Señores
**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL - SALA SEXTA CIVIL - FAMILIA BARRANQUILLA ATLÁNTICO**
E. S. D.

**REF: PROCESO EJECUTIVO**
**DEMANDANTE: CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA S.A. DEMANDADO: LA PREVISORA S.A.**
**RAD: 08001315301420180002901**

**ASUNTO: SUSTENTAR RECURSO DE APELACIÓN**

**OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS**, mujer, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.006.745 expedida en El Banco (Magdalena), abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 23.817 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderada judicial de la sociedad **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS,** respetuosamente me permito sustentar el **RECURSO DE APELACIÓN** contra la sentencia de fecha 30 de junio de 2023, proferida por el Juzgado Catorce Civil del Circuito de Barranquilla, en los siguientes términos:

- **OMISIÓN A LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS DEL CONTRATO DE SEGURO.**

El *a quo* al momento de emitir la sentencia apelada, indica que en el proceso que nos ocupa no es necesaria la conformación de un título complejo; Como se manifestó a lo largo del proceso LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para la prestación o venta de servicios médicos con la demandante CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA S.A. Las facturas que aporta como título ejecutivo la demandante, no constituyen un título ejecutivo, pues hacen parte de reclamaciones por atención de pacientes en lo relacionado con el Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito (SOAT).

Los títulos ejecutivos que debaten en este proceso, corresponde a unas facturas de venta causadas por la prestación de servicios en salud, su cobro ante las entidades aseguradoras del país, por la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito son con fundamento en el SOAT expedido por dichas entidades, el cobro de las facturas se encuentra precedido de la presentación de una reclamación que además de la factura, exige allegar los anexos, comprobantes y documentos necesarios para formalizar la misma, tal como lo establece el artículo 1077 del Código de Comercio.

Como se ha reiterado a lo largo del proceso dentro de este tipo de controversias la parte ejecutante debe cumplir con su carga probatoria al momento de iniciar el proceso, aportando junto a su demanda los medios documentales necesarios, indispensables y suficientes para demostrar la existencia y exigibilidad de la obligación que pretende ejecutar.

El artículo 422 del C.G.P., exige que para que se pueda ejecutar judicialmente una determinada obligación es carga del demandante aportar junto a su demanda, documentos en donde conste que la obligación es expresa, clara y exigible y que estén incorporadas en documentos que provengan del deudor. Sin el cumplimento de esta carga probatoria por parte del demandante no es posible que se ordene el cumplimento de la obligación que se reclama.

En el caso bajo estudio, tenemos que la demandante CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA S.A., solicito la ejecución frente a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**.** de 47 facturas por la supuesta venta de prestación de servicios de salud por urgencia, haciendo referencia en los hechos de la demanda y fundamentos jurídicos y legales de la misma, a normas aplicables al sistema de seguridad social en salud.

Es así, que si la entidad demandante, presto los servicios de salud a personas víctimas en accidente de tránsito, con cargo al SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO (SOAT), la misma se constituyó en beneficiaria de mencionado seguro de acuerdo con lo establecido en el artículo 195 del EOSF.

Es importante resaltar que conforme a lo ordenado en el parágrafo del artículo 143 de la Ley 1438 de 2011, corresponde al Gobierno Nacional reglamentar *"el Sistema de Reconocimiento y pago de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito (SOAT), disminuyendo trámites, reduciendo los agentes intervinientes, racionalizando el proceso de pago y generando eficiencia y celeridad en el flujo de los recursos".*

A través del Decreto 056 de 2015 (incorporado en el Decreto Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en adelante, Decreto Único 780 de 2016) expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social señala las condiciones de *"cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito"* en que deben operar las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT.

El decreto 056 de 2015, para efectos de la legitimación para reclamar la indemnización correspondiente a prestaciones amparadas por el SOAT establece lo siguiente:

***"Artículo 8°.*** Legitimación para reclamar. *Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente decreto, prestados a una víctima de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista, o de otro evento aprobado, el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, o a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima."*

Dentro del Decreto 780 de 2016, en cuanto a la cobertura de gastos por servicios médicos prestados a víctimas de accidentes de tránsito SOAT, 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 (Artículo 26 Decreto 056 de 2015)[1] 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 diligenciado[2]. 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 ese mismo Ministerio 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

---

[1] **Artículo 26.** *Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud*. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:
1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.
2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:
2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 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.
3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas:
3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.
3.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.
3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.
4. Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del presente decreto.
5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.

[2] Definido por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Nota Externa 201733200110423 de 2017.

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 2015[3].

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 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 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*

[3] Hoy artículo 2.6.1.4.3.5 del Decreto Único 780 de 2016.

*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."*

Al respecto 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 y ratificada en providencia de fecha 18 de octubre de 2019**, **en proceso con radicación interna 41.806**, al resolver un recurso de apelación contra sentencia de primera instancia, en procesos ejecutivos cuyas demandadas era una entidad aseguradora 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 especifico 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 se 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 presento 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.*

La presente excepción también tiene como fundamento lo dispuesto por el artículo 1º de la ley 1231 de 2008:

***Artículo 1°.*** *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 se pretendía realizar el cobro ejecutivo de facturas de venta, por la prestación de servicios médicos a víctimas de accidentes de tránsito y que fueron atendidos por SOAT expedidos por LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, ello se infiere de lo mencionado en el escrito de demanda, pero tenemos que la prestación de esos servicios médicos, no son derivados de algún contrato que haya sido celebrado entre la CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA S.A. y LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

Mi representada LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación para la prestación o venta de servicios médicos con la CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA S.A; 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 056 de 2015.[4]

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

[4] Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto No. 2012054519-003 del 21 de septiembre de 2012.

en virtud de un contrato verbal o escrito, del cual pueda concebirse que existe una obligación clara, expresa y exigible.

Es importante precisar que, en este caso, estamos tratando con un título ejecutivo de los denominados **complejos,** ya que a pesar de que debe ser claro, expreso, exigible y que provenga del deudor, se hace necesario el cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio, es decir, tal como se ha planteado a lo largo de este escrito, el trámite referente a la reclamación para el pago de indemnizaciones por la prestación de servicios médicos-hospitalarios a víctimas de accidentes de tránsito se deben regir por las normas especiales que regulan la materia como lo son el Decreto 663 de 1993 (EOSF), Decreto 056 de 2015, Decreto 780 de 2016 y las normas del contrato de seguro establecidas en el código de comercio, razón por la cual la parte demandante no puede pretender que las facturas aportadas con la demanda tenga el carácter de títulos valores simples, cuando existe normatividad expresa al cobro de las mismas las cuales se rigen por el contrato de seguro y demás normas concordantes, lo cual ha sido plenamente desconocido por el despacho de primera instancia, al manifestar que no es aplicable las normas del contrato de seguro ante el cobro por vía judicial, lo cual ha sido altamente debatido llegándose a la conclusión que en el caso que de procesos ejecutivos que pretenda la ejecución de facturas derivadas de la atención medica acargo de polizas Soat, nos encontraríamos ante un titulo ejecutivo complejo, regido por las normas ya descritas.

El Honorable TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA SALA TERCERA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA. con Magistrada ponente DRA. CARMIÑA GONZÁLEZ ORTIZ.- En sentencia de segunda instancia en proceso con RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2018-00079-02.-0RADICACIÓN INTERNA: 43.345.-1 expreso:

> “Nos encontramos frente a un título ejecutivo complejo, que debe reunir los requisitos exigidos en el artículo 422 del C.G.P. de ser expreso, claro y exigible y al respecto se tiene que de acuerdo a la normatividad anterior, en tratándose del cobro por la prestación de los servicios de salud prestados a los pacientes atendidos por urgencia con ocasión del acaecimiento de accidentes de tránsito, la Entidad Prestadora de Salud, deberá presentar ante la Aseguradora la reclamación correspondiente junto con los comprobantes necesarios para ello y la aseguradora dentro del mes siguiente al recibo de la reclamación deberá pagar, o si la aseguradora lo encuentra pertinente dentro de dicho plazo objetará la reclamación.
>
> De la documentación allegada con la demanda, no aparece acreditado que la sociedad COSMITET LTDA, haya presentado ante la compañía AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. la reclamación correspondiente aparejada de la documentación necesaria para ello, para efectos de demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, ya que este es el primer paso que debe cumplirse para efectos de reunirse el requisito de exigibilidad de acuerdo al artículo 422 del C.G.P.”

En dicha sentencia quedo sentado que en los procesos ejecutivos se debe acreditar la presentación de las facturas con los documentos necesarios para acreditar la prestación del

servicio y cuantía, ellos e acredita aportando la factura pretendida y sus anexos correspondiente los cuales ampliamente se han enunciado a lo largo del proceso.

- **INTERPRETACIÓN ERRADA DEL ARTÍCULO 11 DEL DECRETO 056 DE 2015, AL CONSIDERAR QUE LA REMISIÓN NORMATIVA QUE SE HACE AL ART. 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SOLO APLICA PARA LA RECLAMACIÓN INICIAL.**

  El despacho ha interpretado de manera errada el artículo 11 de decreto 056 de 2015, al considerar que la remisión normativa que se hace al art. 1081 del Código de comercio solo aplica para la reclamación inicial presentada de manera administrativa realiza la IPS ante la aseguradora, pero para ejercer la acción judicial el término que se aplica es el estipulado para las acciones ordinarias por el Código Civil que es de 5 años, lo cual es errado.

  En el mencionado artículo 1081, cuyo texto transcribimos a continuación, se establecen directrices no solo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca este fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que tal período debe empezar a contarse:

  *"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.*

  *La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho*

  *Estos términos no pueden ser modificados por las partes".* Subraya fuera de texto.

  Al señalar la disposición transcrita, las directrices para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, distingue entre el momento en que "*el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción*", en la prescripción ordinaria y; el momento "*en que nace el respectivo derecho*", independientemente de cualquier circunstancia y aun cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria.

  Al respecto, la Corte Suprema de Justicia en innumerables fallos se ha pronunciado, de los cuales en uno de los últimos ha sostenido:

  *"Recientemente la Corte precisó como características y aspectos determinantes de la dualidad extintiva del artículo 1080 del estatuto mercantil que "[l]as dos clases de prescripción son de diferente naturaleza, pues, mientras la ordinaria depende del conocimiento real o presunto por parte del titular de la respectiva acción de la ocurrencia del hecho que la genera, lo que la estructura como subjetiva; la extraordinaria es objetiva, ya que empieza a correr a partir del surgimiento del derecho, independientemente de que se sepa o no cuándo aconteció (…) Todas las acciones que surgen del contrato de seguro, o de las normas legales que lo regulan, pueden*

*prescribir tanto ordinaria, como extraordinariamente (…)* **Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez, veintisiete (27) de febrero de dos mil trece (2013). Exp. 0500131030012004-00457-01.**

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 ese elemento subjetivo, en la segunda lo vincula a un factor objetivo al ordenar que el término de cinco años comience a partir del momento en que se consolide el respectivo derecho o desde la ocurrencia del hecho.

Definido el alcance del artículo 1081 del Código de Comercio, cuya aplicación es de **carácter imperativo conforme a los términos señalados en la misma disposición**, podría predicarse que la situación fáctica en la que se encuentran expuestas las I.P.S., calidad que ostenta la entidad demandante, cuando formalizan el cobro de los servicios médicos por atención de las víctimas de accidente de tránsito, evidencia un conocimiento del hecho que da origen a la acción de reclamación, como elemento subjetivo configurativo de la prescripción ordinaria, como atrás se explicó.

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 termino 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. (…)*

Con respecto a la prescripción de las reclamaciones presentadas por las entidades de salud a las compañías aseguradoras por concepto de servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, la Superintendencia Financiera de Colombia ratifico lo siguiente:

*"**SOAT, ACCIÓN DE COBRO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, PRESCRIPCIÓN -** Concepto 2013070104-002 del 18 de septiembre de 2013*

***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 tránsito1, 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.*" (Negrilla y subraya fuera del texto)

Igualmente, la Superintendencia de Salud se pronunció en el mismo sentido con respecto a la prescripción de las acciones derivada del cobro de facturas por concepto de atención a víctimas de accidentes de tránsito:

*"En otro orden de ideas, referente a las **reclamaciones que formulen los prestadores de servicios de salud ante las aseguradoras**, derivadas de las coberturas del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (SOAT), estas se encuentran previstas en el artículo 195, numerales 4 y 6, del Decreto 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero) y los artículos 3, 4, 5 y 6 del Decreto 3990 de 2007.*

*Sobre la **prescripción de estas acciones**, y teniendo en cuenta que la normatividad del SOAT no consagra esta figura jurídica, se considera necesario traer a colación el artículo 192, numeral 4, del Decreto 663 de 1993, en virtud del cual se señala que, lo no previsto en el capítulo referente al seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio (C.Co) y en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.*

*(…)*

*En estos términos, la prescripción **ordinaria (2 años)** empieza a correr desde el momento en que la persona con derecho a reclamar sea con base en el contrato de seguro SOAT (asegurador y tomador) o por disposición legal (Decreto 663 de 1993, num 4, para prestadores de servicios de salud), tenga o debiere tener conocimiento del hecho generador de la reclamación."*

Definido el anterior contexto y teniendo en cuenta que con la atención de la víctima por parte de la IPS. 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, empezó a contar desde el momento en que la IPS. conoció o ha debido conocer el siniestro, esto es, desde que fue atendida la víctima o en su defecto, la fecha de expedición de la factura comercial sino puede establecerse la fecha de dicha atención.

Por esta razón y teniendo en cuenta que las facturas que se cobran cobrar por esta vía por la atención de víctimas de accidentes de tránsito se ponen en evidencia el conocimiento cierto del hecho que da base a la acción para el cobro o reclamación a mi representada de tales servicios médicos-hospitalarios prestados, se deberá tomar como fecha, la expedición de las facturas o en su defecto, es decir el día en que se prestó el servicio asistencial a la víctima.

Se concluye que el art. 1081 del C.de Co. se refiere expresamente a las acciones judiciales que se derivan del contrato de seguro, por lo tanto, al darse aplicación a esta norma por remisión normativa, se debe entender que el termino de 2 años aplica tanto para reclamaciones administrativas como judiciales, no puede mal entenderse que al art 11 hacer remisión al termino judicial se desdibuje la aplicación en los procesos judiciales.

En consecuencia, cualquier tipo de acción que pueda derivarse del cobro por la prestación de servicios médicos-hospitalarios con cargo al Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito – SOAT, con relación a las facturas ejecutadas en el presente proceso, **SE ENCUENTRAN PRESCRITAS**, toda vez que el mandamiento de pago como bien puede constatarse en el expediente, fue proferido posteriormente al termino que

establecen las normas anteriormente transcrita, fecha para la cual ya habían transcurrido más de dos años contados desde la fecha de expedición o presentación de cada una de las facturas aportadas como título ejecutivo, las cuales datan del año 2015, lo que significa que operó el fenómeno de la prescripción ordinaria extintiva de la acción derivada del contrato de seguro, por lo cual es claro que la sentencia de primera instancia debe ser revocada y declararse la prescripción.

- **INDEBIDA VALORACIÓN DE LAS PRUEBAS OBRANTES EN EL PROCESO, DESCONOCIENDO EL PAGO DE FACTURAS EJECUTADAS EN EL PROCESO.**

  El a quo indica en sus consideraciones que se aportan 2 soportes de pago de las facturas 149252 y 146290, sin embargo, al momento de emitir el fallo declara no probada la excepción de pago, por lo cual no guarda relación lo manifestado en las consideraciones con lo enunciado en el fallo emitido, así mismo omitió realizar pronunciamiento en relación con los soportes de pago aportados con las excepciones propuestas, por lo cual se evidencia una indebida valoración de la prueba.

  En las excepciones presentadas se alegó el pago de facturas, manifestando que es uno de los modos de extinguir las obligaciones, se aceptó que las mismas habían sido presentadas a mi representada, y luego de dar el respectivo tramite de estudio interno y auditoria médica[5], procedió a hacer efectivo los pagos contenidos en las facturas que a continuación se relacionan:

| No. Factura | Valor Factura | Fecha Pago | No Orden Pago | Estado |
|---|---|---|---|---|
| 171493 | $ 14.489.700 | 6/07/2017 | 210203340 | Pago total |
| 149252 | $ 207.905 | 26/10/2015 - 10/10/2016 | 210156957 - 210187818 | Pago total |
| 147853 | $ 197.300 | 26/08/2015 - 10/10/2016 | 210149720 - 210187818 | Pago total |
| 146290 | $ 77.200 | 19/12/2016 | 210191412 | Pago total |

  Con las excepciones presentadas, se aportó la constancia del pago realizado a cada una de las facturas, es evidente que con los pagos realizados a las facturas relacionadas, mi representada SE ENCUENTRA AL DIA CON LA DEMANDANTE, con respecto a las reclamaciones presentadas, el despacho paso por alto realizar el estudio a las pruebas aportadas, emitiendo una decisión contraria a lo demostrado en el proceso, por lo cual se estima totalmente necesario se revoque lo decidido y en su lugar se declare probada dicha excepción.

[5] "(…) 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

- **ERRADA INTERPRETACIÓN Y VALORACIÓN PROBATORIA DEL DESPACHO AL CONSIDERAR QUE, AUNQUE NO HAY PRUEBA DE LA FECHA DE RADICACIÓN DE LAS FACTURAS, SE INFIERE QUE FUERON "GLOSADAS" (OBJETADAS) DE MANERA EXTEMPORÁNEA.**

  Se realizo una valoración errada a las pruebas aportadas, se hace mención que se estiman extemporáneas las objeciones presentadas en relación a una presunción de las fechas de las reclamaciones, concluyendo que no tiene vocación de prosperidad la objeción, cuando la jurisprudencia ha indicado que esta situación no exime al juzgador de analizar las excepciones de mérito.

  Tenemos que se encuentra probado en el proceso que existe una ausencia de exigibilidad por parte de clínica de fracturas centro de ortopedia y traumatología s.a. para cobrar las facturas reclamadas en la presente demanda por haber sido objetadas por parte de la previsora s.a. compañía de seguros.

  Con los documentos aportados en el proceso está más que demostrado que LA PREVISORA SA realizó objeciones totales en su debida oportunidad, mediante cartas enviadas a la entidad demandante, indicándose las razones fácticas y jurídicas, y que no era procedente el pago, por lo que no era procedente que se libre mandamiento de pago en contra de mi representada, pues cabe resaltar que dichos valores fueron objetados de forma total, el despacho desconoce por completo los argumentos expuestos los cuales esta respaldados con las objeciones, el despacho no realizó la valoración individual de cada una de las objeciones presentadas con el fin de determinar si entre la fecha de radicación y la fecha de presentación de la objeción transcurrió más de 1 mes.

  Se estima necesario que el despacho de segunda instancia realice un estudio de las excepciones presentadas en las cuales se manifestó que la ausencia de exigibilidad de las facturas por haber sido objetadas, **los soportes de las objeciones fueron aportados y por lo tanto conforme una valoración probatoria completa, se deben declarar probadas las excepciones.**

  Por lo anterior, solicito al Honorable Tribunal se proceda REVOCAR SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA, y en su lugar se declaren probadas las excepciones propuestas en el escrito de las excepciones de la demanda, conforme a lo probado en el proceso y alegado en el presente recurso.

Del señor Magistrado, respetuosamente,

**OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS**
**C.C. No. 39.006.745 de El Banco-Magd**
**T.P. No. 23.817 del C.S.J.**
S.V.CH - P150