documentos la reclamación y los documentos exigidos por las normas comerciales especiales, antes citadas, no era posible determinar los precisos parámetros de la obligación, motivo por el cual estas facturas por sí solas no cumplen con las exigencias legales para ser consideradas títulos de recaudo ejecutivo. En consecuencia, está llamada a prosperar la excepción de mérito de ausencia de exigibilidad de la factura por no acreditarse el título complejo frente a todos y cada una de las facturas arribadas al expediente. (...)

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

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

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

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

(...)

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

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

(...)

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

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

Por lo anterior solicito muy respetuosamente al Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, REVOCAR en su integridad la sentencia de primera instancia de fecha 20 de agosto de 2020, por lo expuesto en este acápite.

3. PRESCRIPCIÓN DE CONTRATO DE SEGURO, PARA TODAS LAS FACTURAS QUE SE RECLAMAN

Ahora bien, como ya se dejó claro que las normas aplicables son las contenidas en el contrato de seguros, se debe que estudiar la prescripción contenida en el artículo 1081 del código de comercio, por lo tanto tenemos que CLINICA LA VICTORIA S.A.S., con la presente demanda ejecutiva pretende el pago de varias facturas generadas como consecuencia de la prestación de servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios proporcionados a pacientes lesionados en

accidentes de tránsito amparados por pólizas SOAT expedidas por la sociedad COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

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 con el amparo que se pretenda afectar. Indicó la Corte:

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

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

Por demás, no sobra aclarar que esta última disposición guarda correspondencia con distintos pronunciamientos en los que, en casos fácticamente similares, esta Corporación ha sostenido que, para efectos de reclamar la cobertura de distintas pólizas de seguro, el término de prescripción de la solicitud solo se puede contabilizar a partir del conocimiento del estado de invalidez o la incapacidad permanente calificada. Al respecto, sentencias como la T-309A, T-557 y T-662 de 2013 coinciden en que la cobertura de los

seguros que amparan aquellos riesgos pende del dictamen de la Junta de Invalidez correspondiente, pues el hecho fundamental que da base a la reclamación es la pérdida de capacidad laboral u ocupacional declarada, tanto así que sin dicha calificación un beneficiario estaría imposibilitado para presentar la reclamación, pues es a partir de la valoración técnica que se sabe con certeza si la persona tiene derecho, o no, a reclamar el pago de la póliza.

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

Ahora bien, aunque el término para presentar dicha reclamación económica ante la compañía de seguros que opera el SOAT se debe contar a partir de la fecha en que adquiere firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, la norma también establece, tal y como ya se mencionó, que entre la ocurrencia del accidente de tránsito y la solicitud de calificación de la invalidez no pueden transcurrir más de dieciocho meses calendario, so pena de que la solicitud se rechace.

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

Por ese motivo, si antes de los dieciocho meses siguientes al accidente de tránsito la víctima solicita a la compañía de seguros adelantar las gestiones pertinentes para calificar el grado de invalidez ocasionado por el siniestro, pero esta última dilata caprichosamente el proceso y presenta la solicitud de calificación a la junta por fuera de dicho término, no podría objetar la reclamación de la indemnización aduciendo aquella extemporaneidad, pues estaría alegando a su favor la propia culpa y obteniendo provecho de una demora infundada, es decir, de un retraso que no resultaría imputable a la víctima cuando esta acude en tiempo a la compañía de seguros, ya que la

solicitud de calificación ante la junta, así como el pago de sus honorarios, son deberes en cabeza de la aseguradora que, en esa medida, exigen —por parte de la entidad— un cumplimiento diligente, oportuno y desprovisto de actuaciones contrarias a la buena fe, conforme reza el artículo 83 superior .

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

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

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

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

Mediante sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Quinta Civil-Familia Magistrada Sustanciadora: GUIOMAR PORRAS DEL VECCHIO

Código. 08-001-31-53-013-2017-00149-03 Rad. Interno. 42686 Barranquilla, doce (12) de agosto de dos mil veinte (2020). Discutido y aprobado en Sala según acta n°. 053., en un caso similar, se manifestó que la prescripción aplicar es estos procesos es el artículo 1081 del código de Comercio, así:

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

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

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

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 existen reclamaciones que datan del año 2.015, 2.016, 2.017 y 2.018, es decir, con más de 2 años, 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 de la demanda en el año 2018, para la mayoría de facturas transcurrieron más de 2 años, por lo que todas y cada una de esas reclamaciones que allega la parte ejecutante se encuentran prescritas.

De acuerdo con los argumentos expuestos, deberá TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA DECLARAR PROBADA LA EXCEPCIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL SEGURO SOAT, de aquellas reclamaciones cuya fecha de presentación a la aseguradora, y la fecha de presentación de la demanda, transcurrieron más de 2 años, tal y como ocurre con algunas de las facturas que se están reclamando en el presente proceso.

4. PAGO TOTAL DE LA OBLIGACION

En la sentencia de proferida por el Juzgado Noveno Civil del circuito de Barranquilla, niega la excepción de PAGO TOTAL DE LA OBLIGACION, con fundamento a lo siguiente:

“No se prueba que se haya realizado pago o transferencia alguna a la cuenta de la entidad accionante por parte de la aseguradora, lo anterior teniendo en cuenta que por ello a la luz del proceso se aportaron las copias de unos extractos bancarios del banco de Bogotá, correspondiente a la cuenta 000790113 de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS pero a ninguna vista indican claridad de que dichas consignaciones hayan sido sufragadas con destino a cuentas de la CLÍNICA LA VICTORIA y mucho menos referidos a facturas emanadas de la entidad acreedora, por lo que no se prueba por la endiligada que se haya sufragado pago alguno”.

El despacho hace esta interpretación, sin ir más allá del asunto, no utilizo los medios probatorios, para poder encontrar la verdad judicial, y lo resalto, porque el despacho niega la prosperidad de esta excepción por el hecho de que efectivamente hay pagos, pero no se prueba que ese dinero girado por Compañía Mundial de Seguros S.A. son a cargo de las facturas que hoy se reclaman por la vía ejecutiva, se reitera que el propósito del interrogatorio de parte y del testimonio solicitado por mi representada es verificar tanto con el representante legal de la IPS, que efectivamente dichas facturas fueron pagadas por mi representada, se debe que tener en cuenta, que los pagos que realizan las aseguradoras a la IPS, se han en un solo monto y en ese solo monto se incluyen varias facturas que es lo que se denomina CARTERA SOAT, por lo que despacho debió controvertir con la IPS si efectivamente recibió el pago, aquí no se puede condenar hacer un doble pago y mas cuando estamos hablando de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que debe haber una veeduría por parte de los operadores judiciales, por tal razón y con fundamento a los siguiente se debe que dar por probada dicha excepción.

De conformidad a lo establecido por el artículo 1625 del Código Civil Colombiano, el pago es uno de los modos de extinguir las obligaciones:

“(...) ARTICULO 1625. 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.**
- 2o.) Por la novación.
- 3o.) Por la transacción.
- 4o.) Por la remisión.
- 5o.) Por la compensación.
- 6o.) Por la confusión.
- 7o.) Por la pérdida de la cosa que se debe.
- 8o.) Por la declaración de nulidad o por la rescisión.
- 9o.) Por el evento de la condición resolutoria.
- 10.) Por la prescripción.

De la transacción y la prescripción se tratará al fin de este libro; de la condición resolutoria se ha tratado en el título De las obligaciones condicionales. (...)

Dado a que nos encontramos frente a un CONTRATO DE SEGUROS mi representada posterior a cada reclamación¹⁴, consideró parcialmente acreditado, para esas facturas, los requisitos del artículo 1077 del código de comercio y adicionalmente para este caso los requisitos del artículo 4 del decreto 3990 de 2007 y el artículo 26 del Decreto 056 de 2015, por lo cual realizó el pago de cada una de estas reclamaciones.

Es importante aclarar que cada una de las facturas hacen parte de un siniestro y una póliza de SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO (SOAT), por lo tanto no es posible que el demandante pretenda que cada una de las reclamaciones por el solo hecho de haber sido presentada ante mi representada y acreditada una presunta aceptación se entienda formalizado el reclamo, ya que es evidente que se debe cumplir con la demostración de ocurrencia y cuantía, tal y como lo exige el artículo 1077 del código de comercio, tal y como lo solicito mi representada.

En ese sentido, es claro que mi representada, por medio de transferencia electrónica realizo el pago de las facturas, relacionadas en el ANEXO1 PAGO TOTAL DE FACTURAS y los comprobantes de transacción realizada por mi representada a la ejecutante; y que la parte demandante ahora pretende cobrar mediante el proceso ejecutivo que se encuentra en debate, por lo que es claro que dicha factura no puede ser tenida en cuenta dentro de las pretensiones de la demanda al ya haber sido pagada por parte de mi representada, para mayor ilustración del despacho de soportar los pagos de dichas facturas se solicitara el testimonio del Dr. Ariel Cardenas, que es el Asesor de SOAT de mi representada, de igual forma me permito relacionar a continuación:

FACTURA	SALDO PRETENDIDO IPS	FECHA PAGO	DOCUMENTO DE PAGO	OBSERVACIONES FACTURA
126060	245.900	4/06/2019	351161	PAGO TOTAL
140810	378.000	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
160385	341.022	14/05/2019	348120	LIQUIDADO CON PAGO
160404	44.000	14/05/2019	348120	LIQUIDADO CON PAGO
160239	57.000	14/05/2019	348120	LIQUIDADO CON PAGO
160485	2.731.364	2/04/2019	341447	LIQUIDADO CON PAGO
159756	260.400	2/04/2019	341447	LIQUIDADO CON PAGO

14 "(...) La formulación de la reclamación, que, a diferencia del aviso del siniestro, huérfano de toda prueba, requiere fundamento probatorio, marca el importante momento en el cual comienza a contarse para la aseguradora el plazo que le concede el numeral 3 del artículo 1053, en concordancia con el artículo 1080 del código de comercio, para pagar las pérdidas ocasionadas por el siniestro u objetar fundadamente. De ahí es que soy preciso en señalar que solo cuando la reclamación se ha presentado completa es cuando empieza a correr ese plazo, pues sé de múltiples casos en que se allegan apenas parcialmente las pruebas necesarias para acreditar la existencia del siniestro y su cuantía, o solo se demuestra uno de esos aspectos, sin que empiece a correr el termino para pagar u objetar, porque solo frente a una reclamación cabal es cuando se inicia su computo. (...) LOPEZ BLANCO, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGUROS. Editorial Dupré. Cuarta Edición 2004. Pág.179

162554	822.800	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
161924	770.200	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
162616	723.806	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
162891	1.277.387	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
162958	1.294.001	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
162771	540.925	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
163086	561.255	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
162604	739.100	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
161318	496.501	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
161862	516.720	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
160874	490.796	28/05/2019	350071	PAGO TOTAL
161181	876.546	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
161993	546.126	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
162551	519.400	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
164461	2.439.000	2/04/2019	341447	PAGO TOTAL
163374	2.324.200	2/04/2019	341447	PAGO TOTAL
164285	2.685.300	2/04/2019	341447	PAGO TOTAL
163886	2.575.536	2/04/2019	341447	PAGO TOTAL
164262	1.132.000	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
163687	1.132.000	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
162818	713.301	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
162766	897.100	14/05/2019	348120	PAGO TOTAL
TOTAL	\$ 28.131.686			

Por todo lo dicho, es evidente que, con los pagos realizados, mi representada SE ENCUENTRA AL DIA CON LA ENTIDAD DEMANDANTE, con respecto a las facturas arriba relacionadas presentadas en cada uno de los siniestros que generaron la afectación de las distintas pólizas de seguro, por lo tanto, solicito a usted muy respetuosamente se sirva declarar acreditada la presente excepción propuesta, la cual exime de cualquier condena a mi representada.

5. AUSENCIA DE COBERTURA DEL EVENTO RECLAMADO EN RAZÓN QUE LA SUMA DE DINERO QUE SE RECLAMA EN LAS FACTURAS NO ESTA CUBIERTO POR EL SEGURO DE ACCIDENTES DE TRANSITO – SOAT. OBJECION NO ACCIDENTE DE TRANSITO.

Como lo hemos venido manifestando, es claro tanto para nosotros como para la sociedad DEMANDANTE, que el trámite que le corresponde a las reclamaciones de las facturas se rige dentro del marco de las normas que regulan el CONTRATO DE SEGURO, pues no puede su señoría confundirse, ya que no es posible aplicar las normas de la ACCION CAMBIARIA, en un caso como el que nos ocupa, por existir norma especial.

Siendo así, la única forma que habilitaría el proceso ejecutivo sería la establecida en el artículo 1053 del comercio en su numeral 3, pero lo más importante es tener la claridad que el hecho que se inicie un juicio ejecutivo contra el asegurador por esas razones, no le impide presentar los argumentos exceptivos que considere necesarios, como bien lo ha establecido la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA:

“(...) 3.- Si el beneficiario reclama pago ante el asegurador, con base en un riesgo no amparado, ya sea porque el siniestro ocurrido es totalmente ajeno al contratado o porque la especie reclamada está excluida contractualmente del género constitutivo del siniestro, ningún derecho puede surgir para el primero de la simple circunstancia de que su reclamación no sea objetada por el segundo en el plazo legal, porque esa omisión no es en el derecho colombiano fuente de obligaciones. - Por lo mismo el juzgador, frente a la inexistencia de contrato que recaiga sobre el riesgo específico en que se apoye la demanda, ninguna obligación puede deducir a cargo de la Compañía Aseguradora, ni siquiera pretextando que ésta se abstuvo de objetar extrajudicialmente la reclamación. No tiene aquí otro camino el fallador que admitir la defensa correspondiente, pues la ausencia de objeción no es óbice para reconocer los hechos exceptivos relacionados con la obligación demandada, o sea, aquellos que tiendan a establecer que el derecho del asegurado no existe por no haber nacido a la vida Jurídica o por haberse extinguido una vez nacido o por haber sufrido modificaciones, o por inexigibilidad actual del mismo. (...)”¹⁵ (Negrillas y subrayas por fuera del texto original)

Lo subrayado deja en claro que, si se llegare a considerar que la reclamación no fue objetada por el asegurador en el plazo legal, es claro que, al existir una exclusión del género constitutivo de un evento, ningún derecho puede surgir, pues esa omisión no es en derecho colombiano fuente de obligación.

15 Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de fecha 28 de junio de 1993. M.P. NICOLAS BECHARA SIMANCAS. Gaceta Judicial. T. CCXXII No. 2461, primer semestre de 1993, págs. 616-627

La doctrina por su parte ha establecido lo siguiente:

“(...) En este orden de ideas, si la falta absoluta de objeción no elimina la posibilidad de defensa para la aseguradora, mucho menos puede predicarse tal consecuencia cuando se presenta una objeción seria y fundada en la que se expresan algunos motivos, pues aunque lo deseable es que la compañía exponga, en la medida de lo posible, todas las razones que tiene para negar el pago de una indemnización, nada impide la aducción posterior de otros argumentos que, desde luego, tendrán que ser considerados en el momento de resolver un eventual conflicto. (...)”¹⁶

Ahora, con lo anterior clarificado, aterrizo en el caso concreto, en el cual debo mencionar que mi representada, al existir dudas en las circunstancias del caso, contrató los servicios de una agencia investigadora independiente, la cual procedió a hacer un estudio del caso en mención, acercándose al lugar de los hechos, recaudando material probatorio y en el cual se demostró que las facturas anteriormente señaladas no deben ser canceladas por parte de mi representada a la CLINICA LA VICTORIA S.A.S., toda vez que de acuerdo con las investigaciones hechas por parte de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., para cada uno de estos casos se pudo corroborar que los hechos relacionados con la facturas no obedeció a un accidente de tránsito, por tal motivo mi representada realizó las objeciones que se relacionaron en el anexo 2, y la cual se encuentran con su debida investigación por parte de la empresa investigadora contratada por mi representada y sus respectiva objeción con su guía de entrega, siendo así las cosas COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., no debe pagar dichas facturas, por no estar satisfechos los requisitos legales dentro de la presente materia.

FACTURA	SALDO PRETENDIDO IPS	OBSERVACIONES FACTURA
147485	418.300	OBJECION NO ACCIDENTE DE TRANSITO
149713	484.378	OBJECION NO ACCIDENTE DE TRANSITO
140878	159.940	OBJECION NO ACCIDENTE DE TRANSITO
144373	257.270	OBJECION NO ACCIDENTE DE TRANSITO
143418	201.520	OBJECION NO ACCIDENTE DE TRANSITO
138244	195.378	OBJECION NO ACCIDENTE DE TRANSITO
152120	591.048	OBJECION NO ACCIDENTE DE TRANSITO
129199	803.828	OBJECION NO ACCIDENTE DE TRANSITO

¹⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala De Casación Civil. RAD. SC-096/2006 de fecha 27 de julio de 2006. M.P. CESAR JULIO VALENCIA COPETE.

144369	407.670	OBJECION NO ACCIDENTE DE TRANSITO
146988	220.540	OBJECION NO ACCIDENTE DE TRANSITO
TOTAL	\$ 3.739.872	

En ese sentido, cabe precisar que mi representada por medio de correo certificado le comunicó a la CLINICA LA VICTORIA S.A.S., la objeción anteriormente enunciada, informándole las razones que hoy día ratificamos y que desafortunadamente impiden que asumamos el pago de la reclamación que presentaron en su oportunidad con relación a los accidentes de tránsito que están siendo reclamadas en las facturas señaladas en la presente excepción, el juzgado noveno civil del circuito paso por alto y no tuvo una debida valoración de la prueba, toda vez que se aportó carta de objeción y constancia de envío a la IPS, que es la obligación que tienen las aseguradoras una vez se radique la reclamación por parte de la IPS, ahora bien, como el despacho solo se centró en analizar, esta premisa *“se reclaman facturas, el deudor debe que probar el pago”*, pero no analizo lo argumentado por mi representada del porque no era procedente el pago de dicha factura, y estamos hablando de que dicha factura, se debió originar de un accidente de tránsito, y esta es la condición más importante para que la IPS pueda reclamarles a las Aseguradoras, que la atención sea derivada de un accidente de tránsito, porque si no fuese así, todas las IPS pasaran casos de EPS ARL SISBEN a las aseguradoras, por ser las entidades que pagan la atención medica más rápida, el despacho de primera instancia fue voy superficial al hacer su labor de operador judicial en busca de la verdad judicial, muy a pesar que dentro del plenario existen investigaciones por parte de un tercero externo a mi representada donde hizo la labor investigativa si el siniestro es derivado de un accidente de tránsito, lo cuales ellos concluyeron que no era de un accidente de tránsito.

6. AUSENCIA DE COBERTURA DEL EVENTO RECLAMADO EN VIRTUD QUE LAS FACTURAS QUE RECLAMAN EN LA PRESENTE DEMANDA POR OBJECION DATOS CARENTES- SOPORTES

Como lo hemos venido manifestando, es claro tanto para nosotros como para la sociedad DEMANDANTE, que el trámite que le corresponde a las reclamaciones que se relacionan a continuación y demás reclamaciones que también fueron objetadas en el presente proceso por el mismo motivo, se rigen dentro del marco de las normas que regulan el CONTRATO DE SEGURO, pues no puede su señoría confundirse, ya que no es posible aplicar las normas de la ACCION CAMBIARIA, en un caso como el que nos ocupa, por existir norma especial.

Siendo así, la única forma que habilitaría el proceso ejecutivo sería la establecida en el artículo 1053 del comercio en su numeral 3, pero lo más importante es tener la claridad que el hecho que se inicie un juicio ejecutivo contra el asegurador por esas razones, no le impide presentar los argumentos exceptivos que considere necesarios, como bien lo ha establecido la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA:

“(...) 3.- Si el beneficiario reclama pago ante el asegurador, con base en un riesgo no amparado, ya sea porque el siniestro ocurrido es totalmente ajeno al contratado o porque la especie reclamada está excluida contractualmente del género constitutivo del siniestro, ningún derecho puede surgir para el primero de la simple circunstancia de que su reclamación no sea objetada por el segundo en el plazo legal, porque esa omisión no es en el derecho colombiano fuente de obligaciones. - Por lo mismo el juzgador, frente a la inexistencia de contrato que recaiga sobre el riesgo específico en que se apoye la demanda, ninguna obligación puede deducir a cargo de la Compañía Aseguradora, ni siquiera pretextando que ésta se abstuvo de objetar extrajudicialmente la reclamación. No tiene aquí otro camino el fallador que admitir la defensa correspondiente, pues la ausencia de objeción no es óbice para reconocer los hechos exceptivos relacionados con la obligación demandada, o sea, aquellos que tiendan a establecer que el derecho del asegurado no existe por no haber nacido a la vida Jurídica o por haberse extinguido una vez nacido o por haber sufrido modificaciones, o por inexigibilidad actual del mismo. (...)”¹⁷⁶ (Negrillas y subrayas por fuera del texto original)

Lo subrayado deja en claro que, si se llegare a considerar que la reclamación no fue objetada por el asegurador en el plazo legal, es claro que, al existir una exclusión del género constitutivo de un evento, ningún derecho puede surgir, pues esa omisión no es en derecho colombiano fuente de obligación.

La doctrina por su parte ha establecido lo siguiente:

*“(...) En este orden de ideas, si la falta absoluta de objeción no elimina la posibilidad de defensa para la aseguradora, mucho menos puede predicarse tal consecuencia cuando se presenta una objeción seria y fundada en la que se expresan algunos motivos, pues aunque lo deseable es que la compañía exponga, en la medida de lo posible, todas las razones que tiene para negar el pago de una indemnización, nada impide la aducción posterior de otros argumentos que, desde luego, tendrán que ser considerados en el momento de resolver un eventual conflicto. (...)”*¹⁸⁷

Ahora, con lo anterior clarificado, aterrizo en el caso concreto, en el cual debo mencionar que mi representada, al existir dudas en las circunstancias del caso, contrató los servicios de una agencia investigadora independiente, la cual procedió a hacer investigación del caso en mención, acercándose al lugar de los hechos, recaudando material probatorio y en el cual se demostró que las facturas anteriormente señaladas no puede ser pagadas por parte de mi representada a la CLINICA LA VICTORIA S.A.S., toda vez que según las investigaciones hechas por parte de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., para cada uno de estos casos se pudo corroborar que las siguientes facturas se objetan por DATOS CARENTES – SOPORTES, no se encontraban completos los documentos exigidos por la ley en este tipo de reclamaciones de Accidente de tránsito.

¹⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de fecha 28 de junio de 1993. M.P. NICOLAS BECHARA SIMANCAS. Gaceta Judicial. T. CCXXII No. 2461, primer semestre de 1993, págs. 616-627

¹⁸ Corte Suprema de Justicia. Sala De Casación Civil. RAD. SC-096/2006 de fecha 27 de julio de 2006. M.P. CESAR JULIO VALENCIA COPETE.

FACTURA	SALDO PRETENDIDO IPS	OBSERVACIONES FACTURA
162674	58.060	OBJECION PARCIAL SOPORTES

En ese sentido, cabe precisar que mi representada por medio de correo certificado le comunicó a la CLINICA LA VICTORIA S.A.S., la objeción anteriormente enunciada, informándole las razones que hoy día ratificamos y que desafortunadamente impiden que asumamos el pago de la reclamación que presentaron en su oportunidad con relación a los accidentes de tránsito que están siendo reclamadas en las facturas señaladas en la presente excepción.

7. AUSENCIA DE COBERTURA DEL EVENTO RECLAMADO EN VIRTUD QUE LAS FACTURAS QUE RECLAMAN EN LA PRESENTE DEMANDA POR OBJECION MAYOR VALOR COBRADO.

La sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado Noveno Civil del Circuito de Barranquilla resuelve negar la prosperidad de la presente excepción argumentando lo siguiente:

Esta excepción se niega bajo los mismos planteamientos que se exponen más adelante al resolver la excepción denominada “Facturas que reclaman en la presente demanda fueron aceptado por conciliación celebrada los días 18 de febrero de 2019 y 23 de abril de 2019”

Es de resaltar que la negación de la esta excepción no fue motivada por el despacho, y maxime que remite una excepción que tiene argumentos facticos y legales diferentes al momento que se presentó, por lo que estamos en frente una ausencia de motivación de la sentencia.

la ausencia de motivación se da cuando al tomar una decisión el Juez no señala los motivos que tuvo para hacerlo, es decir no realiza una justificación de las razones de hecho y de derecho que lo llevaron, sobre el particular la Corte Constitucional ha desarrollado este tema en varias oportunidades y en consonancia con lo que ha establecido ésta Corporación sobre la importancia de la obligación de motivación en nuestro ordenamiento jurídico como garantía a derechos fundamentales de los intervinientes en el proceso y como limite a la arbitrariedad del poder de los operadores jurídicos, ha enunciado los casos en los que se ésta en una situación de falta o ausencia de motivación, así:

“... una autoridad judicial incurre en una decisión sin motivación y, por consiguiente, desconoce el derecho fundamental al debido proceso de una persona, cuando la providencia judicial (i) no da cuenta de los hechos y los argumentos traídos por los sujetos vinculados al proceso, particularmente cuando resultan esenciales para el sentido de la decisión (ii) no justifica el motivo por el cual se abstiene de pronunciarse

sobre ciertos temas o (iii) los despacha de manera insuficiente, bajo consideraciones retóricas o en conjeturas carentes de sustento probatorio o jurídico alguno.¹⁹

De igual forma, ha entendido la Corte que “la falta de motivación es un defecto de las providencias judiciales cuando se adoptan sin justificación suficiente”.²⁰

La deficiencia se da cuando falta la justificación interna y la justificación externa de la decisión, a diferencia del defecto por motivación insuficiente que se presenta cuando hay una falta de justificación externa ó carencia de justificación interna (Este defecto de la motivación será abordado posteriormente).

Así, es claro que la falta o ausencia de motivación de las resoluciones judiciales, desatendiendo las normas que determinan su contenido es causa de infracción de las normas que desarrollan los derechos que con ésta se garantizan.

En efecto, en la sentencia C-037 de 1996, analizando la constitucionalidad del artículo 55 de la Ley Estatutaria de Administración de Justicia, la Corte sostuvo que:

“... no cabe duda de que la más trascendental de las atribuciones asignadas al juez y la que constituye la esencia misma del deber constitucional de administrar justicia, es la de resolver, con imparcialidad, en forma oportuna, efectiva y definitiva los asuntos que los sujetos procesales someten a su consideración (Art. 228 C.P.). Para ello, es indispensable, como acertadamente se dice al inicio de la disposición que se revisa, que sean analizados todos los hechos y asuntos planteados dentro del debate judicial e, inclusive, que se expliquen en forma diáfana, juiciosa y debidamente sustentada, las razones que llevaron al juez para desechar o para aprobar los cargos que fundamenten el caso en concreto.”²¹

Se entiende entonces, que cuando el funcionario judicial no realiza lo enunciado y expuesto por la Corte en el párrafo anterior, está incurriendo en el vicio de ausencia o falta de motivación.

Por anterior, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Civil Familia, debe que llenar el vacío que dejó el juzgador de primera instancia, y el alto tribunal distrital debe declarar prospera la excepción por los siguientes argumentos.

Como lo hemos venido manifestando, es claro tanto para nosotros como para la sociedad DEMANDANTE, que el trámite que le corresponde a las reclamaciones que se relacionan a continuación y demás reclamaciones que también fueron objetadas en el presente proceso por el mismo motivo, se rigen dentro del marco de las normas que regulan el CONTRATO DE SEGURO, pues no puede su señoría confundirse, ya que no es posible aplicar las normas de la ACCION CAMBIARIA, en un caso como el que nos ocupa, por existir norma especial.

19 CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIA, Sentencia 709 del 8 de septiembre de 2010, Bogotá D.C. M.P. Jorge Ivan Palacio Palacio

20 CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIA, Sentencia 589 del 26 de julio de 2010, Bogotá D.C. M.P. María Victoria Calle Correa

21 CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIA, Sentencia C-037 del 5 de febrero de 1996, Bogotá D.C. M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

Siendo así, la única forma que habilitaría el proceso ejecutivo sería la establecida en el artículo 1053 del comercio en su numeral 3, pero lo más importante es tener la claridad que el hecho que se inicie un juicio ejecutivo contra el asegurador por esas razones, no le impide presentar los argumentos exceptivos que considere necesarios, como bien lo ha establecido la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA:

*“(...) 3.- Si el beneficiario reclama pago ante el asegurador, con base en un riesgo no amparado, ya sea porque el siniestro ocurrido es totalmente ajeno al contratado o porque la especie reclamada está excluida contractualmente del género constitutivo del siniestro, ningún derecho puede surgir para el primero de la simple circunstancia de que su reclamación no sea objetada por el segundo en el plazo legal, porque esa omisión no es en el derecho colombiano fuente de obligaciones. - Por lo mismo el juzgador, frente a la inexistencia de contrato que recaiga sobre el riesgo específico en que se apoye la demanda, ninguna obligación puede deducir a cargo de la Compañía Aseguradora, ni siquiera pretextando que ésta se abstuvo de objetar extrajudicialmente la reclamación. No tiene aquí otro camino el fallador que admitir la defensa correspondiente, pues la ausencia de objeción no es óbice para reconocer los hechos exceptivos relacionados con la obligación demandada, o sea, aquellos que tiendan a establecer que el derecho del asegurado no existe por no haber nacido a la vida Jurídica o por haberse extinguido una vez nacido o por haber sufrido modificaciones, o por inexigibilidad actual del mismo. (...)”*²²¹¹ (Negritas y subrayas por fuera del texto original)

Lo subrayado deja en claro que, si se llegare a considerar que la reclamación no fue objetada por el asegurador en el plazo legal, es claro que, al existir una exclusión del género constitutivo de un evento, ningún derecho puede surgir, pues esa omisión no es en derecho colombiano fuente de obligación.

La doctrina por su parte ha establecido lo siguiente:

*“(...) En este orden de ideas, si la falta absoluta de objeción no elimina la posibilidad de defensa para la aseguradora, mucho menos puede predicarse tal consecuencia cuando se presenta una objeción seria y fundada en la que se expresan algunos motivos, pues aunque lo deseable es que la compañía exponga, en la medida de lo posible, todas las razones que tiene para negar el pago de una indemnización, nada impide la aducción posterior de otros argumentos que, desde luego, tendrán que ser considerados en el momento de resolver un eventual conflicto. (...)”*²³¹²

Ahora, con lo anterior clarificado, aterrizo en el caso concreto, en el cual debo mencionar que mi representada, al existir dudas en las circunstancias del caso, contrató los servicios de una agencia investigadora independiente y de igual forma el equipo de auditoría interna de SOAT, la cual procedió a hacer investigación del caso en mención, acercándose al lugar de los hechos, recaudando material probatorio y en el cual se demostró que las facturas anteriormente señaladas no puede ser pagadas por parte de mi representada a la CLINICA LA VICTORIA S.A.S. , toda vez que según las investigaciones hechas por parte de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., para

²² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de fecha 28 de junio de 1993. M.P. NICOLAS BECHARA SIMANCAS. Gaceta Judicial. T. CCXXII No. 2461, primer semestre de 1993, págs. 616-627

²³ Corte Suprema de Justicia. Sala De Casación Civil. RAD. SC-096/2006 de fecha 27 de julio de 2006. M.P. CESAR JULIO VALENCIA COPETE.

cada uno de estos casos se pudo corroborar que las siguientes facturas se objetan por MAYOR VALOR COBRADO.

FACTURA	SALDO PRETENDIDO IPS	OBSERVACIONES FACTURA
92434	106.907	OBJECION PARCIAL MAYOR VALOR COBRADO
92233	35.683	OBJECION PARCIAL MAYOR VALOR COBRADO
143322	4.467.912	OBJECION PARCIAL MAYOR VALOR COBRADO
148863	63.676	OBJECION PARCIAL MAYOR VALOR COBRADO
155735	33.522	OBJECION PARCIAL MAYOR VALOR COBRADO
155889	150.153	OBJECION PARCIAL MAYOR VALOR COBRADO
162853	2.295.600	OBJECION PARCIAL MAYOR VALOR COBRADO
160631	208.300	OBJECION PARCIAL MAYOR VALOR COBRADO
160730	36.608	OBJECION PARCIAL MAYOR VALOR COBRADO
162823	176.193	OBJECION PARCIAL MAYOR VALOR COBRADO
166288	31.531	OBJECION PARCIAL MAYOR VALOR COBRADO
163048	33.522	OBJECION PARCIAL MAYOR VALOR COBRADO
TOTAL	\$ 7.639.607	

En cuanto a los insumos médicos utilizados en la atención brindada por la IPS, fueron facturados con un mayor valor al comercial, conforme a lo estipulado en el artículo 56 del decreto 2434 del 1996 que dice:

*ARTICULO 56. Las drogas, medicamentos y soluciones que se prescriban para el tratamiento del paciente, incluidos los elementos que se requieran en su aplicación (jeringas, agujas, equipos), diferentes a las que se consuman en los quirófanos, sala de parto, salas especiales para procedimientos y de recuperación, **se pagarán hasta por el precio comercial del catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente.** El mismo precio se aplicará a las drogas y medicamentos que se utilicen en la realización de cualquier procedimiento definido en el Capítulo II, salvo las excepciones establecidas en este Decreto. (negrilla y subrayado nuestro)*

En ese sentido, cabe precisar que mi representada por medio de correo certificado le comunicó a la CLINICA LA VICTORIA S.A.S., la objeción anteriormente enunciada, informándole las razones que hoy día ratificamos y que desafortunadamente impiden que asumamos el pago de la reclamación que presentaron en su oportunidad con relación a los accidentes de tránsito que están siendo reclamadas en las facturas señaladas en la presente excepción.

8. AUSENCIA DE COBERTURA DEL EVENTO RECLAMADO EN VIRTUD QUE LAS FACTURAS QUE RECLAMAN EN LA PRESENTE DEMANDA POR OBJECION PARCIAL POR PERTINENCIA MEDICA.

La sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado Noveno Civil del Circuito de Barranquilla resuelve negar la prosperidad de la presente excepción argumentando lo siguiente:

Esta excepción se niega bajo los mismos planteamientos que se exponen más adelante al resolver la excepción denominada “Facturas que reclaman en la presente demanda fueron aceptado por conciliación celebrada los días 18 de febrero de 2019 y 23 de abril de 2019”

Es de resaltar que la negación de la esta excepción no fue motivada por el despacho, y maxime que remite una excepción que tiene argumentos facticos y legales diferentes al momento que se presentó, por lo que estamos en frente una ausencia de motivación de la sentencia.

la ausencia de motivación se da cuando al tomar una decisión el Juez no señala los motivos que tuvo para hacerlo, es decir no realiza una justificación de las razones de hecho y de derecho que lo llevaron, sobre el particular la Corte Constitucional ha desarrollado este tema en varias oportunidades y en consonancia con lo que ha establecido ésta Corporación sobre la importancia de la obligación de motivación en nuestro ordenamiento jurídico como garantía a derechos fundamentales de los intervinientes en el proceso y como limite a la arbitrariedad del poder de los operadores jurídicos, ha enunciado los casos en los que se ésta en una situación de falta o ausencia de motivación, así:

“... una autoridad judicial incurre en una decisión sin motivación y, por consiguiente, desconoce el derecho fundamental al debido proceso de una persona, cuando la providencia judicial (i) no da cuenta de los hechos y los argumentos traídos por los sujetos vinculados al proceso, particularmente cuando resultan esenciales para el sentido de la decisión (ii) no justifica el motivo por el cual se abstiene de pronunciarse sobre ciertos temas o (iii) los despacha de manera insuficiente, bajo consideraciones retóricas o en conjeturas carentes de sustento probatorio o jurídico alguno.²⁴¹³

24 149CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIA, Sentencia 709 del 8 de septiembre de 2010, Bogotá D.C. M.P. Jorge Ivan Palacio Palacio

De igual forma, ha entendido la Corte que “la falta de motivación es un defecto de las providencias judiciales cuando se adoptan sin justificación suficiente”.²⁵¹⁴

La deficiencia se da cuando falta la justificación interna y la justificación externa de la decisión, a diferencia del defecto por motivación insuficiente que se presenta cuando hay una falta de justificación externa ó carencia de justificación interna (Este defecto de la motivación será abordado posteriormente).

Así, es claro que la falta o ausencia de motivación de las resoluciones judiciales, desatendiendo las normas que determinan su contenido es causa de infracción de las normas que desarrollan los derechos que con ésta se garantizan.

En efecto, en la sentencia C-037 de 1996, analizando la constitucionalidad del artículo 55 de la Ley Estatutaria de Administración de Justicia, la Corte sostuvo que:

“... no cabe duda de que la más trascendental de las atribuciones asignadas al juez y la que constituye la esencia misma del deber constitucional de administrar justicia, es la de resolver, con imparcialidad, en forma oportuna, efectiva y definitiva los asuntos que los sujetos procesales someten a su consideración (Art. 228 C.P.). Para ello, es indispensable, como acertadamente se dice al inicio de la disposición que se revisa, que sean analizados todos los hechos y asuntos planteados dentro del debate judicial e, inclusive, que se expliquen en forma diáfana, juiciosa y debidamente sustentada, las razones que llevaron al juez para desechar o para aprobar los cargos que fundamenten el caso en concreto.”¹⁵

Se entiende entonces, que cuando el funcionario judicial no realiza lo enunciado y expuesto por la Corte en el párrafo anterior, está incurriendo en el vicio de ausencia o falta de motivación.

Por anterior, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Civil Familia, debe que llenar el vacío que dejó el juzgador de primera instancia, y el alto tribunal distrital debe declarar prospera la excepción por los siguientes argumentos.

Como lo hemos venido manifestando, es claro tanto para nosotros como para la sociedad DEMANDANTE, que el trámite que le corresponde a las reclamaciones que se relacionan a continuación y demás reclamaciones que también fueron objetadas en el presente proceso por el mismo motivo, se rigen dentro del marco de las normas que regulan el CONTRATO DE SEGURO, pues no puede su señoría confundirse, ya que no es posible aplicar las normas de la ACCION CAMBIARIA, en un caso como el que nos ocupa, por existir norma especial.

Siendo así, la única forma que habilitaría el proceso ejecutivo sería la establecida en el artículo 1053 del comercio en su numeral 3, pero lo más importante es tener la claridad que el hecho que se inicie un juicio ejecutivo contra el asegurador por esas

²⁵ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIA, Sentencia 589 del 26 de julio de 2010, Bogotá D.C. M.P. María Victoria Calle Correa

¹⁵ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIA, Sentencia C-037 del 5 de febrero de 1996, Bogotá D.C. M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

razones, no le impide presentar los argumentos exceptivos que considere necesarios, como bien lo ha establecido la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA:

“(...) 3.- Si el beneficiario reclama pago ante el asegurador, con base en un riesgo no amparado, ya sea porque el siniestro ocurrido es totalmente ajeno al contratado o porque la especie reclamada está excluida contractualmente del género constitutivo del siniestro, ningún derecho puede surgir para el primero de la simple circunstancia de que su reclamación no sea objetada por el segundo en el plazo legal, porque esa omisión no es en el derecho colombiano fuente de obligaciones. - Por lo mismo el juzgador, frente a la inexistencia de contrato que recaiga sobre el riesgo específico en que se apoye la demanda, ninguna obligación puede deducir a cargo de la Compañía Aseguradora, ni siquiera pretextando que ésta se abstuvo de objetar extrajudicialmente la reclamación. No tiene aquí otro camino el fallador que admitir la defensa correspondiente, pues la ausencia de objeción no es óbice para reconocer los hechos exceptivos relacionados con la obligación demandada, o sea, aquellos que tiendan a establecer que el derecho del asegurado no existe por no haber nacido a la vida Jurídica o por haberse extinguido una vez nacido o por haber sufrido modificaciones, o por inexigibilidad actual del mismo. (...)”¹⁶ (Negritas y subrayas por fuera del texto original)

Lo subrayado deja en claro que, si se llegare a considerar que la reclamación no fue objetada por el asegurador en el plazo legal, es claro que, al existir una exclusión del género constitutivo de un evento, ningún derecho puede surgir, pues esa omisión no es en derecho colombiano fuente de obligación.

La doctrina por su parte ha establecido lo siguiente:

“(...) En este orden de ideas, si la falta absoluta de objeción no elimina la posibilidad de defensa para la aseguradora, mucho menos puede predicarse tal consecuencia cuando se presenta una objeción seria y fundada en la que se expresan algunos motivos, pues aunque lo deseable es que la compañía exponga, en la medida de lo posible, todas las razones que tiene para negar el pago de una indemnización, nada impide la aducción posterior de otros argumentos que, desde luego, tendrán que ser considerados en el momento de resolver un eventual conflicto. (...)”¹⁷

La Superintendencia Financiera en Concepto 2018134425-001 del 18 de noviembre de 2018, estableció que las aseguradoras deberán observar las indicaciones contenidas en la normatividad vigente, y deberán observar de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de la atención, para lo cual expreso lo siguiente:

“Así pues, respecto de la demostración de la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, el mencionado Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.6.1.4.2.20., determina cuales son los documentos exigidos para la presentación de la solicitud de pago de las reclamaciones y en tal virtud señala el Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del

¹⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de fecha 28 de junio de 1993. M.P. NICOLAS BECHARA SIMANCAS. Gaceta Judicial. T. CCXXII No. 2461, primer semestre de 1993, págs. 616-627.

¹⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala De Casación Civil. RAD. SC-096/2006 de fecha 27 de julio de 2006. M.P. CESAR JULIO VALENCIA COPETE.

Ministerio de Salud y Protección Social y además, relaciona los documentos que debe aportar el beneficiario acreditado para reclamar los gastos por atenciones médicas entre los cuales se encuentran la epicrisis o resumen clínico para lo cual cita que estos deben sujetarse a lo establecido en los artículos 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6. de la misma normatividad.

En este orden, consultados los prenombrados artículos 2.6.1.4.2.20., 2.6.1.4.3.5.y 2.6.1.4.3.6., de la citada normatividad, se evidencia que los mismos refieren de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de atención, respectivamente.

En adición a lo anterior, el artículo 28 de la Resolución 1645 de 2016 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, publicada en el Diario Oficial No. 49.863 del 4 de mayo de 2016, derogó la Resolución 1915 de 2008 y sus modificaciones (Resoluciones números 3251 de 2008, 4475 y 5161 de 2011 y 1136 de 2012). En tal virtud, es del caso indicar que de acuerdo con la nueva normatividad, las aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT deberán observar las indicaciones contenidas en dicha normatividad, a partir de la fecha de entrada en vigencia dicha Resolución.”

Tal como se puede evidenciar las reclamaciones correspondientes a las facturas relacionadas y los procedimientos supuestamente efectuados no eran pertinentes para las lesiones del paciente, razón por la cual al no contar con la pertinencia medica dichos procedimientos se procedió por parte de mi representada objetar dichos valores, objeciones que no fueron desvirtuadas por la entidad demandante.

FACTURA	SALDO PRETENDIDO IPS	OBSERVACIONES FACTURA
143375	2.033.994	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
148244	5.997.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162293	262.520	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
148788	173.230	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
155339	168.487	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
155460	57.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
155591	114.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
155637	130.920	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
156293	112.370	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
155515	223.828	OBJECION MEDICA

159894	33.054	OBJECION MEDICA
162612	477.500	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162398	379.900	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162633	386.504	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162622	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162452	92.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162415	145.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162319	190.060	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162278	145.101	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162218	215.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161884	63.555	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161881	101.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161445	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162382	145.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
163017	436.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162931	304.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
163481	271.154	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162753	463.561	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162602	310.100	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162751	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
164481	262.621	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161059	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165127	102.118	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA

163131	350.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165552	265.299	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165715	260.501	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162663	88.101	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162629	313.421	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
163434	260.703	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
163620	496.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
164576	261.460	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162757	44.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162637	114.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162706	2.101.900	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162794	361.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
164379	260.501	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162593	261.087	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162445	361.501	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162197	432.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162849	1.547.684	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
163008	1.522.805	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
163973	263.623	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
163849	354.520	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165610	1.252.070	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162852	348.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162687	215.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA

162436	492.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165402	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165209	261.034	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
164816	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165248	320.800	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165423	311.005	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165049	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162243	4.098.491	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165074	268.433	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
164806	262.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162439	149.901	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162911	447.221	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165366	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165420	262.290	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165161	271.656	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162605	514.600	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162279	405.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162939	44.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165607	262.520	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162474	317.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161267	410.989	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162184	361.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162895	131.800	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA

161406	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162329	261.460	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162236	261.460	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162180	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
156549	61.861	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161186	1.033.200	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
160095	91.947	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
160779	1.890.512	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162004	261.087	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161935	261.460	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161906	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161872	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161800	262.520	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161769	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161442	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161256	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161233	260.501	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161220	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161197	261.460	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161153	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161099	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161069	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161008	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA

160950	260.501	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
160930	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
160788	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161264	311.160	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
166694	38.020	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162838	317.501	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162572	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162371	102.161	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162368	154.455	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162317	348.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162290	166.200	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162245	225.320	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162117	261.460	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162042	262.247	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162024	318.561	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162013	101.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162002	275.952	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161998	197.200	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161660	1.004.804	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161226	269.927	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
160872	158.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162677	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162652	329.318	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA

162722	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162703	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162917	261.460	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
160854	315.053	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162390	262.621	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162134	44.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162101	191.120	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
160868	57.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162635	265.299	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162867	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
160888	114.717	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161143	260.501	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161726	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161477	274.200	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162036	217.221	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162420	109.200	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161420	361.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161449	374.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162027	361.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162028	111.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
161655	92.500	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162847	447.001	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162948	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA

162813	268.433	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162809	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162648	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162402	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165252	261.755	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
166401	49.000	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
164622	1.605.397	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
166135	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165357	261.460	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
166373	262.290	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165941	262.520	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
166427	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
166479	264.410	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165131	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165206	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165632	262.520	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
166038	261.460	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
166002	310.460	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
166064	319.520	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
165217	318.460	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162427	429.653	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
163335	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162938	509.017	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA

164595	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
164460	271.053	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
163897	276.020	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
163752	36.016	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
163276	33.522	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
163141	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162839	427.660	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162642	260.400	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
162791	91.080	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
163003	263.373	OBJECION PARCIAL PERTINENCIA MEDICA
TOTAL	\$66.718.720	

Por todo lo dicho, es evidente que con los pagos realizados, y con las objeciones efectuadas a las reclamaciones presentadas por la hoy demandante y al no ser desvirtuadas por dicha entidad, mi representada SE ENCUENTRA AL DIA CON LA DEMANDANTE, con respecto a las reclamaciones presentadas, de los cuales hacen parte las facturas aportadas, que generaron la afectación de las distintas pólizas de seguro "SOAT", solicito a usted señor Juez muy respetuosamente, se sirva declarar probada la presente excepción propuesta, la cual exime de cualquier condena a mi representada.

En ese sentido, cabe precisar que mi representada por medio de correo certificado le comunicó a la CLINICA LA VICTORIA S.A.S., la objeción anteriormente enunciada, informándole las razones que hoy día ratificamos y que desafortunadamente impiden que asumamos el pago de la reclamación que presentaron en su oportunidad con relación a los accidentes de tránsito que están siendo reclamadas en las facturas señaladas en la presente excepción, es de resaltar que el testigo citado por mi representada la Dra. NARCY OSIRIS GARCÍA, se iba a explicar al despacho si el procedimiento que se está cobrando era pertinente o no, situación fáctica que el despacho no indago, realizando la sentencia anticipada.

Conforme a los anteriores fundamentos de orden legal y probatorio, nos ratificamos en la interposición de las presentes excepciones, por lo cual me permito solicitarle de manera respetuosa, se sirva DECLARARLAS PROBADAS.

9. AUSENCIA DE COBERTURA DEL EVENTO RECLAMADO EN VIRTUD QUE LAS FACTURAS QUE RECLAMAN EN LA PRESENTE DEMANDA POR OBJECCION POLIZA PRESTADA.

En la sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado Noveno Civil del Circuito de Barranquilla, fundamenta la negación de la prosperidad de la presente excepción por los siguiente:

“En cuanto a la aceptación de la factura, considera esta oficina que se debe aplicar lo dispuesto en los artículos 13 de la Ley 1122 de 2007 y 23 del Decreto 4747 de 2007, en cuanto a que la Entidad Responsable del Pago cuenta con 30 días a partir de la presentación de la factura para informar las Glosas o las Devoluciones a las que haya lugar, transcurridos los cuales sin que se presenten objeciones la misma se entiende aceptada y debe ser pagada. Lo anterior, en aplicación del artículo 3 de la Ley 153 de 1887 conforme al cual prevalece la norma especial sobre la general, en este caso la contenida en la Ley 1122 de 2007.”

sea de nuevo indicar la inconformidad de la sentencia en el sentido que trae a colación y sustenta su sentencia en normatividad que solo es aplicable a las ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD con las INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD, dichos trámite que se relacionan en las citadas normas son trámites entre las EPS y las IPS, por lo que no guarda relación legal la motivación de la sentencia, por todo lo contrario el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, debe que declarar prospera dicha excepciones por los siguientes argumentos.

Como lo hemos venido manifestando, es claro tanto para nosotros como para la sociedad DEMANDANTE, que el trámite que le corresponde a las reclamaciones que se relacionan a continuación y demás reclamaciones que también fueron objetadas en el presente proceso por el mismo motivo, se rigen dentro del marco de las normas que regulan el CONTRATO DE SEGURO, pues no puede su señoría confundirse, ya que no es posible aplicar las normas de la ACCION CAMBIARIA, en un caso como el que nos ocupa, por existir norma especial.

Siendo así, la única forma que habilitaría el proceso ejecutivo sería la establecida en el artículo 1053 del comercio en su numeral 3, pero lo más importante es tener la claridad que el hecho que se inicie un juicio ejecutivo contra el asegurador por esas razones, no le impide presentar los argumentos exceptivos que considere necesarios, como bien lo ha establecido la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA:

“(…) 3.- Si el beneficiario reclama pago ante el asegurador, con base en un riesgo no amparado, ya sea porque el siniestro ocurrido es totalmente ajeno al contratado o porque la especie reclamada está excluida contractualmente del género constitutivo del siniestro, ningún derecho puede surgir para el primero de la simple circunstancia de que su reclamación no sea objetada por el segundo en el plazo legal, porque esa omisión no es en el derecho colombiano fuente de obligaciones. - Por lo mismo el juzgador, frente a la inexistencia de contrato que recaiga sobre el riesgo específico en que se apoye la demanda, ninguna obligación puede deducir a cargo de la Compañía Aseguradora, ni

siquiera pretextando que ésta se abstuvo de objetar extrajudicialmente la reclamación. No tiene aquí otro camino el fallador que admitir la defensa correspondiente, pues la ausencia de objeción no es óbice para reconocer los hechos exceptivos relacionados con la obligación demandada, o sea, aquellos que tiendan a establecer que el derecho del asegurado no existe por no haber nacido a la vida Jurídica o por haberse extinguido una vez nacido o por haber sufrido modificaciones, o por inexigibilidad actual del mismo. (...)¹⁸ (Negritas y subrayas por fuera del texto original)

Lo subrayado deja en claro que, si se llegare a considerar que la reclamación no fue objetada por el asegurador en el plazo legal, es claro que, al existir una exclusión del género constitutivo de un evento, ningún derecho puede surgir, pues esa omisión no es en derecho colombiano fuente de obligación.

La doctrina por su parte ha establecido lo siguiente:

“(...) En este orden de ideas, si la falta absoluta de objeción no elimina la posibilidad de defensa para la aseguradora, mucho menos puede predicarse tal consecuencia cuando se presenta una objeción seria y fundada en la que se expresan algunos motivos, pues aunque lo deseable es que la compañía exponga, en la medida de lo posible, todas las razones que tiene para negar el pago de una indemnización, nada impide la aducción posterior de otros argumentos que, desde luego, tendrán que ser considerados en el momento de resolver un eventual conflicto. (...)”¹⁹

Ahora, con lo anterior clarificado, aterrizo en el caso concreto, en el cual debo mencionar que mi representada, al existir dudas en las circunstancias del caso, contrató los servicios de una agencia investigadora independiente, la cual procedió a hacer investigación del caso en mención, acercándose al lugar de los hechos, recaudando material probatorio y en el cual se demostró que las facturas anteriormente señaladas no puede ser pagadas por parte de mi representada a la CLINICA LA VICTORIA S.A.S. , toda vez que según las investigaciones hechas por parte de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., para cada uno de estos casos se pudo corroborar que las siguientes facturas se objetan por POLIZA PRESTADA.

FACTURA	SALDO PRETENDIDO IPS	OBSERVACIONES FACTURA
153202	444.737	OBJECION POLIZA PRESTADA
154055	1.018.409	OBJECION POLIZA PRESTADA
156139	590.420	OBJECION POLIZA PRESTADA
138244	195.378	OBJECION POLIZA PRESTADA
154059	225.809	OBJECION POLIZA PRESTADA
155509	483.238	OBJECION POLIZA PRESTADA
150755	32.880	OBJECION POLIZA PRESTADA
153204	492.978	OBJECION POLIZA PRESTADA
156143	156.860	OBJECION POLIZA PRESTADA

¹⁸ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de fecha 28 de junio de 1993. M.P. NICOLAS BECHARA SIMANCAS. Gaceta Judicial. T. CCXXII No. 2461, primer semestre de 1993, págs. 616-627

¹⁹ Corte Suprema de Justicia. Sala De Casación Civil. RAD. SC-096/2006 de fecha 27 de julio de 2006. M.P. CESAR JULIO VALENCIA COPETE.

156472	545.500	OBJECION POLIZA PRESTADA
156834	963.616	OBJECION POLIZA PRESTADA
159625	259.811	OBJECION POLIZA PRESTADA
158234	989.161	OBJECION POLIZA PRESTADA
157460	177.119	OBJECION POLIZA PRESTADA
157529	176.400	OBJECION POLIZA PRESTADA
158127	53.350	OBJECION POLIZA PRESTADA
160122	45.100	OBJECION POLIZA PRESTADA
162736	42.700	OBJECION POLIZA PRESTADA
TOTAL	\$6.698.088	

En ese sentido, cabe precisar que mi representada por medio de correo certificado le comunicó a la CLINICA LA VICTORIA S.A.S., la objeción anteriormente enunciada, informándole las razones que hoy día ratificamos y que desafortunadamente impiden que asumamos el pago de la reclamación que presentaron en su oportunidad con relación a los accidentes de tránsito que están siendo reclamadas en las facturas señaladas en la presente excepción.

10. AUSENCIA DE COBERTURA DEL EVENTO RECLAMADO EN VIRTUD QUE LAS FACTURAS QUE RECLAMAN EN LA PRESENTE DEMANDA POR OBJECION NO TRASLADO PRIMARIO.

Como lo hemos venido manifestando, es claro tanto para nosotros como para la sociedad DEMANDANTE, que el trámite que le corresponde a las reclamaciones que se relacionan a continuación y demás reclamaciones que también fueron objetadas en el presente proceso por el mismo motivo, se rigen dentro del marco de las normas que regulan el CONTRATO DE SEGURO, pues no puede su señoría confundirse, ya que no es posible aplicar las normas de la ACCION CAMBIARIA, en un caso como el que nos ocupa, por existir norma especial.

Siendo así, la única forma que habilitaría el proceso ejecutivo sería la establecida en el artículo 1053 del comercio en su numeral 3, pero lo más importante es tener la claridad que el hecho que se inicie un juicio ejecutivo contra el asegurador por esas razones, no le impide presentar los argumentos exceptivos que considere necesarios, como bien lo ha establecido la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA:

“(...) 3.- Si el beneficiario reclama pago ante el asegurador, con base en un riesgo no amparado, ya sea porque el siniestro ocurrido es totalmente ajeno al contratado o porque la especie reclamada está excluida contractualmente del género constitutivo del siniestro, ningún derecho puede surgir para el primero de la simple circunstancia de que su reclamación no sea objetada por el segundo en el plazo legal, porque esa omisión no es en el derecho colombiano fuente de obligaciones. - Por lo mismo el juzgador, frente a la inexistencia de contrato que recaiga sobre el riesgo específico en que se apoye la demanda, ninguna obligación puede deducir a cargo de la Compañía Aseguradora, ni siquiera pretextando que ésta se abstuvo de objetar extrajudicialmente la reclamación. No tiene aquí otro camino el fallador que admitir la defensa correspondiente, pues la ausencia de objeción no es óbice para reconocer los hechos exceptivos relacionados con

la obligación demandada, o sea, aquellos que tiendan a establecer que el derecho del asegurado no existe por no haber nacido a la vida Jurídica o por haberse extinguido una vez nacido o por haber sufrido modificaciones, o por inexigibilidad actual del mismo. (...)²⁰ (Negrillas y subrayas por fuera del texto original)

Lo subrayado deja en claro que, si se llegare a considerar que la reclamación no fue objetada por el asegurador en el plazo legal, es claro que, al existir una exclusión del género constitutivo de un evento, ningún derecho puede surgir, pues esa omisión no es en derecho colombiano fuente de obligación.

La doctrina por su parte ha establecido lo siguiente:

*“(...) En este orden de ideas, si la falta absoluta de objeción no elimina la posibilidad de defensa para la aseguradora, mucho menos puede predicarse tal consecuencia cuando se presenta una objeción seria y fundada en la que se expresan algunos motivos, pues aunque lo deseable es que la compañía exponga, en la medida de lo posible, todas las razones que tiene para negar el pago de una indemnización, nada impide la aducción posterior de otros argumentos que, desde luego, tendrán que ser considerados en el momento de resolver un eventual conflicto. (...)”*²¹

Ahora, con lo anterior clarificado, aterrizo en el caso concreto, en el cual debo mencionar que mi representada, al existir dudas en las circunstancias del caso, contrató los servicios de una agencia investigadora independiente, la cual procedió a hacer investigación del caso en mención, acercándose al lugar de los hechos, recaudando material probatorio y en el cual se demostró que las facturas anteriormente señaladas no puede ser pagadas por parte de mi representada a la CLINICA LA VICTORIA S.A.S. , toda vez que según las investigaciones hechas por parte de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., para cada uno de estos casos se pudo corroborar que las siguientes facturas se objetan por SERVICIO NO PRESTADO.

FACTURA	SALDO PRETENDIDO IPS	OBSERVACIONES FACTURA
159825	886.174	OBJECION NO TRASLADO PRIMARIO

En ese sentido, cabe precisar que mi representada por medio de correo certificado le comunicó a la CLINICA LA VICTORIA S.A.S., la objeción anteriormente enunciada, informándole las razones que hoy día ratificamos y que desafortunadamente impiden que asumamos el pago de la reclamación que presentaron en su oportunidad con relación a los accidentes de tránsito que están siendo reclamadas en las facturas señaladas en la presente excepción.

Por tal motivo, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción.

²⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de fecha 28 de junio de 1993. M.P. NICOLAS BECHARA SIMANCAS. Gaceta Judicial. T. CCXXII No. 2461, primer semestre de 1993, págs. 616-627

²¹ Corte Suprema de Justicia. Sala De Casación Civil. RAD. SC-096/2006 de fecha 27 de julio de 2006. M.P. CESAR JULIO VALENCIA COPETE.

11. AUSENCIA DE COBERTURA DEL EVENTO RECLAMADO EN VIRTUD QUE LAS FACTURAS QUE RECLAMAN EN LA PRESENTE DEMANDA POR OBJECCION DEVOLUCION ACLARACION DE HECHOS.

Como lo hemos venido manifestando, es claro tanto para nosotros como para la sociedad DEMANDANTE, que el trámite que le corresponde a las reclamaciones que se relacionan a continuación y demás reclamaciones que también fueron objetadas en el presente proceso por el mismo motivo, se rigen dentro del marco de las normas que regulan el CONTRATO DE SEGURO, pues no puede su señoría confundirse, ya que no es posible aplicar las normas de la ACCION CAMBIARIA, en un caso como el que nos ocupa, por existir norma especial. Dichos documentos los relaciono en el anexo No. 2.

Siendo así, la única forma que habilitaría el proceso ejecutivo sería la establecida en el artículo 1053 del comercio en su numeral 3, pero lo más importante es tener la claridad que el hecho que se inicie un juicio ejecutivo contra el asegurador por esas razones, no le impide presentar los argumentos exceptivos que considere necesarios, como bien lo ha establecido la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA:

“(...) 3.- Si el beneficiario reclama pago ante el asegurador, con base en un riesgo no amparado, ya sea porque el siniestro ocurrido es totalmente ajeno al contratado o porque la especie reclamada está excluida contractualmente del género constitutivo del siniestro, ningún derecho puede surgir para el primero de la simple circunstancia de que su reclamación no sea objetada por el segundo en el plazo legal, porque esa omisión no es en el derecho colombiano fuente de obligaciones. - Por lo mismo el juzgador, frente a la inexistencia de contrato que recaiga sobre el riesgo específico en que se apoye la demanda, ninguna obligación puede deducir a cargo de la Compañía Aseguradora, ni siquiera pretextando que ésta se abstuvo de objetar extrajudicialmente la reclamación. No tiene aquí otro camino el fallador que admitir la defensa correspondiente, pues la ausencia de objeción no es óbice para reconocer los hechos exceptivos relacionados con la obligación demandada, o sea, aquellos que tiendan a establecer que el derecho del asegurado no existe por no haber nacido a la vida Jurídica o por haberse extinguido una vez nacido o por haber sufrido modificaciones, o por inexigibilidad actual del mismo. (...)”²² (Negritas y subrayas por fuera del texto original)

Lo subrayado deja en claro que, si se llegare a considerar que la reclamación no fue objetada por el asegurador en el plazo legal, es claro que al existir una exclusión del género constitutivo de un evento, ningún derecho puede surgir, pues esa omisión no es en derecho colombiano fuente de obligación.

La doctrina por su parte ha establecido lo siguiente:

“(...) En este orden de ideas, si la falta absoluta de objeción no elimina la posibilidad de defensa para la aseguradora, mucho menos puede predicarse tal consecuencia cuando se presenta una objeción seria y fundada en la que se expresan algunos

²² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de fecha 28 de junio de 1993. M.P. NICOLAS BECHARA SIMANCAS. Gaceta Judicial. T. CCXXII No. 2461, primer semestre de 1993, págs. 616-627

motivos, pues aunque lo deseable es que la compañía exponga, en la medida de lo posible, todas las razones que tiene para negar el pago de una indemnización, nada impide la aducción posterior de otros argumentos que, desde luego, tendrán que ser considerados en el momento de resolver un eventual conflicto. (...)"²³

Ahora, con lo anterior clarificado, aterrizo en el caso concreto, en el cual debo mencionar que mi representada, al existir dudas en las circunstancias del caso, contrató los servicios de una agencia investigadora independiente, la cual procedió a hacer investigación del caso en mención, acercándose al lugar de los hechos, recaudando material probatorio y en el cual se demostró que las facturas anteriormente señaladas no puede ser pagadas por parte de mi representada a la CLINICA LA VICTORIA S.A.S. , toda vez que según las investigaciones hechas por parte de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., para cada uno de estos casos se pudo corroborar que las siguientes facturas se objetan por OBJECION ACLARACION DE HECHOS.

FACTURA	SALDO PRETENDIDO IPS	OBSERVACIONES FACTURA
147518	165.560	DEVOLUCION ACLARACION DE HECHOS
152930	64.188	DEVOLUCION ACLARACION DE HECHOS
156981	472.658	DEVOLUCION ACLARACION DE HECHOS
156686	114.300	DEVOLUCION ACLARACION DE HECHOS
157083	488.952	DEVOLUCION ACLARACION DE HECHOS
151238	535.500	DEVOLUCION ACLARACION DE HECHOS
159271	48.460	DEVOLUCION ACLARACION DE HECHOS
161927	518.413	DEVOLUCION ACLARACION DE HECHOS
TOTAL	\$2.408.031	

En ese sentido, cabe precisar que mi representada por medio de correo certificado le comunicó a la CLINICA LA VICTORIA S.A.S., la objeción anteriormente enunciada, informándole las razones que hoy día ratificamos y que desafortunadamente impiden que asumamos el pago de la reclamación que presentaron en su oportunidad con relación a los accidentes de tránsito que están siendo reclamadas en las facturas señaladas en la presente excepción.

²³ Corte Suprema de Justicia. Sala De Casación Civil. RAD. SC-096/2006 de fecha 27 de julio de 2006. M.P. CESAR JULIO VALENCIA COPETE.

12. FACTURAS QUE RECLAMAN EN LA PRESENTE DEMANDA FUERON ACEPTADO POR CONCILIACION CELEBRADA LOS DIAS 18 DE FEBRERO DE 2019 Y 23 DE ABRIL DE 2019.

Ahora, con lo anterior clarificado, aterrizo en el caso concreto, en el cual debo mencionar que mi representada, y la demandante celebraron audiencia de conciliación para llegar a un acuerdo de la cartera existente por SOAT, en la cual se conciliaron las siguientes facturas que relaciono a continuación y de igual forma me permito adjuntar acta de conciliación.

FACTURA	SALDO PRETENDIDO IPS	OBSERVACIONES FACTURA
144495	911.616	SALDO ACEPTADO POR IPS EN CONCILIACION
146124	1.308.620	SALDO ACEPTADO POR IPS EN CONCILIACION
162428	652.472	SALDO ACEPTADO POR IPS EN CONCILIACION
TOTAL	\$3.999.740	

En las pruebas documentales en el acápite de acta de conciliación tenemos que la factura 146124 aparece, que fue conciliada en su totalidad y que la mismo no quedo saldo por no conciliar.

No.	Factura	Siniestro	Afectado	Valor Glosa	Valor Aceptado IPS	Valor a pagar CIA Mundial Seguros	Valor No Conciliado	OBSERVACIONES
9	146124	82-2018-1042841	JASMIL ANTONIO ROLON ORELLANO	\$ 1,308,620	\$ 20,000	\$ 1,288,620	\$ -	IPS previa a la conciliación acepta \$126,200 en rta a glosa. Valor a conciliar 1.308.620. IPS acepta MVC en medicamentos e insumos, se reconocen procedimientos justificados en reportes que se validan durante la conciliación

En relación con la factura 144495, se observa que se concilio en su totalidad y no hay saldo por no conciliado por las partes.

No.	Factura	Siniestro	Afectado	Valor Glosa	Valor Aceptado IPS	Valor a pagar CIA Mundial Seguros	Valor No Conciliado	OBSERVACIONES
37	144495	61-2018-1012208	AUGUSTO CESAR MARQUEZ MORELOS	\$ 911,616	\$ 291,816	\$ 619,800	\$ -	IPS acepta Medicamentos sin soporte de administración. Se reconoce estancia justificada.

Es de resaltar el tribunal superior del Distrito Judicial de Barranquilla que las anteriores facturas efectivamente se conciliaron, y no como hace la interpretación el despacho que no aparecen en la lista de facturas conciliadas o se concilio parcialmente

Por tal motivo, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción.

13. INEXISTENCIA DE UNA OBLIGACION CLARA EXPRESA Y EXIGIBLE FRENTE A LA PREVISORA S.A. POR NO DERIVARSE LAS FACTURAS DE UN CONTRATO VERBAL O ESCRITO.

La presente excepción se fundamentó en lo dispuesto por el artículo 1º de la ley 1231 de 2008:

Artículo 1º. El artículo 772 del Decreto 410 de 1971, Código de Comercio, quedará así: Factura es un título valor que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del servicio.

No podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito.

En el caso que nos ocupa, tenemos que la entidad demandante pretende por esta vía, realizar cobro de facturas de venta, por supuesta prestación de servicios médicos, prestados a afiliados de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., ello se infiere de lo mencionado en los hechos del escrito de la demanda, pero tenemos que la prestación de esos servicios médicos, no son derivados de acuerdo o contrato que haya sido celebrado entre el CLINICA LA VICTORIA S.A.S. y COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación para la prestación o venta de servicios médicos con la CLINICA LA VICTORIA S.A.S.

Un aspecto que merece destacar, corresponde al trámite de reclamaciones que formalicen “Las ENTIDADES CLÍNICAS y HOSPITALARIAS” como la que hoy demanda en el presente proceso, ante las aseguradoras previsto en el numeral 6 del mencionado artículo 195 (Ley 100 de 1993, artículo 244, numeral 6), norma que debe interpretarse en armonía con el numeral 4 del mismo artículo que expresamente reconoce a “Los establecimientos hospitalarios o clínicos y a las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado” la titularidad “de la acción para presentar la correspondiente reclamación ante las entidades aseguradoras”. El trámite de esas reclamaciones actualmente se encuentra reglamentado por el Decreto 663 de 1993, Decreto 056 de 2015 y Decreto 780 de 2016 y normas del contrato de seguro previsto en el código de comercio.

Por ello, las compañías de seguros no suscriben ni celebran ningún tipo de convenio o negociación con las entidades prestadoras de servicios de salud como la que figura como demandante en este proceso, por ello

las facturas que se pretender cobrar por esta vía, no son exigibles frente a mi representada, siendo que no se derivan de servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito, del cual pueda concebirse que existe una obligación clara, expresa y exigible.

PETICION

Solicito al Honorable Tribunal Superior Del Distrito Judicial de Barranquilla – Sala Civil Familia, para que se REVOQUE en su integridad la sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado 9° civil del circuito de esta ciudad de fecha 20 de agosto de 2020, y de esa forma absuelva a mi representada de todas y cada una de las pretensiones solicitadas por el ejecutante, por las razones expuestas en el presente escrito.

De los Honorables Magistrados, atentamente,


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