

Honorables.

MAGISTRADOS TRIBUNAL SUPERIOR DE BARRANQUILLA.

SALA CIVIL-FAMILIA.

M.P. Dr. BERNARDO LOPEZ

E. S. D.

REF: PROCESO VERBAL DECLARATIVO.

DEMANDANTE: CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE SAS.

DEMANDADO: COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

RADICACION: 44.593 No.112

CODIGO: 08001315301620210009401.

**ASUNTO:** Sustentación del Recurso de Apelación interpuesto contra la Sentencia de fecha noviembre 18 de 2022, proferida por el Juzgado Dieciséis civiles del circuito de Barranquilla.

ASDRUBAL HEMER MONTERROSA, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Barranquilla, identificado con la cedula de ciudadanía número 3.724.897, Abogado con tarjeta profesional número 53.589 del C.S.J., y dirección de correo electrónico *asdrubalhemerm@hotmail.com* inscrita la misma en el registro nacional de Abogados, actuando en calidad de apoderado judicial especial de la sociedad demandante CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE SAS, por medio del presente escrito y en oportunidad de Ley, me permito sustentar el **Recurso de Apelación**, interpuesto contra la Sentencia proferida por el Juzgado Dieciséis Civil del Circuito de Barranquilla, el día 18 de noviembre de 2.022 al interior del proceso con radicado número No. **08001315301620210009401**.

Honorables Magistrados, al momento de haber interpuesto el Recurso de Apelación ante el Juez A Quo, expuse tres (3) reparos en que se funda la apelación; referidos ellos en primer lugar al haberse acogido en el fallo impugnado *“la excepción de prescripción extintiva de un numero de facturas relacionadas en la parte motiva del fallo, como si la pretensión ejercida en la demanda lo fuera la ejecución de unas obligaciones contenidas en unas facturas y no la pretensión de declaración o reconocimiento de unos servicios de salud prestados y su consecuencia condena al pago de los mismos. Declaratoria de prescripción extintiva que además, se hace sin tener en cuenta la aplicación del Artículo 11 del Decreto 056 del año 2.015, compilado en el Artículo 2.6.1.4.2.5 del Decreto 780 de 2016 que regula los términos para*

*presentar las reclamaciones por servicios de salud, sino que se fundamenta exclusivamente en lo dispuesto en el Artículo 1081 del Código de Comercio”.*

En segundo lugar, se elevó un reparo circunscrito al hecho de haber dispuesto la sentencia, *“DECLARAR no probada las tachas de sospecha formuladas contra los testigos ANDREA PIÑEROS MUÑOZ, NARCY GARCIA TORRES y JOSE M QUIJANO RODRIGUEZ”.*

Y como tercer reparo contra la sentencia, se le censuró el hecho de haber considerado el Juez A Quo, en la sentencia, *“que la parte demandante no logró probar que la causa de los padecimientos de los pacientes a los que se le prestaron los servicios de salud objeto de reconocimiento y pago eran accidentes de tránsito en los que estaban involucrados vehículos amparados por pólizas de seguros expedidas por la entidad demandada, MUNDIAL DE SEGUROS”.*

Sintetizados los reparos formulados en la respectiva oportunidad procesal, se procede con la sustentación de los mismos así:

**1. Los términos de prescripción del artículo 1081 del Código de Comercio sólo aplican a las reclamaciones extrajudiciales o administrativas que se elevan a la aseguradora, más no a las reclamaciones judiciales. Estas últimas se rigen por los términos señalados por el artículo 2536 del Código Civil.**

En primer lugar, hay que hacer una aclaración de suma valía, y es que en el caso concreto nos encontramos ante un proceso declarativo donde no se persigue el cobro de unas facturas, sino que las pretensiones elevadas giran en torno al reconocimiento de la prestación de unos servicios médicos, y, en consecuencia, se condene a la aseguradora a pagarlos.

Hacemos esta aclaración en cuanto el acápite del fallo en el que se desarrolla el punto de la prescripción, cierra así: *“En consecuencia el estrado declara probada la excepción de prescripción extintiva de la acción de existencia y reclamo de las sumas dinerarias con respecto a todas las doscientos cuarenta y siete facturas relacionadas en dicha tabla”.*

Es errado que se declare una prescripción extintiva respecta a unas facturas, cuando ellas no fueron utilizadas como título de recaudo -de ser así, se habría acudido a un proceso ejecutivo-. Verdaderamente, las facturas arrimadas al

proceso no se utilizaron como título ejecutivo, sino como una prueba más tendiente a demostrar la prestación de servicios de salud, la oportuna reclamación del pago de los mismos, así como sus valores, para, de tal forma, y junto a otros medios probatorios, lograr satisfacer la carga de la prueba en cabeza de la parte demandante. Lo cual es una circunstancia plenamente válida, pues en procesos declarativos, se pueden utilizar las facturas no como título ejecutivo, sino como un medio probatorio más, tendiente a demostrar los hechos en los que se basan las pretensiones, tema abordado por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en la Sentencia SC 15032 de 2017.

Hecha tal observación, que constituye un primer desarrollo de los reparaos elevados, se procede con la exposición de otros motivos por los que se estima equivocada la declaratoria de prescripción de la pretensión declarativa elevada por la parte demandante, junto a la forma en que se considera que se debe resolver el asunto.

La sentencia impugnada, trayendo a colación a una doctrinante, señala que ***“no existe una norma específica que determine el término para reclamación de SOAT, ni su prescripción. Sin embargo, en aplicación del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, tales vacíos se llenan acudiendo a la normativa del Código de Comercio, con lo que se arriba a la conclusión de que el término de prescripción aplicable es el señalado por el artículo 1081 del CCo”***.

En los reparos, se manifestó que se encontraba un error judicial, el cual radica en que la *“Declaratoria de prescripción extintiva que además, se hace sin tener en cuenta la aplicación del Artículo 11 del Decreto 056 del año 2.015, compilado en el Artículo 2.6.1.4.2.5 del Decreto 780 de 2016 que regula los términos para presentar las reclamaciones por servicios de salud, sino que se fundamenta exclusivamente en lo dispuesto en el Artículo 1081 del Código de Comercio. Si bien las normas que regulan la prestación del servicio de salud a víctimas de accidente de tránsito admiten por remisión la aplicación de normas del Código de Comercio y el que el Artículo 11 del Decreto 056 del año 2.015, compilado en el Artículo 2.6.1.4.2.5 del Decreto 780 de 2016, disponga que los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio, ello es solo para referirse o tener como plazo máximo para presentar las reclamaciones por servicios de salud los dos (2) años previstos en el referido artículo 1081 del C.Co., so pena de que la aseguradora le niegue el pago por vencimiento o prescripción del*

*término de los dos (2) años dispuesto para presentar **las reclamaciones** por servicios de salud.”* (Subrayado y negrillas propios del texto).

En primer lugar, no es cierto que no exista regulación propia frente a los términos para elevar reclamaciones del Seguro Obligatorio. Esto en virtud de lo dispuesto por el artículo 11 del Decreto 56 de 2015, compilado en el Artículo 2.6.1.4.2.5 del Decreto 780 de 2016, el cual establece que:

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

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

*b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.”* (Subrayado fuera del texto).

Ahora, resulta pertinente, entonces, determinar el verdadero alcance de esta disposición, y sistematizarlo con la normatividad de prescripción establecida en el Código de Comercio. A primera vista, resulta inobjetable que existe aplicación de los términos que señala el Código de Comercio en su artículo 1081, sin embargo, se hace imperioso precisar hasta donde se extiende la aplicación de tal artículo.

Frente a tal problema, consideramos que al aplicar de manera conjunta tanto la normativa del Decreto 780 de 2016, como el artículo 1081 del Código de Comercio, necesariamente se debe concluir que los términos indicados por el artículo 1081 del Código de Comercio sólo aplican para las reclamaciones extrajudiciales que los Prestadores de Servicios de Salud eleven ante las aseguradoras (tal y como fue expresado al momento de plantear los reparos). Así las cosas, el término de dos (2) años que contempla el Código de Comercio tiene una aplicación que se limita a establecer el término en la cual el Prestador debe elevar su reclamación extrajudicial o administrativa a la aseguradora, con miras a que esta haga el pago efectivo de los servicios prestados.

Y justamente, en observancia de tal mandato, la entidad demandante radicó las reclamaciones de forma oportuna ante la aseguradora que obra como demandada dentro del presente proceso.

Ahora, si la intención de la normativa aplicable es darle un alcance limitado al artículo 1081 del Código de Comercio, esto en cuanto sólo está llamado a aplicar para determinar el tiempo en que se debe realizar una reclamación extrajudicial, de manera directa ante la aseguradora, resulta forzoso concluir que el término fijado por la disposición en cita no es el que rige el término de prescripción de las acciones judiciales declarativas o ejecutivas que, según las particularidades del caso, deban ejercerse por parte de la Institución Prestadora de Salud, en contra de la entidad aseguradora, con miras a recaudar satisfactoriamente los montos de los servicios que ha prestado a pacientes. En este punto es del caso recordar que la acción puede ser declarativa o ejecutiva, según la actitud asumida por la aseguradora dentro del mes siguiente a la reclamación. Así, si no se objeta fundadamente en tiempo, la acción judicial aplicable es de naturaleza ejecutiva. En contraste, si dentro del término consagrado por el ordenamiento, la aseguradora objeta de forma fundada la reclamación elevada por la IPS, la acción judicial a ejercer será de estirpe declarativa.

Lo anterior ilustra que la normativa sólo previó expresamente un término preclusivo o prescriptivo para presentar reclamaciones, pero no hizo lo propio con las acciones judiciales. Por ello, al tener presente el alcance general del artículo 2536 del Código Civil, lo que permite que *“Toda prescripción que no se encuentre expresamente consagrada en una norma especial, se rige por el término previsto para la prescripción extintiva de la acción ordinaria, pues es ésta la que tiene la virtualidad de extinguir todas las acciones reales o personales que no están sujetas a prescripciones más breves.”* (Sala de Casación Civil de la Corte Suprema, Sentencia del 5 de agosto de 2013, radicado 66682-31-03-001-2004-00103-01, MP: Ariel Salazar Ramírez), consideramos que los términos previstos por tal precepto son los llamados a determinar la prescripción de la acción judicial que dio inicio al proceso que nos reúne. Así las cosas, se tendría que la acción judicial de naturaleza declarativa prescribe en un término de 10 años, mientras que la acción judicial de carácter ejecutivo prescribe en un término de 5 años. Posición o postura que ha hecho carrera en distintos Tribunales del país.

Así, en Sentencia del 9 de mayo de 2018, con ponencia del magistrado Jaime Alberto Saraza Naranjo, la Sala de Decisión Civil-Familia del Tribunal Superior

del Distrito de Pereira, se indicó que: “(...) *basta recordar que corresponde a la entidad prestadora del servicio radicar el cobro dentro de los términos del artículo 1081 del C. de Comercio, esto es, para efectos de la prescripción ordinaria, dentro de los dos años siguientes a la atención médica (...)*”.

Del mismo modo, en asunto donde el apelante señalaba que el juez de primera instancia había errado al aplicar los términos de prescripción del artículo 2536 del Código Civil dentro de un proceso ejecutivo en el que se perseguía el cobro compulsivo de servicios médicos prestados a lesionados en accidentes de tránsito causados por vehículos amparados con póliza SOAT, contenidos en títulos ejecutivos, estimando el apelante que el término aplicable era el fijado por el artículo 1081 del Código de Comercio, la Sala de Decisión Civil-Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cúcuta, en Sentencia del 7 de julio de 2020, con ponencia del magistrado Bernardo Arturo Rodríguez Sánchez, estimó acertada la decisión del A-quo. Al respecto, consideró que:

*“En este entendido, es de señalar que tratándose de facturas expedidas para la prestación de los servicios de salud, incluidas las del SOAT, el término prescriptivo que debe ser aplicado para su cobro judicial corresponde al de la acción ejecutiva que está gobernada por el artículo 2536 del Código Civil, que en su nueva redacción al tenor del artículo 8° de la Ley 791 de 2002 dispone “La acción ejecutiva se prescribe por cinco (5) años. Y la ordinaria por diez (10). La acción ejecutiva se convierte en ordinaria por el lapso de cinco (5) años, y convertida en ordinaria durará solamente otros cinco”, razón por la cual no puede exigirse que se cumpla la prescripción que contempla el Código de Comercio para la acción cambiaria. Frente al tema debe decirse que ninguna disposición normativa ha previsto un término de prescripción para el ejercicio de la acción ejecutiva, para el cobro de las facturas de prestación o venta de servicios de salud, incluidas la de SOAT. El artículo 7 del Decreto 4747 de 2007, regula que “Las cuentas de cobro, facturas o reclamaciones ante las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades territoriales y el Fosyga, se deberán presentar a más tardar dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de la prestación de los servicios o de la ocurrencia del hecho generador de las mismas. Vencido este término no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias”, es decir, que el término de presentación de facturas para el cobro administrativo es de seis meses contados a partir del momento de la atención, advirtiendo que el propio texto legal abre*

*la posibilidad de que se puedan presentar con posterioridad, pero sin que haya lugar al reconocimiento de intereses moratorios. Para el caso del SOAT el Artículo 10 del Decreto 3990 de 2007, como el artículo 41 del Decreto 056 de 2015 señalan que las instituciones prestadoras de servicios de salud 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. De tales normas resulta claro que este término es para presentar la correspondiente facturación con sus soportes, más no el que tiene el prestador del servicio para ejercitar la acción ejecutiva para el pago de la obligación que se deriva de la misma. Es de aclarar que lo que da paso a la vía ejecutiva para el cobro de las facturas de venta, expedidas con ocasión de la prestación de servicios de salud, es que la aseguradora no las haya objetado en debida forma dentro del término legal, ya sea por falta de fundamentación o por silencio, además de que no las haya cancelado, por lo que el demandante para iniciar el juicio ejecutivo debe aducir la prueba que presentó la reclamación y realizarla conforme a las resultas del trámite de esta reclamación. El artículo 2512 del Código Civil establece que “La prescripción es un modo de adquirir las cosas ajenas o de extinguir las acciones o derechos ajenos, por haberse poseído las cosas y no haberse ejercido dichas acciones y derechos durante cierto lapso de tiempo y concurriendo con los demás requisitos legales”. En el asunto que nos ocupa la propuesta es la prescripción extintiva de la acción, la cual conforme se deduce de lo dispuesto en el artículo 2535 del C. C., en la acción ejecutiva son dos los elementos que deben cumplirse para que se produzca el efecto liberatorio: el transcurso del tiempo, que se cuenta desde que la obligación se haya hecho exigible, y la inacción del acreedor. Desde esta perspectiva si el titular de un derecho de crédito dilapida su potestad de procurar del obligado el cumplimiento, o si ejercido este no atiende debidamente las cargas procesales que el ordenamiento impone, quedará expuesto a ver como su derecho se extingue por el modo de la prescripción, sin desconocer que ésta es susceptible de suspensión o interrupción.*

(...)

Fijado ese marco litigioso, cumple señalar que en el caso que nos ocupa es que resulta propio aplicar la prescripción extintiva de la acción ejecutiva que regula el artículo 2536 del C.C., modificado por

el artículo 8° de la ley 791 de 2002, norma que establece que prescribe por cinco (5) años, conclusión a la que igual llegó la juzgadora de primera instancia. En el presente asunto, insiste la parte demandada que en cuanto a la prescripción de la acción para el cobro ejecutivo de las facturas de servicios de salud prestados a las víctimas de los accidentes de tránsito cuando el vehículo automotor con el que fueron accidentadas se encuentra amparado con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT, es la que se deriva de las normas que regulan el contrato de seguros, concretamente el artículo 1081 del Código de Comercio, para efectos de la prescripción ordinaria, plazo que establece tanto el Artículo 10 del Decreto 3990 de 2007, como el artículo 41 del Decreto 056 de 2015. Sin embargo para la Sala ello no es así, porque conforme a lo consignado en las premisas jurídicas quedo estudiado que el plazo que establecen las normas citadas es en relación con el tiempo que cuentan los prestadores del servicio de salud para formalizar la reclamación administrativa de cobro de la prestación económica ante la aseguradora, por lo que vencidos los plazos previstos en el artículo 1081 del Código de Comercio se produce es el fenómeno extintivo del derecho hacerlo. Por lo anterior, es que en el caso concreto no debe confundirse los plazos de prescripción previstos en el artículo 1081 del Código de Comercio, con el plazo de prescripción previsto para el ejercicio de la acción ejecutiva en el artículo 2536 del C.C., al cual reiterase se encuentra sujeto las facturas que se expiden con ocasión a la prestación de servicios de salud, incluidas las de SOAT, como títulos ejecutivos complejos que son. En desarrollo de lo antepuesto, es que sin perjuicio de los términos establecidos para realizar las reclamaciones administrativas que formulen los prestadores de servicios de salud directamente ante las aseguradoras, derivadas de las coberturas del SOAT, el término prescriptivo del ejercicio de la acción ejecutiva para materializar el cobro de las obligaciones que emanen de estas reclamaciones, es el establecido en el artículo 2356 del Código Civil. Sobre la base de lo antes expuesto, el reparo planteado no puede salir adelante.” (Subrayado fuera del texto).

Contra dicho fallo, se interpuso acción de tutela, entre otras razones, por considerar que existían errores por parte de los jueces de instancia, entre ellos, la inaplicación de la normatividad que regula el contrato de seguro en materia de prescripción.

En primera instancia, actuó la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, que profirió la Sentencia STC 3056-2021, fechada 24 de marzo de 2021, con ponencia del magistrado Álvaro Fernando García Restrepo. En esta decisión, se avaló plenamente el criterio que el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cúcuta plasmó al resolver la instancia, entre ellos, en lo que respecta a la prescripción, por lo que negó el amparo. En la parte considerativa de tal decisión, se estimó que:

“Y en lo que respecta a la supuesta indebida valoración probatoria y la falta de aplicación de la normatividad vigente en el proveído de segundo grado en comento, observa la Corte luego de leer los razonamientos efectuados por el ad quem en la mencionada decisión, que lo resuelto sí se cimentó en argumentos jurídicos que de manera alguna pueden considerarse caprichosos o absurdos, lo que descarta la posibilidad de censurar esa decisión en el campo de la acción de tutela, dado que no se trata de un comportamiento ilegítimo que claramente se oponga al ordenamiento jurídico.

3.3.1. En efecto, la aludida Corporación en punto de resolver el recurso vertical formulado por la aquí interesada precisó, en atención a los puntuales reparos efectuados, que los problemas jurídicos a resolver se sintetizaban de la siguiente manera: «PRIMERO: Dada la naturaleza especial de los documentos arrimados como base del recaudo, facturas expedidas por la prestación de servicios de salud, determinar si constituyen títulos ejecutivos exigibles que demuestran a cabalidad la obligación cobrada a cargo de la parte demandada, por cuanto varias de ellas fueron glosadas y objetadas. SEGUNDO: Determinar si fue acertada la decisión de la juez de primera instancia en tanto declaró probada la excepción de prescripción alegada por la parte ejecutada en los términos señalados en el artículo 2536 del Código Civil y no la prevista en el artículo 1081 del Código de Comercio, para los contratos de seguros y TERCERO: Verificar la extinción de las obligaciones reclamadas por la configuración del pago de diversas facturas antes de la presentación de la demanda».

(...)

Así entonces aseguró, que dicho título ejecutivo complejo de naturaleza especial para cobrar la prestación de servicios en salud no se rige bajo el amparo de la norma mercantil, motivo por el cual, «el término

prescriptivo que debe ser aplicado para su cobro judicial corresponde al de la acción ejecutiva que está gobernada por el artículo 2536 del Código Civil, que en su nueva redacción al tenor del artículo 8° de la Ley 791 de 2002 dispone ‘La acción ejecutiva se prescribe por cinco (5) años. Y la ordinaria por diez (10). La acción ejecutiva se convierte en ordinaria por el lapso de cinco (5) años, y convertida en ordinaria durará solamente otros cinco’, razón por la cual no puede exigirse que se cumpla la prescripción que contempla el Código de Comercio para la acción cambiaria», máxime cuando «ninguna disposición normativa ha previsto un término de prescripción para el ejercicio de la acción ejecutiva, para el cobro de las facturas de prestación o venta de servicios de salud, incluidas la de SOAT. (...)

*Y que si bien es cierto que «[p]ara el caso del SOAT el artículo 10 del Decreto 3990 de 2007, como el artículo 41 del Decreto 056 de 2015, señalan que las instituciones prestadoras de servicios de salud 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», lo que ello significa es que, dicho término «es para presentar la correspondiente facturación con sus soportes, más no el que tiene el prestador del servicio para ejercitar la acción ejecutiva para el pago de la obligación que se deriva de la misma. Es de aclarar que lo que da paso a la vía ejecutiva para el cobro de las facturas de venta, expedidas con ocasión de la prestación de servicios de salud, es que la aseguradora no las haya objetado en debida forma dentro del término legal, ya sea por falta de fundamentación o por silencio, además de que no las haya cancelado, por lo que el demandante para iniciar el juicio ejecutivo debe aducir la prueba que presentó la reclamación y realizarla conforme a las results del trámite de esta».*” (Subrayado fuera de texto).

En segunda instancia, la Sala de Casación Laboral, mediante Sentencia STL 5532 de 2021, confirmó el proveído de la Sala de Casación Civil, contenido en la Sentencia STC 3056-2021.

La posición de la Corte Suprema es de gran relevancia, porque la determinación del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cúcuta no fue de poca monta. En su decisión inaplicó, en lo relativo a la prescripción, el artículo 1081 del Código de Comercio (2 años), para aplicar el 2536 del Código Civil (5 años). Lo que es

un cambio sustancial tanto de la norma como del término de prescripción, por lo que, de haber errado, habría sido una arbitrariedad censurable en sede de tutela. Sin embargo, a juicio de la Corte Suprema, la decisión judicial “a diferencia de lo considerado por la gestora del amparo, lo determinado reposa sobre el contenido de los medios de convicción, a la par de un razonable entendimiento de los mismos, y la aplicación de las normas aplicables a la materia, cuestión que impide sostener que en esa actividad se hubiera incurrido en alguna de las causales de procedencia del amparo invocadas, único supuesto que, como repetidamente se ha señalado, le abre paso al mecanismo excepcional interpuesto, respecto de proveídos o actuaciones judiciales, no siendo, pues, la simple discrepancia con lo decidido una razón para que se admita la intervención del juez de tutela, en tanto que tal y como lo dejó anotado la Corporación criticada en la sentencia de segundo grado debatida, se concluyó que (...) iii) que el término prescriptivo alegado, corresponde al contemplado en el canon 2536 del Código Civil, y no al que establece la norma mercantil para la acción cambiaria o, para el contrato de seguro (...)”. (Subrayado fuera del texto).

Desde esta oportunidad queremos advertir que los fallos traídos a colación no pueden tildarse como impertinentes o irrelevantes por aludir a acciones ejecutivas y no a declarativas, en cuanto sería una estimación equivocada. Ello en razón de que el artículo 2536 del Código Civil alude tanto a la prescripción de la acción declarativa, aplicable en el caso, consagrando un término de prescripción de 10 años, como a la acción ejecutiva, para la que se consagra un término de 5 años. Así las cosas, este artículo resulta ser aplicable tanto para la acción declarativa como para la acción ejecutiva a través de las que se persiga el pago por servicios de salud prestados a lesionados en accidentes de tránsito ocasionados por vehículos amparados por póliza SOAT. Naturalmente, el derecho perseguido es el mismo -el referido pago-, existiendo para ello dos vías procesales, la declarativa y la ejecutiva, debiéndose acudir a la una o a la otra según lo que ocurra tras el vencimiento del término que se le consagra a la Aseguradora para atender reclamaciones. Siendo el mismo derecho el perseguido, y bajo la misma causa fáctica -la prestación de los mencionados servicios- y jurídica -el derecho reclamado se funda en la cobertura de la póliza SOAT- no existe motivo razonable para que la prescripción de la acción declarativa se rija por una norma, mientras que la de la ejecutiva lo haga por otra. La norma que rige es la misma en ambos casos -2536 del Código Civil-, que eso sí, dispone términos de diferente extensión.

Todo lo anterior conduce a afirmar de manera categórica que en el ejercicio de la acción Ordinaria declarativa encaminada a obtener el reconocimiento de unos servicios de salud prestados a víctimas de accidente de tránsito, y su consecuencial condena al pago de los mismos, el término prescriptivo lo es, el de Diez (10) años **contemplado en el canon 2536 del Código Civil, y no el que establece la norma mercantil para el contrato de seguro (Art.1081)**, por lo que, el fallo de primera instancia incurre en defecto sustantivo al inaplicar la norma llamada a regir el caso, dándole aplicación a una distinta, por lo que, en consecuencia, pedimos al Honorable Tribunal Superior Del Distrito Judicial De Barranquilla, se sirva revocar el punto primero de la parte Resolutiva de la Sentencia proferida por el Juzgado Dieciséis civiles del circuito de Barranquilla, el día 18 de noviembre de 2.022 al interior del proceso verbal declarativo, promovido por la CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE SAS., contra la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., radicado en primera instancia bajo el número **08001315301620210009400**.

2.- En cuanto al hecho de haber dispuesto la sentencia, **“DECLARAR NO PROBADA LAS TACHAS DE SOSPECHA FORMULADAS CONTRA LAS TESTIGOS ANDREA PIÑEROS MUÑOZ, NARCY GARCIA TORRES Y JOSE M QUIJANO RODRIGUEZ”**, y que también fue objeto de reparo en el interpuesto recurso de apelación, procedemos respecto a ello a su sustentación, partiendo por indicar que los argumentos esgrimidas por el Juez A quo, para no considerar los motivos de la tacha, como elementos suficientes para poner entre dicho la credibilidad o imparcialidad de esos testigos, no se acompasan ellos con las reglas y directrices que regulan la tacha de sospecha, pues su negación a la proposición de aquella, se hizo simplemente bajo la subjetiva consideración de *“no reñir esos testimonios con las abundantes pruebas documentales y con el testimonio del señor JOSE QUIJANO”*; olvidándose además la Jueza, que el testimonio de JOSE QUIJANO, también fue objeto de tacha de sospecha, habida consideración de la relación contractual de carácter civil, existente entre él y la Aseguradora, como lo indicó en su declaración.

De acuerdo a la doctrina, el testimonio es la declaración que realiza un tercero, ajeno a la contención, pues no tiene relación jurídica procesal con las partes; sobre los hechos que le constan por percepción directa.

El artículo 211 del C.G.P., dispone que:

*"Cualquiera de las partes podrá tachar el testimonio de las personas que se encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad o*

*imparcialidad, en razón de parentesco, dependencia, sentimientos o interés en relación con las partes o sus apoderados, antecedentes personales y otras causas. La tacha deberá formularse con expresión de las razones en que se funda. El juez analizará el testimonio en el momento de fallar de acuerdo a las circunstancias de cada caso".*

La tacha es un cuestionamiento que se realiza respecto del testigo, bien por sus calidades personales, bien por sus relaciones afectivas o convencionales con las partes, de modo que su declaración pueda estar influenciada por elementos ajenos a su simple percepción, lo que lo torna en "sospechoso".

Si bien es cierto que la tacha, no implica que la recepción y valoración de la prueba testimonial se torne improcedente, tampoco resulta menos cierto que se exija del juez, un análisis más severo para determinar el grado de credibilidad que ofrecen los testigos y cerciorarse de su eficacia probatoria, tal y como lo ha indicado la Corte Constitucional en sentencia C790 de 2006, al señalar que:

*"En cuanto al artículo 217 del C.P.C., éste lo que hace es definir como sospechosos a aquellos testigos que se encuentren en circunstancias que puedan afectar su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencia, sentimientos o intereses que tengan con las partes o sus apoderados, de sus antecedentes personales u otras causas que determine el juzgador; ello por cuanto si bien la sola circunstancia de que los testigos sean parientes de una de las partes, no conduce necesariamente a deducir que ellos inmediatamente falten a la verdad, "...la razón y la crítica del testimonio aconsejan que se le aprecie con mayor severidad, que al valorarla se someta a un tamiz más denso de aquel por el que deben pasar las declaraciones libres de sospecha, lo que permite concluir que dicha norma no es más que una especificación de las reglas de la sana crítica aplicadas al proceso civil..."*

En efecto, en nuestro caso formulamos en la audiencia respectiva, tacha por sospecha contra las testigos señores ANDREA PIÑEROS MUÑOZ y NARCY GARCIA TORRES, ante el habido vínculo o dependencia laboral existente entre ellas y la Aseguradora demandada; hecho manifestado y reconocido por las testigos en sus declaraciones rendidas ante el despacho.

Así mismo se tachó por sospecha el testimonio rendido por el señor JOSE M QUIJANO RODRIGUEZ, dada la existencia de la relación contractual de carácter civil, existente entre él y la Aseguradora, tal y como también él lo

admitió al rendir su declaración; pero no obstante existir en el proceso, la prueba de hechos, circunstancia o razones por las cuales se hicieron los cuestionamientos a los testigos, y que en efectos hacen que sus declaraciones resulten influenciada por elementos ajenos a sus simples percepciones, como lo es el vínculo o dependencia contractual habido entre los testigos y la parte demandada, la jueza de instancia, en su fallo nada de eso tuvo en cuenta, ni mucho menos actuó teniendo en cuenta la exigencia de un análisis más severo para determinar el grado de credibilidad que podían ofrecer esos testigos y por supuesto cerciorarse de su eficacia probatoria.

Honorable Magistrados del Tribunal Superior Del Distrito Judicial De Barranquilla, con fundamento en lo expuesto en los párrafos en precedencia, solicitamos a ustedes respetuosamente, se sirvan revocar el punto segundo de la parte Resolutiva de la Sentencia proferida por el Juzgado Dieciséis civiles del circuito de Barranquilla, el día 18 de noviembre de 2.022 al interior del proceso verbal declarativo, promovido por la CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE SAS., contra la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., radicado en primera instancia bajo el número **08001315301620210009400**.

**3 La parte demandante, conforme a las disposiciones legales, probó la prestación del servicio médico y que la causa correspondía a un accidente de tránsito, y las circunstancias en la que basa sus excepciones la parte demandada no logran derribar las pretensiones elevadas.**

En cuanto a la sustentación del Recurso de Apelación interpuesto contra el fallo, en lo tocante a *que la parte demandante no logró probar que la causa de los padecimientos de los pacientes a los que se le prestaron los servicios de salud objeto de reconocimiento y pago eran accidentes de tránsito en los que estaban involucrados vehículos amparados por pólizas de seguros expedidas por la entidad demandada, MUNDIAL DE SEGUROS*, y consecuentemente con ello haber el fallo, declarado la inexistencia de las obligaciones contenidas en las restantes 153 facturas relacionadas en la tabla dos de la parte motiva de la sentencia.

Al analizar las consideraciones del fallo de primera instancia, se puede colegir que entre el material probatorio aportado por la parte demandante, con miras a demostrar la prestación de servicios de atención en salud a víctimas de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos amparados con pólizas SOAT, y el material probatorio aportado por la parte demandada, tendiente a demostrar que los pacientes no fueron lesionados por un vehículo con póliza de SOAT,

sino que fueron, en su mayoría, vehículos “fantasma”, pólizas prestadas, o accidentes distintos a siniestros viales, la juez A-quo se inclinó por el segundo, declarando que no se probó la ocurrencia del siniestro. Sin embargo, existen razones de orden sustancial y de orden probatorio que dejan sin pie las conclusiones de la sentencia.

En primer lugar, es pertinente tener claro unas consideraciones generales sobre la función del SOAT. Con este seguro obligatorio (en principio calificado como de personas, pero que realmente tiene una naturaleza mixta -comparte aspectos del seguro de personas y del seguro de daños-) se pretende asegurarle a las víctimas de accidentes de tránsito, bien sean peatones u ocupantes de los vehículos asegurados, la efectiva prestación de una atención médica oportuna y eficaz por las heridas o lesionados ocasionadas en el accidente, además de indemnizar a las víctimas o a los familiares de estas por lesiones permanentes (incapacidad) o muerte, incluidos los gastos funerarios o de traslado de las víctimas.

Para satisfacer tal objeto, los hospitales, clínicas y entidades de salud tienen la obligación legal de prestar los servicios requeridos, de conformidad con el artículo 195 del Decreto 663 de 1993 y el artículo 7 del Decreto 056 de 2015, compilado en el Artículo 2.6.1.4.2.1 del Decreto 780 de 2.016, Incluso, la primera de estas consagra sanciones para las entidades que no cumplan con tal mandato. En lo relativo al pago de los servicios, están a cargo de la entidad aseguradora que haya expedido la póliza SOAT, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 8 del Decreto 056 de 2015, compilado en el Artículo 2.6.1.4.2.2 del Decreto 780 de 2.016.

Con miras a cumplir la carga de la prueba, tendiente a demostrar la ocurrencia del siniestro -esto es, la prestación de servicios médicos a lesionados por accidentes de tránsito causados por vehículos amparados por pólizas de SOAT-, la entidad demandante ajustó su conducta procesal a lo señalado por el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011, que a tenor literal reza:

*“ARTÍCULO 143. PRUEBA DEL ACCIDENTE EN EL SOAT. Para la prueba del accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT, será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho, en el formato que se establezca para el efecto por parte del Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de la intervención de la autoridad de tránsito y de la posibilidad de que la aseguradora del SOAT realice auditorías posteriores.”* (Subrayado fuera del texto).

Entonces, con miras a probar tanto la prestación de servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, como que los mismos se prestaron a pacientes que eran lesionados o víctimas de accidentes de tránsito causados por vehículos amparados por pólizas SOAT expedidas por la compañía aquí demandada, la CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE, allegó al proceso judicial las historias clínicas, epicrisis, el formulario único de reclamaciones y las facturas expedidas por ella. Además, en cada epicrisis se hizo constar por los médicos de urgencias de la IPS, sobre las lesiones sufridas por esos pacientes y sus causas u origen estar relacionadas con un accidente de tránsito; declaración que, de conformidad con la ley, **será suficiente para la prueba del accidente.**

A pesar de lo anterior, el esfuerzo demostrativo de la CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE quedó a medias, pues a juicio del A-quo, se probó la prestación del servicio, esto al indicar que *“el estrado encuentra acreditado la prestación del servicio médico, ..., tal como se establece con las historias, epicrisis y el formulario único de reclamaciones de los prestadores de servicios de salud...”*. Pero en lo relativo a la ocurrencia del accidente, como ya se dijo, se inclinó por las pruebas aportadas por la parte demandada, que daban cuenta de la supuesta existencia de causas ajenas a accidentes de tránsito ocasionados por carros con cobertura de póliza SOAT.

Siendo esas las conclusiones del fallo, el asunto se debe abordar de forma tal que se respondan o resuelvan los siguientes interrogantes: ¿probó la CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE la ocurrencia de accidentes de tránsito? En caso de que esta respuesta sea afirmativa, se debe resolver el siguiente ¿los supuestos hallazgos de la entidad aseguradora, en los que se basó la juez, tienen la eficacia o están en capacidad de derribar las pretensiones de la parte demandante?.

Al respecto, consideramos que el primer interrogante tiene una respuesta afirmativa. Esto, como consecuencia de que la entidad demandante dio cabal cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011, que indica que para probar la existencia de un accidente de tránsito en materia de SOAT *“será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho, en el formato que se establezca para el efecto por parte del Ministerio de la Protección Social”*. Situación que se verificó, como ya quedó visto. Así que contrario a lo señalado por el fallo, la parte demandante sí satisfizo su carga probatoria.

Siendo así las cosas, es del caso abordar el segundo interrogante, de una notable mayor complejidad, y que como se expondrá más adelante, tiene una respuesta negativa.

En el fallo impugnado, se alude a que hubo objeciones con varios motivos *“como que la mayoría de las víctimas no fueron lesionados por un vehículo cubierto con la póliza SOAT de MUNDIAL DE SEGUROS, no habiéndose atribuido causalmente la ocurrencia del siniestro a dichos vehículos amparados por el accionado, sino en muchos casos a vehículos que huyeron de la escena del accidente y no se pudo establecer el mismo, otros eventos tratan de lesiones no ocurridas en el contexto de un accidente de tránsito, como los nutridos casos de lesiones fruto de accidentes domésticos, práctica de deportes, caídas por pérdida de equilibrio de motocicletas, lo que desvirtúa el presupuesto que las atenciones médicas sean consecuencia de un accidente de tránsito en que el vehículo involucrado se encuentre amparado con una póliza SOAT.*

*En efecto, es abisal que esa realidad se encuentra acreditada con los soportes de reclamaciones aportadas con la contestación de la demanda, compuestos en tres carpetas contentivas de abundantes documentos, que no fueron tachados de falsos por la entidad demandante, intitulado acta de entrega de objeción de las reclamaciones, informes de investigaciones y comunicaciones de las objeciones, en que se recrean todos esos hallazgos del asegurador, en razón a que en esa documentales se establece todos esos análisis de siniestros realizados por la empresa GLOBAL RED LTDA INVESTIGACIONES SIN FRONTERAS, que sí bien es cierto, muchas de sus pesquisas fueron favorables a CLINICAS ALTOS DE SAN VICENTE, como por ejemplo, con el caso GMG 83862 que trata de la factura SV 132276, no siendo objetada la misma, aunque valga acotar, no fue presentada para el cobro y reconocimiento en este proceso, lo que se sugiere que la aseguradora cubrió y pagó la reclamación elevada. En los casos presentados se objetaron.*

*Con los restantes sí se verificaron las circunstancias en que se apoyan las objeciones, como en el caso CG 13175 que involucra a la factura SV 107644, se concluye que «[m]ediante la labor de campo realizada, se logra confirmar que el señor ENRIQUE FRANCISCO ARIAS PORTELA sufre accidente de tránsito al ser arrollado por un camión que se da a la huida y para recibir atención médica en la IPS CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE, le facilitan los documentos del taxi de placa WGB877 amparado por la Póliza SOAT No 76055045, por lo que se sugiere una objeción a la reclamación que realiza la*

*IPS, toda vez que se trata de un caso de PÓLIZA PRESTADA», todo a partir de las declaraciones de siniestros SOAT elaborados ante MUNDIAL DE SEGUROS S.A. y el formulario de validación de lesiones, apreciándose circunstancias en confesiones de propios lesionados en que dicen que para lograr la atención médica se inventaron el accidente de tránsito que no ocurrió, como en el caso CDG 100755 objeto de reclamación a la factura SV 141043.*

*Nótese, que el estrado avista la existencia de abundantes documentos aportados con la contestación de la demanda, en que se aprecia las objeciones formuladas frente a las facturas no prescritas identificadas con los seriales (...) tienen la aptitud para enervar las pretensiones de existencia de las obligaciones invocadas, debido a que con las objeciones se cuestionan la existencia de esas obligaciones, en razón a que de las varias razones condensadas en esas copiosas objeciones y las pruebas arrimadas con las mismas, se establece que la atención médica prestada por CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE no puede imputársele su cobro a MUNDIAL DE SEGUROS, puesto que el accidente de tránsito percutor de la atención médica a los lesionados, no cumple con las exigencias del Decreto-Ley 663 de 1993, dado que en unas no existió ni se acreditó el siniestro, por habersele demostrado con las objeciones que las lesiones no son fruto de un accidente de tránsito, ya sea que fueron accidentes domésticos o prácticas deportivas.*

*En otras reclamaciones recogidas en las facturas, se demostró que tocan con los cobros de atenciones médicas con un SOAT de un vehículo que no estuvo involucrado en el accidente de tránsito, ocurriendo que en esos casos que el dueño de un vehículo no interviniente quien generosamente presta su SOAT al accidentado para obtener la atención médica, debido a que el lesionado tenía su cobertura vencida, o en otros el vehículo involucrado en el accidente no se pudo identificar, no siendo atribuible a un automotor cobijado con una póliza de SOAT de MUNDIAL DE SEGUROS. Esa realidad probatoria se constata con la revisión de las documentales acompañadas con la contestación de la demanda denominadas OBJ 201904032537 a OBJ 201908039459, así como los abundantes documentos contentivos por las investigaciones del accidente adelantada por el demandado, visibles en la carpeta digital informes de investigación, que se encuentran en la carpeta anexos de la contestación de la demanda, no habiéndose cuestionado o tachado esas documentales, ni siquiera se desconocieron las mismas.” (Subrayados y negrillas fuera del texto).*

Tras replicar las consideraciones del fallo, pasamos a dar respuesta al segundo interrogante. A nuestro juicio, los hallazgos no están en capacidad de derribar las pretensiones elevadas en la demanda por la parte demandante, en cuanto: I) sus pretensiones son elevadas de buena fe, sin incurrir en culpa, al no tener el deber legal de verificar la ocurrencia del accidente, pues ha de ceñirse a la declaración que hace el paciente o su acompañante, según la cual ha sido víctima de un accidente de tránsito, así como tampoco se ha demostrado que la IPS haya actuado dolosamente al conocer o participar en las presuntas conductas fraudulentas que supuestamente se presentaron; y II) a la entidad (IPS) no le son oponibles excepciones relativas a incumplimiento de obligaciones del tomador.

En lo relativo al primer argumento, se debe decir que no existe en el ordenamiento jurídico ningún deber de verificar la ocurrencia del accidente de tránsito, o si la póliza era prestada, o si verdaderamente el accidente fue ocasionado por el vehículo para el que se ha expedido la póliza, por lo que el médico debe ceñirse estrictamente a lo manifestado por el paciente o su acompañante. Al momento de recibir al paciente, el médico tratante debe adelantar el proceso de anamnesis, o exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes, así como las causas de las lesiones. Y si bien con posterioridad a la prestación del servicio pueden verificarse anomalías, como el fenómeno de póliza prestada, es decir, casos donde el tomador presta su consentimiento para que se afecte su póliza de SOAT, a pesar de no ser causante del accidente, así como también los pacientes pueden mentir al indicar la causa de sus lesiones (circunstancias verificables en los pasajes traídos a colación), lo dicho por el paciente o su acompañante de forma previa a la prestación del servicio está amparado por la presunción constitucional de buena fe (artículo 83), y tal declaración ha de ser la única base de la manifestación que de buena fe hace el profesional de la salud, en virtud de la cual se hace constar la existencia del accidente.

Exigir que la institución prestadora del servicio de salud vaya más allá de la recepción de la manifestación del paciente o de su acompañante, con miras a verificar tanto la ocurrencia del accidente, como que haya sido causado por el vehículo indicado, sería imponer una carga no prevista por el ordenamiento jurídico, tornándose, en consecuencia, desproporcionada e irrazonable.

Lo anterior da pie para concluir, entonces que la Clínica, de buena fe, se forma un convencimiento a partir de las declaraciones que rinden los pacientes o sus acompañantes, indicando las lesiones han sido producto de accidentes de tránsito ocasionados por los vehículos indicados (amparados por las pólizas SOAT que se afectan). Convencimiento que se forma, además, sin incurrir en culpas o conductas reprochables, por la sencilla razón de que no existe un deber jurídico que exija a esta verificar la ocurrencia del accidente de tránsito. Por lo tanto, esto se torna en una situación aparente que al ser de buena fe y exenta de culpa merece protección o amparo por el ordenamiento jurídico, y que no se destruye o derriba por el sobreviniente descubrimiento de que las declaraciones del paciente o su acompañante fueron inexactas o falsas.

La ecuación cambiaría notablemente si se lograra desvirtuar la debida diligencia del prestador del servicio de salud, como sería ante una situación de ignorancia supina, o peor, que su proceder sea doloso, como sería modificando fraudulentamente la declaración del paciente o de su acompañante, o que la propia entidad es consciente de que los padecimientos del paciente no devienen de un accidente de tránsito, y aún así se hace pasar como tal, o que la entidad participa directamente en la comisión de las conductas fraudulentas al sistema. Sin embargo, el acervo probatorio no da cuenta de la existencia de alguna de dichas circunstancias, pues las pruebas allegadas por la parte demandada solo dan cuenta de unos supuestos hallazgos, pero nada dicen frente a la culpa o dolo en que haya incurrido la IPS prestadora del servicio de salud.

En consecuencia, aun cuando se verifique que los médicos tratantes certificaron la existencia de un accidente de tránsito con base en declaraciones que no corresponden a la realidad, mientras no se demuestre que la entidad prestadora de los servicios de salud no ha incurrido en culpa o en dolo, existe una situación aparente que se crea a partir de un proceder de buena fe exenta de culpa, la cual legítima plenamente las pretensiones que se hacen ante la aseguradora, sin que los hallazgos posteriores puedan enervar aquellas. Y es que ninguna de las pruebas allegadas por la parte demandada al proceso, intituladas actas de entrega de objeción de las reclamaciones, informes de investigaciones y comunicaciones, revela la existencia de una concertación, acuerdo o confabulación al margen de la ley, así como tampoco se evidencia en el expediente prueba alguna que demuestre que la **CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.**, hubiere conocido, concertado o establecido con los lesionados o tomadores de las pólizas SOAT acuerdos de préstamos de póliza SOAT a personas accidentadas, para con ello obtener pagos por servicios de salud. Inexistencia de esa prueba que por el contrario hace mucho más

contundente la declaración del médico de urgencias, en cuanto a que las lesiones sufridas por esos pacientes y sus causas u origen están relacionadas con un accidente de tránsito, que conducen, contrario de lo que indicó el fallo, a que se declaren prosperas las pretensiones de la demanda, promovida contra **MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**

De igual forma, existe otro motivo distinto e independiente por el cual los supuesto hallazgos en nada afectan las pretensiones elevadas por la parte demandante: la imposibilidad de hacer oponibles al prestador beneficiario las excepciones que se basen en incumplimientos del tomador, de conformidad con lo previsto por el numeral 3 del artículo 41 del Decreto 56 de 2015, compilado en el Artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2.016.

La mencionada disposición establece que:

*“3. **Inoponibilidad de excepciones a los beneficiarios.** A las víctimas de los accidentes de tránsito, a los beneficiarios o a quienes tengan derecho al pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente decreto, no les serán oponibles excepciones derivadas de vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador. Por lo tanto, solo serán oponibles excepciones propias de la reclamación tales como pago, compensación, prescripción o transacción.”*

Si los accidentes de tránsito no existieron, o fueron ocasionados por vehículos distintos a los indicados, pero a pesar de ello el tomador de la póliza SOAT otorgó su consentimiento para que su póliza fuera aceptada como si con su vehículo se hubiera ocasionado un accidente, se está ante un proceder de mala fe del tomador, que colaboró en la formación de una situación ficticia, declarada como cierta ante la entidad (IPS) aquí demandante. Entonces, siendo un hecho impeditivo o extintivo que se basa exclusivamente en un proceder reprochable del tomador, tal circunstancia es inocua para enervar los derechos reclamados por la entidad demandante, por la sencilla razón de que la normativa prohíbe comunicar o hacer oponibles excepciones basadas en el incumplimiento de obligaciones propias del tomador (entre ellas obrar de buena fe). Sin embargo, en el fallo se inaplicó tal disposición, pues negaron las pretensiones a pesar de haberse verificado que las situaciones encuentran como base proceder de mala fe de los tomadores, quienes consintieron para consolidar situaciones de “póliza prestada” o “el dueño de un vehículo no interviniente quien generosamente presta su SOAT al accidentado para obtener la atención

**médica, debido a que el lesionado tenía su cobertura vencida, o en otros el vehículo involucrado en el accidente no se pudo identificar”.**

Y todo lo dicho con anterioridad, se refuerza también con el hecho de que la aseguradora tiene sendas acciones de repetición, de conformidad con lo establecido en los artículos 40 y 41 del Decreto 056 de 2015, compilado el primero de ellos en el artículo 2.6.1.4.3.14, y el segundo en el artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2.016. Aplicando el principio de que sólo puede repetir quien efectivamente ha pagado, se ha de entender que la entidad aseguradora ha de asumir los costos que en este proceso se reclaman, y con posterioridad, ejercer las acciones de repetición a las que haya lugar. Con esto, se logra, dicho sea de paso, un justo equilibrio entre todos los actores del sistema.

Lo expuesto en precedencia permite comprender, como la conclusión contenida en el fallo, sobre que *“la parte demandante no cumplió con la carga de demostrar que las facturas cuyas obligaciones se piden se declare su existencia, fuese por accidente de tránsito en que se encuentren involucrados vehículos amparados por una póliza de seguros expedida por MUNDIAL DE SEGUROS, lo que denota el fracaso de la pretensión”*; también desconoció por completo lo dispuesto en el numeral tercero (3°) del Artículo 41 del Decreto 056 del año 2015, compilado en el Artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2.016 -precepto que hace inoponible a los beneficiarios (*en este caso el prestador del servicio de salud*) las excepciones derivadas del incumplimiento de obligaciones propias del tomador.

Señores Magistrados De La Sala Civil-Familia 1, Del Tribunal Superior De Barranquilla, cumplido con mi deber legal que me asiste en los términos del Inciso Tercero del Artículo 12 de la Ley 2213 del 13 de junio de 2.022, solicito a usted, de manera comedida se sirvan:

a) Revocar en su integridad la Sentencia proferida por el Juzgado Dieciséis civiles del circuito de Barranquilla, el día 18 de noviembre de 2.022 al interior del proceso con radicado número No. **08001315301620210009400**, y en su lugar se profiera sentencia que declare haberse prestado por la IPS CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE SAS, servicios de salud, médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios; a personas lesionadas en accidentes de tránsito causados por vehículos amparados por pólizas de seguro SOAT, expedidas por la Compañía Aseguradora MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

b) Consecuencialmente con dicha declaración, se condene a la Compañía Aseguradora MUNDIAL DE SEGUROS S.A., a pagar a la CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE SAS, la suma de \$592.650.758,00 como monto o valor de dichos servicios de salud prestados; más los intereses moratorios sobre el importe de dicha suma, liquidados a la tasa certificada como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

c) Condenar en agencias en Derecho, y en costas de ambas instancias, a la parte demandada.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Asdrubal Hemer Monterrsa', written in a cursive style.

ASDRUBAL HEMER MONTERRSA.