

Señora
Honorable Magistrada MERY ESMERALDA AGÓN AMADO
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BUCARAMANGA
SALA CIVIL - FAMILIA
E.S.D.

REFERENCIA: EJECUTIVO
DEMANDANTE: CLÍNICA CHICAMOCHA S.A
DEMANDADA: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
RADICADO: 68001 31 03 007 2021 00131 01

ASUNTO: SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN

LUISA FERNANDA RUBIANO GUACHETÁ, Abogada titulada y en ejercicio, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1´017.179.863 expedida en Medellín y con T. P. No. 345.742 del C. S. de la J., Expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando en condición de apoderada de la entidad aseguradora **LA PREVISORA S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS**, sociedad legalmente constituida con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C. y la cual se identifica con el Número de Identificación Tributaria 860.002.400 – 2, la cual es Representada Legalmente por su Presidente Doctora **SILVIA LUCIA REYES ACEVEDO**, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Bogotá, quien se identifica con la cédula de ciudadanía número 37.893.544, encontrándome dentro del término legal, me permito **SUSTENTAR**, el recurso de apelación formulado contra la Sentencia proferida por el Juzgado Séptimo (7º) Civil del Circuito de Bucaramanga dentro del proceso de la referencia, en fecha de dieciséis (16) de mayo del año dos mil veintitrés (2023), para que previos los trámites de este tipo de recursos se resuelvan de manera favorable las siguientes:

CAPÍTULO I PETICIONES

- 1.1. Se sirva revocar en su totalidad el fallo proferido por el Juzgado Séptimo (7º) Civil del Circuito de Bucaramanga dentro del proceso de la referencia, en fecha de dieciséis (16) de mayo del año dos mil veintitrés (2023), conforme con los motivos que se expondrán en la presente sustentación.
- 1.2. Como consecuencia de la anterior, se encuentren probadas las excepciones formuladas.

CAPÍTULO II HECHOS RELEVANTES DEL PROCESO

La presente demanda versó sobre el cobro ejecutivo de facturas presentadas a la parte demandada con ocasión a la prestación de servicios en salud a pacientes víctimas de accidentes de tránsito SOAT.

Las facturas presentadas para cobro ejecutivo reposaron en una demanda sobre las cuales se libró mandamiento de pago, mismo que fue notificado a la parte demandada y sobre la cual se realizó la respectiva réplica por la parte pasiva.

Frente al cobro ejecutivo, la parte demandada procedió a contestar la demanda pronunciándose sobre los hechos en los cuales se encaminaron las acciones ejecutivas, posteriormente en mismo escrito, se presentó la respectiva excepción de mérito y por último se aportaron las pruebas documentales en las se acreditaban los pagos que se habían realizados a las facturas ejecutadas entre otros.

Mediante audiencia del (16) de mayo de 2023, el Juzgado primera instancia profiere fallo en el cual, en su parte resolutive, ordena seguir adelante la ejecución.

CAPÍTULO III RESUELVE FALLO

(...)

PRIMERO: DECLARAR NO PROBADAS las excepciones propuestas por el demandado LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS que denominó AUSENCIA DE LOS REQUISITOS FORMALES DEL TÍTULO VALOR, PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE COBRO, INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN, PAGO PARCIAL, PAGO TOTAL, MALA FE EN LA ACCIÓN Y LA GENÉRICA.

SEGUNDO: ORDENA seguir adelante la ejecución contra LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS, para el cumplimiento de la obligación determinada en el mandamiento de pago proferido por este juzgado el día once (11) de junio de dos mil veintiuno (2021).

(...)

CAPÍTULO IV FUNDAMENTOS DE LA APELACIÓN

Respetuosamente me dirijo a los Honorables Magistrados para sustentar el Recurso de Apelación interpuesto contra el fallo de primera instancia proferido por el Juzgado Séptimo (7º) Civil del Circuito de Bucaramanga, desarrollando los argumentos de inconformidad sobre la misma, que expuse ante el A quo, de la siguiente manera:

1. INEXIGIBILIDAD DEL TÍTULO, AL TRATARSE DE LA SUBCUENTA SOAT Y DE RECLAMACIÓN POR PÓLIZA, SE HABLA DE UN TÍTULO EJECUTIVO COMPLEJO

Dado que el presente proceso pretende el cobro de indemnizaciones por la prestación de servicios de salud a pacientes amparados por la póliza de seguros SOAT, debe tener en cuenta el Despacho que su naturaleza jurídica está regulada por el Título V del Código de Comercio, al compás de lo normado en el Decreto 663 de 1993 (EOSF), Decreto 056 de 2015, Decreto 780 de 2016 y las demás normas especiales constituidas para el caso así como las normas del contrato de seguro establecidas en el referido código; esta amplia normatividad da cuenta de los requisitos de la póliza bajo la idea de la unidad jurídica del título para que esta preste mérito ejecutivo, configurando en ella un título complejo ya que demandan que venga aparejada de un conjunto de documentos, los cuales le permiten evidenciar al Juez si constituyen prueba idónea de una obligación clara expresa y actualmente exigible.

Para sustento de la anterior afirmación, se trae a colación caso similar que cursó en el JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO ORAL DE BARRANQUILLA, bajo el radicado: 080013153009202004600 Proceso: EJECUTIVO Demandante: CLÍNICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA S.A. Demandado COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., en el cual mediante auto de fecha catorce (14) de septiembre de dos mil veinte (2020), señaló que:

“Frente a los requisitos de los títulos ejecutivos tenemos que los mismos pueden ser formales y sustanciales, los formales se refieren a que el documento, tratándose de un título ejecutivo simple, o conjunto de documentos, siendo un título ejecutivo complejo, que dan cuenta de la existencia de la obligación sean auténticos y que emanen del deudor o de su causante, de una condena proferida por el Juez o Tribunal de cualquier jurisdicción, o de otra providencia judicial que tenga fuerza ejecutiva conforme a la Ley, o de las providencias que en procesos contenciosos administrativos o de policía aprueben

liquidación de costas o señalen honorarios de auxiliares de la justicia, o de un pacto administrativo en firme¹.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace evidente entonces la **AUSENCIA DE LOS REQUISITOS FORMALES DEL TÍTULO VALOR** que fue puesto en conocimiento al Despacho, a lo largo del proceso, en aras de evidenciar la rigurosidad del legislador al establecer la normativa especial del título ejecutivo complejo.

La manifestación encuentra fundamento en lo establecido en el numeral 4º del Artículo 784 del Código de Comercio, normativa la cual prevé, que como medio exceptivo en contra de la acción cambiaria procede:

“ARTÍCULO 784. . Contra la acción cambiaria sólo podrán oponerse las siguientes excepciones: ... 4) Las fundadas en la omisión de los requisitos que el título deba contener y que la ley no supla expresamente;...”

Para continuar con el desarrollo de la presente excepción y dado que la misma resulta Página 5 de 23 procedentes necesario observar el Artículo 422 del Código General del Proceso, norma la cual establece los requisitos del título valor de la siguiente manera:

“ARTÍCULO 422. TÍTULO EJECUTIVO. Pueden demandarse ejecutivamente las obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documentos que provengan del deudor o de su causante, y constituyan plena prueba contra él, o las que emanen de una sentencia de condena proferida por juez o tribunal de cualquier jurisdicción, o de otra providencia judicial, o de las providencias que en procesos de policía aprueben liquidación de costas o señalen honorarios de auxiliares de la justicia, y los demás documentos que señale la ley. La confesión hecha en el curso del proceso no constituye título ejecutivo, pero sí la que conste en el interrogatorio previsto en el artículo 184.”

Conforme con lo aquí indicado se puede indicar que el primero de los requisitos con los cuales debe contar el título ejecutivo, es el referente a la claridad, no sólo en cuanto indicar al deudor, el acreedor y la obligación, es decir que de la solo lectura de este permita determinar de manera veraz, quien es el obligado, a favor de quien esta y cuál es el monto real de la obligación.

Ahora bien, en auto notificado por estado el dieciocho (18) de marzo de 2022 donde no se repone, en su parte considerativa en el numeral segundo (2), en referencia del artículo 422 del C.G.P sobre los requisitos del título ejecutivo, ellos son que la obligación sea clara, expresa y exigible, respecto a la exigibilidad manifiesta el despacho que: “significa que únicamente es ejecutable la obligación pura y simple , o que, habiendo estado sujeta a plazo o a condición suspensiva, se haya vencido aquel o cumplido esta.”

En este punto es importante resaltar que la factura presentada para la acción ejecutiva del presente caso es un “TÍTULO EJECUTIVO COMPLEJO” como lo ha reiterado la Corte constitucional y al respecto esta corporación señaló:

En sentencia T207 DE 2021 La Corte Constitucional

50. La obligación puede estar reconocida en un solo documento. Sin embargo, la prueba de su existencia puede depender de dos o más, siempre y cuando constituyan una unidad jurídica, o mejor dicho un “**título ejecutivo complejo**”. De acuerdo con la doctrina, los títulos complejos se configuran cuando la obligación se deduce de dos o más documentos dependientes o conexos. En este caso, el mérito ejecutivo emerge de la conexión jurídica de los documentos íntimamente ligados entre ellos. En esa dirección se ha explicado que “lo que se requiere en el título no es unicidad material en el documento, sino unidad jurídica del título; que de la pluralidad material de documentos se deduzca la existencia de una

¹ Consejo Superior de la Judicatura Consejo Seccional de la Judicatura de Atlántico JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO ORAL DE BARRANQUILLA Radicado: 080013153009202000046 Proceso: EJECUTIVO Demandante: CLÍNICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA S.A. Demandado COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

obligación en forma expresa, clara y exigible en favor del acreedor y a cargo del deudor, aunque algunas o varias de estas condiciones consten en uno o varios documentos, pero siempre y cuando esté plenamente acreditado que tales documentos plurales están unidos por una relación de causalidad y que tienen por causa u origen el mismo negocio jurídico"

Aunado a esto, para que la factura que es un título ejecutivo y no debería verse como un proceso ejecutivo común y corriente, pues este tiene características particulares, toda vez que necesario determinar su unidad jurídica para considerarlo exigible.

Así mismo el Artículo 774 del Código de Comercio establece:

“ARTÍCULO 774. REQUISITOS DE LA FACTURA. La factura deberá reunir, además de los requisitos señalados en los artículos 621 del presente Código, y 617 del Estatuto Tributario Nacional o las normas que los modifiquen, adicione o sustituyan, los siguientes:

1.La fecha de vencimiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 673. En ausencia de mención expresa en la factura de la fecha de vencimiento, se entenderá que debe ser pagada dentro de los treinta días calendario siguientes a la emisión.

2.La fecha de recibo de la factura, con indicación del nombre, o identificación o firma de quien sea el encargado de recibirla según lo establecido en la presente ley.

3. El emisor vendedor o prestador del servicio, deberá dejar constancia en el original de la factura, del estado de pago del precio o remuneración y las condiciones del pago si fuere el caso. A la misma obligación están sujetos los terceros a quienes se haya transferido la factura. No tendrá el carácter de título valor la factura que no cumpla con la totalidad de los requisitos legales señalados en el presente artículo. Sin embargo, la omisión de cualquiera de estos requisitos no afectará la validez del negocio jurídico que dio origen a la factura.

En todo caso, todo comprador o beneficiario del servicio tiene derecho a exigir del vendedor o prestador del servicio la formación y entrega de una factura que corresponda al negocio causal con indicación del precio y de su pago total o de la parte que hubiere sido cancelada. La omisión de requisitos adicionales que establezcan normas distintas a las señaladas en el presente artículo no afectará la calidad de título valor de las facturas.” (Negrillas fuera del texto.)”

Mediante el DECRETO NÚMERO 4747 DE 2007 (Diciembre 7) Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, no se habla de la póliza como título que preste mérito ejecutivo al contrario el artículo 21 señala que Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, **las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social, documentos que en su conjunto constituyen el título ejecutivo complejo, imposibilitando la concepción de que un solo documento aislado sea el que porte el mérito ejecutivo por sí solo:**

Artículo 21. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.

Aunado a lo anterior y como si las anteriores manifestaciones no fueran suficientes para evidenciar la necesidad de valorar en el presente asunto un título ejecutivo complejo, es preciso traer a colación jurisprudencia reciente en la que el TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO

JUDICIAL DE NEIVA SALA SEGUNDA DE DECISIÓN CIVIL FAMILIA LABORAL con ponencia de la Magistrada LUZ DARY ORTEGA ORTIZ, señaló que :

*El proceso ejecutivo se dirige a lograr el cumplimiento de una obligación que preste mérito (Art. 422 C.G.P.), resultando imperativo que el ejecutante aporte documento o grupo de documentos (**título ejecutivo complejo**) que provenga del deudor o su causante, que sea plena prueba contra este, del cual emerja una obligación clara -demostrativa de la deuda a cargo del ejecutado-, expresa -que permita advertir la relación obligacional entre las partes sin necesidad de efectuar ninguna suposición, construcción fáctica o jurídica- y exigible -facultad que se le otorga al acreedor de demandar su cumplimiento al haber acaecido el plazo pactado o no estar pendiente una condición-.*

*Tratándose del cobro coercitivo de las sumas de dinero adeudadas **por ocasión de la atención médica hospitalaria a la persona lesionada y beneficiaria del seguro obligatorio de tránsito SOAT**, el artículo 8o del Decreto 56 de 2015, **compilado en el Decreto 780 de 2016 (2.6.1.4.2.2)**, establece que la prestación de servicios de salud a las víctimas de accidente de tránsito legitima al prestador que la atendió para formular reclamación ante la compañía de seguros que expida el SOAT, en los términos del precepto 1081 del Código de Comercio². La anterior legitimación se encuentra cimentada en el numeral 4 del artículo 195 del Decreto 663 de 1993, modificado por el art. 244-4 de la Ley 100 de 1993, así como en los cánones 3 del Decreto 3990 de 2007 y 8° del Decreto 056 de 2015, normativa vigente para la época en que ocurrieron algunos de los hechos que originaron la creación de las facturas báculo de la ejecución.*

Atendida la víctima, la entidad prestadora de salud debe presentar ante la aseguradora solicitud de pago de los servicios brindados acompañada de los siguientes documentos: i) formulario de reclamación que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social diligenciado, ii) epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, iii) los que soporten el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención, iv) original de la factura o documento equivalente de la IPS que presta el servicio³, precisando que debe reunir los requisitos del artículo 774 del Código de Comercio, modificado por el canon 3o de la Ley 1231 de 2008, y además los señalados en los artículos 621 de dicho compendio normativo y 617 del Estatuto Tributario.

Las anteriores exigencias no resultan disímiles a las previstas en los artículos 194 y 195-4 del Decreto 663 de 1993, modificados por los numerales 2 y 4 del canon 244 de la Ley 100 de 1993, donde se exige acreditar la ocurrencia del accidente por medio de la certificación de atención por lesiones corporales o de incapacidad permanente, expedida por la entidad médica, asistencial u hospitalaria, debidamente autorizada para funcionar y presentar la reclamación, acompañada de las pruebas de los daños corporales y de su cuantía, si fuere necesario. Tampoco, con las consagradas en el numeral 2 del artículo 4 del Decreto 3990 de 2007, que exigía aportar original del certificado de atención médica de acuerdo con el formato que para el efecto adoptará el Ministerio de la Protección Social, la factura emitida por la IPS en la que constaran los servicios prestados, y en todo caso, acreditar la ocurrencia del siniestro y su cuantía. Menos, con las exigencias previstas en el precepto 26 del Decreto 056 de 2015, que finalmente fueron compiladas por el Decreto 780 de 2016.

Presentado el reclamo, la compañía de seguros autorizada para operar el SOAT estudia su procedencia, verificando la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término previsto y si esta ha sido o no

² Art. 2.6.1.4.2.5. Decreto 780 de 2016.

³ Art. 2.6.1.4.2.20 Ibid.

reconocida y/o pagada con anterioridad. Si reúne los requisitos, la Aseguradora pagará dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite, aun extrajudicialmente, el derecho de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, deberá reconocer y cancelar al solicitante, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

De esa manera, al tenor de las normas que rigen la materia, la obligación clara, expresa y exigible a cargo de la compañía de seguros, con independencia de la data de los hechos, surge cuando: i) el prestador del servicio de salud presenta en término la reclamación acreditando la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, junto con la totalidad de documentos exigidos por la Ley, y, ii) la Aseguradora omite realizar su pago dentro del término del mes siguiente, siempre y cuando, no formule objeción, conforme lo prevé el artículo 1053 de Código de Comercio.

Lo anterior permite afirmar que el título necesario para reclamar por la vía ejecutiva la satisfacción de las sumas de dinero derivadas de la atención médica hospitalaria a la persona beneficiaria del amparo SOAT, al estar gobernadas por normas de carácter especial en las que se exigen requisitos disímiles a los contenidos en la ley mercantil y que son propios al sistema general de seguridad social en salud -v.gr. términos de presentación, glosas, anexos para comprobar el servicio dispensado, condiciones de pago-, debe conformarse con la totalidad de los documentos -facturas, soportes, anexos, etc.- que develen sin ambages, cuál es la fuente de la obligación ejecutada y su sustento cartulario (título ejecutivo complejo), pues es de esta manera y no de otra, que el juzgador tiene la posibilidad de verificar el cumplimiento de los presupuestos de cobro, que a la par, allanan el camino para, de un lado, establecer cuál de las obligaciones es demandable ejecutivamente por haber sido presentada en legal forma y aceptada sin objeciones, y de otro, determinar cuáles tienen condicionada su exigibilidad ante la interposición de glosas. La anterior posición encuentra sustento en las sentencias STC8408-2021, STC3056-2021, STC8232-2020, STC19525-2017, STC1991-2022 de la Sala de Casación Civil y Agraria de la Corte Suprema de Justicia, concordante con la STL5532-2021 y STL4457-2022 de la Sala de Casación Laboral de la misma Corporación.

(...)

De suerte que, la presentación de las facturas de venta y las cuentas de cobro de manera aislada, son insuficientes para acreditar que la ejecutante presentó en debida forma una reclamación que diera derecho a exigir el pago por la vía ejecutiva, siendo en este caso, improcedente deducir de aquéllas, la existencia de una obligación clara, expresa y exigible, pues no incorporan el ejercicio de un derecho literal y autónomo, como si fuesen títulos valores, sino que, de acuerdo con la normatividad especial, son apenas una pieza entre todos los documentos que debe presentar la institución prestadora de salud ante la asegurada para que dé trámite a la reclamación (reconociendo el derecho u objetándolo).

Y es que si bien es cierto, el compendio de normas que regulan el sub examine, exigen que la factura de venta reúna los requisitos establecidos en el artículo 774 del Código de Comercio, modificado por el artículo 3o de la Ley 1231 de 2008, y además los señalados en los artículos 621 de dicho compendio normativo y 617 del Estatuto Tributario, tal mandato no habilita al prestador para acudir al proceso ejecutivo buscando su pago, pues como se ha insistido, la correcta conformación del título ejecutivo implica aportar la pluralidad de documentos que hicieron parte de la reclamación para deducir su fuerza coercitiva, cuando el asegurador omite realizar su pago en el mes siguiente, por supuesto, luego de no mediar objeción.

Teniendo en cuenta lo anterior, es preciso indicar a los honorables magistrados que aparejado con el escrito de demanda únicamente se ubican las 64 facturas, haciendo

caso omiso a la exigibilidad a través de un título ejecutivo complejo, pasando por alto la norma especial, así como la reiterada jurisprudencia respecto de los anexos que se requieren para dar cuenta del trámite de la subcuenta SOAT, como se evidencia en el acápite de prueba aportado, así:

MEDIOS DE PRUEBAS

Solicito señor Juez, tenga en cuenta las siguientes:

1. Las facturas referidas (64).
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de la sociedad demandante.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal de la demandada.
4. Poder conferido al suscrito.

Tomado del escrito de demanda presentado, expediente digital archivo 001⁴

En conclusión el título se constituye como complejo toda vez que la claridad de la prestación del servicio reposa en la documental que se ordena anexar a la factura de conformidad como lo ordena la normatividad especial para el presente asunto.

Dentro de los documentos adjuntos de carácter obligatorio se expresa la prestación del servicio arrojando la claridad y exigibilidad de la factura presentada.

Resulta entonces procedente solicitar se declare prospera la excepción y proceda con la revocatoria del fallo de primera instancia.

2. NO ACEPTACIÓN DE FACTURAS, TRÁMITE DE GLOSAS

Para el sustento del presente recurso de apelación me permito manifestar primeramente que, el A-Quo no tiene en cuenta el tipo de relación y el origen de la obligación de la cual se pretende el cobro por medio de un proceso ejecutivo, y es que las mismas corresponden al cobro de servicios de salud prestados a pacientes por pólizas SOAT expedidas por mi representada.

Adicionalmente, se debe registrar que en la motivación del fallo el juez de Primer instancia, erro frente al reconocimiento de las facturas SOAT como un título ejecutivo, toda vez que como se pasa a exponer estas por sí solas no prestaban mérito ejecutivo por no cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 472 del Código General del proceso, al no ser claros expresos y actualmente exigibles, pues se trata de títulos ejecutivos complejos.

Si bien se ha reiterado en todo el proceso, teniendo en cuenta el origen de la obligación, es de observar que la legislación aplicable para el presente asunto, hecho el cual fue omitido, pues en ningún momento de su fallo menciona las normas que regulan las relaciones por cobro de la prestación de servicios de salud con cargo a pólizas SOAT, y la cual me permito detallar así:

Normativa	Vigencia	
	Desde	Hasta
Código De Comercio	Marzo 27 De 1971	A La Fecha
Ley 45 De 1990	Diciembre 18 De 1990	A La Fecha
Decreto 1283 De 1996	Julio 23 De 1996	Octubre 17 De 2007
Decreto 3990 De 2007	Octubre 17 De 2007	Enero 14 De 2015
Decreto 056 De 2015	Enero 14 De 2015	A La Fecha
Decreto 780 De 2016	Mayo 6 De 2016	A La Fecha

Como se observa la relación jurídica en la cual se fundamenta el enlace entre aseguradoras e IPS tendiente a las reglas específicas de las pólizas de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito son amplias, pero las mismas regulan todos y cada uno de los

⁴ [001EscritoDemandaConAnexos.pdf](#)

eventos, es decir, que estamos frente a una relación jurídica, que tiene una legislación especial y la cual debe ser acatada por las autoridades judiciales al momento de resolver cualquier controversia sobre las mismas.

Desde la presentación de la contestación y en los interrogatorios de parte se le ha manifestado al Despacho la normatividad especial que rige y debe ser aplicada al presente proceso la cual ha sido desconocida en el fallo proferido al momento de dictar su resolución, las normas aplicables para el presente caso y que fueron omitidas en la sentencia son la ley 1438 del 19 de enero de 2011, artículo 57, Decreto 441 de 2002 y el manual único de glosas anexo técnico N° 6, entre otros, como se pasa a explicar.

Partiendo inicialmente con el objeto de la Ley 1438 de 2011, norma que está dirigida al trámite de pagos de la subcuenta SOAT, se logra evidenciar que efectivamente está dirigida a las instituciones vinculadas a la prestación del servicio de salud y su pago:

LEY No. 1438 19 ENE 2011
"POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"
El Congreso de Colombia DECRETA:
TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES.
ARTÍCULO 1º. OBJETO DE LA LEY. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.
Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

ARTÍCULO 2º. ORIENTACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros.

Para dar cumplimiento a lo anterior, el Gobierno Nacional definirá metas e indicadores de resultados en salud que incluyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas y demás actores que participan dentro del sistema. Estos indicadores estarán basados en criterios técnicos, que como mínimo incluirán:

Ahora bien, al realizar un estudio minucioso de la presente ley se puede evidenciar en los artículos 42, 57, 121, 135, 143 están dirigidos al sistema asegurador y a la subcuenta SOAT, en cuanto a su otorgamiento en seguros, la ejecución de la póliza y el pago de ésta, en caso de atención a pacientes víctimas de accidentes de tránsito SOAT.

Conforme con lo hasta aquí indicado, se puede precisar que, para poderse solicitar el pago de una obligación, lo primero que debe observarse es que esta haya nacido a la vida jurídica en debida forma, para el caso en concreto que las facturas hayan sido aceptadas, o que carezcan de glosa total o parcial.

Ahora bien, una vez se observa que la obligación si nació a la vida jurídica, se debe establecer que la misma no se haya extinguido conforme lo establece el Código Civil, para determinar si se debe hacer efectiva la mencionada obligación.

Teniendo en cuenta lo aquí establecido, me permito indicar que en el presente proceso se presenta un cobro de lo no debido, por cuanto existe y glosa de las facturas, situación desconocida y pasada por alto por el despacho de primera instancia, puesto que nunca detallo ninguno de los soportes aportados con el escrito de contestación, desconociendo en absoluto la no aceptación de las facturas y sin más, dando por sentado la exigibilidad de las mismas.

Particularmente y para el caso en comento el artículo 57 de la ley 1438 de 2011, establece los tiempos, con los que cuentan las entidades responsables del pago de servicios en salud, (Aseguradoras) y los prestadores del servicio, para tramitar y resolver las glosas respecto de las facturas y los anexos presentados y así derivar de ellas su aceptación o no y como consecuencia de ello la exigibilidad del pago.

ARTÍCULO 57º. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

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

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

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

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

Es necesario ponderar la necesidad de aplicación de la ley 1438 artículo 57 y el decreto 441 entre otras, sobre ley 2211 de 2007, dado que a la luz del criterio de aplicación de una norma se debe tener en cuenta el criterio de especialidad, siendo claro que para el caso que nos ocupa, esta prevalencia se da en razón a que aquellas disposiciones son norma especial, pues se encuentra contenidas dentro de una norma que regula concretamente la competencia sobre los tramites de facturación SOAT.

Citada la anterior normatividad y expuesta la misma respecto del por qué debe ser aplicada para el caso en concreto, pasaremos a indicar por qué debe ser revocado el fallo de primera instancia por desconocer los principios rectores del trámite de facturación.

Los Artículos 772 y 773 Del Código de Comercio indican tres parámetros fundamentales para que una factura preste mérito ejecutivo (1) Que la Factura sea librada y radicada (2) el tiempo con el que cuentan las partes, tanto vendedor como comprador para realizar sus manifestaciones de no conformidad respecto a lo cobrado y (3) la aceptación o no de la factura o su objeción.

Los tres parámetros indicados anteriormente se respetan en el trámite de las facturas por cobro de la prestación de servicios de salud a pacientes víctimas de accidentes de tránsito, pero con ampliación de los términos, al tratarse de una subcuenta especial que requiere disposiciones particulares, puesto que no es lo mismo el pago de una factura por servicio particular a la acreditación de la ocurrencia de un siniestro para afectar una póliza SOAT.

Respecto a algunas de las facturas libradas y radicadas estas se encuentran probadas con el sello de recibido de la Aseguradora, cumpliendo así el primer parámetro, sin embargo, respecto segundo parámetro, a saber el tiempo con que cuentan las partes tanto la entidad prestadora de servicios de salud como la aseguradora, se debe tener en cuenta lo ya mencionado en el artículo 57 de la ley 1438 de 2011, en el cual concede a la segunda el término de 20 días hábiles a fin de presentar la glosa, como se encuentra probado en el expediente, y visto **mas no estudiado por el Juez de primera instancia.**

Es preciso indicar que en el curso de la audiencia el Despacho accedió a los soportes documentales de las glosas probando así que la parte responsable del pago cumplió con la carga probatoria de acreditar el cumplimiento de la radicación de las glosas bajo los criterios e indicaciones que dispone el artículo 57 de la ley 1438 de 2011.

Por ende, se registra una indebida valoración probatoria en el fallo proferido al momento de estudiar la documental que acredita falta de exigibilidad de la totalidad de las facturas y la totalidad de los montos objeto de ejecución, lo anterior al no encontrar aceptación de facturas por parte de mi representada.

Lo omitido en este fallo por el Juez de primera instancia fue establecer si se cumplía con la carga probatoria por parte del prestador de servicios de salud CLÍNICA CHICAMOCHA S.A de subsanar o dar respuesta a las glosas propuestas por la aseguradora, para que la factura

se clasificará como IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA y así prestara merito ejecutivo, cumpliendo finalmente con el tercer parámetro indicado.

La carga del Juez dentro del presente proceso era establecer si se cumplió por parte de la demandante la carga de subsanar las glosas propuestas por la Aseguradora y de ahí partir a reconocer la exigibilidad o no de las facturas descritas en el proceso de la referencia, situación que no ocurrió, aunado que tampoco se revisó si al transcurrir de las glosas y de ser el caso las respuestas de las mismas, se expuso el desacuerdo de las no conformidades ante la Superintendencia Nacional De Salud, como lo indica el ampliamente citado artículo 57 en el inciso 5.

Igualmente, el Despacho en su fallo desconoció que la existencia de las glosas frente a las facturas ejecutables de conformidad con el anexo técnico Número 6 del manual único de glosas, devoluciones y respuestas, afecta directamente el valor de la factura presentada por el prestador de servicio de salud.

ANEXO TÉCNICO No. 6
MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS
UNIFICACION
Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009

DEFINICIONES

Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

Basta entonces con cuestionarse si irremediablemente de cualquier radicación de facturas emerge una obligación dineraria directa e irrevocable a cargo asegurador, pues visto el fallo de primera instancia se está prescindiendo de las características esenciales de generación, tiempo y aceptación de las facturas, obviando la oportunidad y el valor que se debe dar al tiempo con que cuenta la demandada de estar en desacuerdo con cobros que se presentan contrarios a las coberturas y amparos de las pólizas SOAT.

Concluyendo así lo anterior, el Juez de primera instancia dictó su fallo en una norma no aplicable para el caso, desconoció lo establecido en la ley 1438 de 2011 artículo 57, decreto 056 de 2015 y decreto 441 entre otras, vulnerando claramente el debido proceso de la Previsora S,A, Compañía de Seguros, al desconocerse el Derecho que esta tenía a que fuera la parte demandante quien probara que efectivamente ha cumplido su obligación de subsanar las inconsistencias cobradas en las facturas aquí ejecutadas, que impedían prestar mérito ejecutivo, puesto que de ellas no deriva exigibilidad.

Es de precisar que respecto a la prevalencia de la norma especial sobre la general La Sala Plena de la H. Corte Constitucional en Sentencia C 005 del día dieciocho (18) de enero de mil novecientos noventa y seis (1996), siendo Magistrado Ponente el Doctor José Gregorio Hernández Galindo se pronunció en los siguientes términos:

“El artículo 5º de la Ley 57 de 1887 estableció con claridad que la disposición relativa a un asunto especial prefiere a la que tenga carácter general. De lo dicho se deduce también que si se tienen dos normas especiales y una de ellas, por su contenido y alcance, está caracterizada por una mayor especialidad que la otra, prevalece sobre aquélla, por lo cual no siempre que se consagra una disposición posterior cuyo sentido es contrario al de una norma anterior resulta ésta derogada, pues deberá

tenerse en cuenta el criterio de la especialidad, según los principios consagrados en los artículos 3º de la Ley 153 de 1887 y 5º de la Ley 57 del mismo año."

En este mismo sentido de especialidad y en especial a la norma aplicable cuando se trate de facturas por servicios de Salud, La Sala Civil y Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bucaramanga, siendo Magistrado Ponente el Doctor Antonio Bohórquez Orduz, en Sentencia del veintitrés (23) de junio del año dos mil veinte (2020) dentro del proceso radicado bajo el número 68001310300620170021802, Interno: 247/2019, preciso

"El tema de las facturas del servicio de salud ya ha sido estudiado por este Tribunal, entre otras, en providencias de fechas 6 de mayo de 2010 con ponencia de la H. Magistrada Mery Esmeralda Agón Amado en el proceso radicado al N° 2010- 150 y en la del 27 de marzo de 2012 proferida por el H. Magistrado José Mauricio Marín Mora en el proceso radicado bajo el No. 2011-293, en los que se llegó a la conclusión que las facturas generadas como consecuencia de la prestación de servicios de salud del Régimen de Seguridad Social no deben mirarse desde la óptica de la Ley 1231 de 2008, exclusivamente, sino, también, bajo los parámetros especiales señalados en el Decreto 4747 del mismo año, entre otras normas, posición que comparte esta Sala."

Ahora bien, al observar el fallo objeto de recurso es claro que este pronunciamiento judicial se aleja de la normatividad vigente y la jurisprudencia al momento de dictar un fallo con normas de carácter general, sin la observancia de las normas que la regulan.

Para mayor claridad sobre este punto, y con el fin de demostrar como el A – Quo desconoce la norma especial al momento de resolver sobre la excepción de prescripción indica que, por tratarse de títulos ejecutivos complejos, se les debe aplicar la norma general establecida en el Código Civil, alejándose por completo de la normatividad que regula las reclamaciones por SOAT, para ser más precisos los Decretos 056 de 2015 y 780 de 2016.

Respecto al Decreto 056 de 2015 *"Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT"* (Negrillas Propias) en su Artículo 1º establece el objeto del mismo así:

"ARTÍCULO 1o. OBJETO. *<Artículo compilado en el artículo 2.6.1.4.1 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016>* El presente decreto tiene por objeto establecer 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**, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en que deben operar tanto la Subcuenta ECAT del Fosyga, como las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y demás entidades referidas en el ámbito de aplicación de este acto administrativo.

Las víctimas de que trata el artículo 3o de la Ley 1448 de 2011, serán atendidas conforme lo dispuesto en dicha ley, en el Decreto 4800 de 2011 y las demás normas que en su desarrollo se expidan y recibirán los beneficios establecidos en tales disposiciones.

ARTÍCULO 2o. ÁMBITO DE APLICACIÓN. *<Artículo compilado en el artículo 2.6.1.4.2 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016>* El presente decreto aplica al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), **a las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)**, a las Entidades Territoriales, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), a las administradoras de los regímenes exceptuados de la

aplicación de la Ley 100 de 1993, a los reclamantes de los servicios médicos, las indemnizaciones y los gastos aquí previstos, así como a las demás entidades que puedan llegar a tener alguna obligación o responsabilidad relacionada con las reclamaciones de que trata este acto administrativo."

Como se observa de la lectura de los artículos transcritos es claro que esta era la norma aplicar por las siguientes circunstancias:

- A. El mismo busca el pago de los servicios de salud y gastos derivados de accidentes de tránsito.
- B. La parte demandante es una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- C. La demandada es una entidad aseguradora habilitada para la expedición de pólizas SOAT.

Es decir que se cumple todos y cada uno de los requisitos del objeto y ámbito de aplicación del Decreto 056 de 2015, por ende esta es la normatividad a aplicar dentro del presente asunto, al ser una norma especial, mostrando de esta manera que el Juez (7°) séptimo Civil del Circuito de Bucaramanga, inaplico la normatividad legal vigente, sin realizar un análisis jurídico o jurisprudencial en el cual manifestara las razones por las cuales no resulta aplicable esta normatividad, máxime cuando desde el primer momento toda la defensa se ha basado en la normatividad especial que regula lo relativo a las Pólizas SOAT.

3. PRESCRIPCIÓN

Continuando con los yerros del fallo, en el mismo despachan de manera desfavorable la **excepción de prescripción de la acción de cobro** formulada, atendiendo a que en el presente asunto se están haciendo exigibles facturas que datan de los años dos mil dieciocho (2018) y dos mil diecinueve (2019) se debe indicar que las diversas remisiones normativas realizadas por el Artículo 35 del Decreto 1032 de 1991 **"Por el cual se regula integralmente el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito."**

"ARTÍCULO 35. REMISIÓN AL RÉGIMEN GENERAL. <Incorporado en el Decreto 663 de 1993, EOSF, bajo el artículo 192> En lo no previsto en el presente Decreto el seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por **las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por la Ley 45 de 1990.**"

Atendiendo a las nuevas necesidades legislativas y con la expedición del Decreto 056 de 2015 el cual en su Artículo 41, establece:

"Artículo 41. Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, 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.
..." (Negrilla Propia)*

En igual sentido el Artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de mayo seis (6) del año dos mil dieciséis (2016), **Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social**, Artículo el cual señala:

“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.
...” (Negrillas fuera del texto)

Conforme con las normas que han regido para las pólizas SOAT el término de prescripción a aplicar es el establecido en el Artículo 1081 del Código de Comercio, el cual indica:

“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

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.”

Con las normas hasta aquí transcritas resulta más que evidente que existió una indebida motivación al momento de resolver el asunto por cuanto la inaplicación de la norma especial conlleva claramente a tomar una decisión contraria a derecho.

Pero no bastando con el desconocimiento de la normatividad especial también desconoció el **precedente jurisprudencial**, pues si bien existiese algún tipo de incertidumbre respecto del término de prescripción y norma aplicable, la jurisprudencia ha expuesto reiteradamente los principios, reglas y conexiones entre las facturas como las aquí ejecutadas y el contrato de seguros.

Al respecto, la como lo cita la Sentencia Proferida por La Sala de Decisión Civil y Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira del día nueve (9) de mayo del año dos mil dieciocho (2018), dentro del proceso radicado con número 66001-31-03-004-2015-00653-01, sentencia en la cual fungió como Magistrado Ponente el Doctor Jaime Alberto Saraza Naranjo, cuando indicó:

“Y es que, efectivamente, de lo que se erigió en motivo de reparo, se sustentaron a la postre dos situaciones. La primera, que ya habían prescrito todas las obligaciones derivadas de las facturas relacionadas en la contestación; y la segunda, el perito en su informe señaló que una factura no aparecía como presentada para el cobro, concretamente la número 1387283 por valor de \$13'450.399,00 y su ejecución, por tanto, pierde efecto.

Para dilucidar lo primero, es necesario hacer un parangón entre las obligaciones cuya prescripción se deprecó en el escrito de excepciones, concretamente a folio 1294 del cuaderno principal, y aquellas de las que efectivamente el Juzgado aceptó la excepción. (Las que aparecen resaltadas son las que admitió el Juzgado).

....

Al declarar probada la excepción, el Juzgado acudió al contenido del artículo 1081 del C. de Comercio, que prevé que 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 primera, de dos años, que contará desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción; y la segunda, de cinco años, que correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Para el caso, se tomó partido por la ordinaria, por cuanto desde la atención brindada se conocía del hecho que fundamentaba la acción. Sobre ese aspecto ningún disenso se plantea y la decisión de la funcionaria se halla acorde con lo que regula el artículo 10 del Decreto 3990 de 2007, vigente para cuando se presentaron las facturas, señalaba, en cuanto al pago de la indemnización y la sanción por mora, que "La compañía de seguros está obligada a efectuar el pago de la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la víctima o sus causahabientes o las personas que demuestren haber asumido los gastos funerarios o realizado el transporte, acrediten, dentro de los plazos previstos en el artículo 1081 del Código de Comercio, su derecho ante la aseguradora y hayan demostrado la ocurrencia del siniestro y su cuantía. Vencido el plazo de un mes, el asegurador reconocerá y pagará al beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 1080 del Código de Comercio".

Ahora bien, al proferir la sentencia, dijo la funcionaria sobre la prescripción alegada, de manera precisa que: "concretamente estas facturas, una vez analizadas las mismas se tiene que respecto a algunas no prospera la excepción pues no corrió el término de 2 años entre la fecha de la atención médica y la presentación de la factura para su cobro y otras fueron objeto de abono, lo cual interrumpe la prescripción; no obstante frente a las facturas N° 1214917 – 1398739 – 1401241 – 1401550 – 1401589 -1401598 – 1401615 – 1401621 – 1401632 – 1401976 – 1407295 - 1425293 – 1426406 – 1427326 – 1437058 y 1441723 sí tiene vocación de prosperidad el medio exceptivo propuesto y así se declara". Ninguna otra explicación se dio para que la excepción fracasara frente a las últimas facturas enlistadas.

Pero, 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, lo que, siguiendo la demanda y la excepción misma propuesta, ocurrió como puede observarse en este derrotero:

...
De manera que, sin mucho andar, se halla que la excepción también tenía que prosperar respecto de otras obligaciones, en relación con las cuales no hubo renuncia, porque ningún valor se reconoció; y, es evidente que corrieron más de los dos años mentados desde la fecha de la atención hasta cuando se radicaron ante la aseguradora. Son ellas las facturas 1398752, 1401433, 1401499, 1401515, 1401568, 1401576, 1401589.

De manera que se adicionará el fallo para declarar la prosperidad de la excepción sobre ellas."

Ahora bien, el legislador presenta claramente una remisión expresa en cuanto a la prescripción al artículo 1081 del Código Civil, distintas fuentes han pretendido generar conflicto de interpretación normativa la cual ha sido aclarada jurisprudencialmente confirmando que la prescripción en los casos de ejecuciones por la prestación de servicios médicos de atención a pacientes por SOAT, es de dos (2) años, al respecto, en un caso análogo, el Tribunal del Distrito Judicial de Barranquilla en sentencia de fecha 12 de agosto de 2020, expediente 08001315301310170014903, magistrada ponente Giomar Porras del Vecchio, señaló:

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

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

Bajo ese hilo de pensamiento, y teniendo en cuenta que no transcurrieron dos años entre la prestación de los servicios cuyo pago se solicita, y la reclamación elevada, ni entre esta última y la demanda judicial notificada dentro del término de un año, puede predicarse que la excepción de prescripción no está llamada a la prosperidad"

El anterior enunciado jurisprudencial deja claro que se debe aplicar una prescripción de dos (2) años de conformidad con el artículo 1081 del Código de Comercio para el cobro de las facturas emanadas de una obligación soportadas en un contrato de seguros.

El fallador de primera instancia, dentro de su pronunciamiento final se alejó de la génesis raíz del presente problema jurídico, al resolver la acción como una ejecución común, la cual presenta una clara frustración en la apreciación probatoria, puesto que se debió operar bajo los principios de las acciones de seguros, dictadas en el código de Comercio y normas especiales, como lo es para el presente caso el Decreto 4747 de 2007 y 056 de 2015.

Al respecto el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá en sentencia de fecha 28 de junio de 2019, dentro del expediente 11001310303720170054901 con magistrado ponente Jose Alfonso Isaza Davila, realiza un amplio pronunciamiento respecto de la normatividad aplicable para las ejecuciones que nacen de un contrato de seguros,

"El régimen jurídico de estos especiales documentos de cobro de servicios de salud en el ámbito de SOAT, en verdad tienen unas particularidades que dejan ver una cierta mixtura brumosa en las normas llamadas a gobernarlas, pues por un lado, se trata de facturas aducidas por prestación de servicios de salud, que por tal motivo tienen una indudable conexidad con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, al punto que así puede verse en el contexto del decreto 056 de 2015, que regula las "**condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito**, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de salud y protección social en su calidad de consejo de administración del Fosyga, por parte de la subcuenta ECAT del FOSYGA **y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT**".

No obstante, que, por otro lado, el mismo decreto 056 de 2015 remite algunas normas comerciales, cuando se refiere a regulaciones especiales para el SOAT, a cuyo propósito manda, entre otras cosas, que la reclamación debe presentarse "*dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio*" (...)

Ampliando los pronunciamientos jurisprudenciales anteriormente citados, el Doctor Fernando Palacios Sánchez, en el texto Seguros Temas Esenciales (2016, cuarta Ed.) pagina 240 y 241, manifiesta lo siguiente:

"Antes de la expedición del Decreto 056 de 2015, la prescripción del SOAT no tenía una regulación expresa, de tal suerte que por la disposición expresa del numeral 4° del artículo 192 del Estatuto resultaban aplicables al SOAT las disposiciones del Código de Comercio relacionadas con la prescripción del contrato de seguros, en este sentido, para efectos de la prescripción del SOAT nos debíamos remitir al artículo 1081 del Código de Comercio.

Con la expedición del Decreto 056 de 2015 la prescripción del SOAT **tiene una regulación propia**. en efecto, el numeral 1° del artículo 41 del mencionado decreto

establece expresamente que 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 seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio**" (...) (Subrayado es mío)

Con lo expuesto anteriormente es claro que aun a falta de una normatividad clara que presentaba vacíos de interpretación, la jurisprudencia y doctrina han establecido claramente que las facturas por cobro de SOAT se encontraban ligadas al contrato de seguros, puesto que bajo este amparo se generaban los hechos constitutivos de la obligación ejecutada.

La prescripción del artículo 1081 del Código de Comercio no enlista qué tipo de obligaciones se encuentran sometidas a dicha condición, sino que por el contrario expresamente y de manera general se aplicará a todas "las acciones que se derivan del contrato de seguro" de manera directa o indirecta, para el asegurado para la víctima o para terceros.

Por su parte el Doctor Orlando Quintero García en su obra Aspectos Procesales del Contrato de Seguro en el Código General del Proceso, editorial Doctrina y ley (2017) página 97, hace referencia a la sentencia del 04 de marzo de 1989 de la Sala de Casación Civil con ponencia del Magistrado Alberto Ospina Botero, así:

"Todas las acciones que tengan como soporte el contrato de seguro, **sea que busquen la satisfacción del derecho, como acontece con la ejecución**, sea que persigan su esclarecimiento reconocimiento, como sucede con las de naturaleza cognoscitiva **están sometidas inexorablemente a los plazos extintivos que prevé el artículo 1081 del ordenamiento comercial**" (Negrilla es mía)

Pero el Juez de primera instancia no solo desconoce la Ley, La Jurisprudencia, sino que también desconoce las directrices establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que supervisa tanto a las IPS como a las Aseguradoras.

Respecto al PRONUNCIAMIENTO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, boletín Jurídico número Once (11) del año dos mil catorce (2014), publicó el concepto el cual indica:

"Asunto: Prescripción en las facturas emitidas por prestación de servicios de salud.

Respetado señor:

Hemos recibido su comunicación por medio de la cual consulta sobre la aplicación de la figura de la prescripción en las facturas que emiten las Empresas Sociales del Estado -ESE-, por la prestación de servicios de salud. Al respecto, me permito señalar:

...

Para el caso de las compañías que administran el SOAT, no existe un plazo máximo en la legislación, pero el artículo 35 de Decreto 1032 de 1991 preceptúa que:

"REMISION AL REGIMEN GENERAL. En lo no previsto en el presente Decreto el seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por la Ley 45 de 1990."

Esto es, que en estricta aplicación del artículo 1081 del Código de Comercio, la prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria, así:

- 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."

Que esta posición también fue reiterada por esta corporación en el concepto Referenciado: 1-2017-022998, el cual fuera publicado en el Boletín Jurídico Número 42 de enero a marzo del año dos mil diecisiete (2017), cuando se pronunció respecto a la prescripción de dos (2) años y su aplicación, en los siguientes términos:

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

Al respecto, se precisa que lo que prescribe no es el derecho sino la acción consagrada para exigir su pago ante la autoridad competente, por ende, al operar esta figura, se torna en una obligación meramente natural que no confiere derecho para exigir su cumplimiento (Art 1527 del Código Civil- C.C); sin embargo, ello no obsta para que la entidad responsable del pago voluntariamente pueda proceder con el pago.

El artículo 2512 del C.C define la prescripción como 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 los demás requisitos legales. Adicionalmente, en su artículo 2513, el Código Civil establece que el que quiera aprovecharse de la prescripción debe alegarse; dado que no puede ser declarada de oficio.

Igualmente, en el artículo 2514 del C.C, se hace alusión a la renuncia expresa y tácita de la prescripción, por razón de la cual, una vez cumplida, la prescripción puede ser renunciada expresa o tácitamente.

Si bien la prescripción implica la imposibilidad jurídica de poder ejercer cualquier acción para hacer valer un derecho pretendido, para que esta opere debe ser alegada por quien pretenda ampararse en ella.”

Con fundamento en lo anterior solicito su señoría se sirva revocar el fallo de primera instancia de fecha dieciséis (16) de mayo de dos mil veintitrés (2023), a partir de la indebida aplicación de la norma especial que prevalece para este tipo de asuntos los cuales gozan de una regulación propia la cual ha sido ratificada por la jurisprudencia y la doctrina, frente a lo expuesto anteriormente es claro que el a quo se apartó tanto de la norma especial, de la doctrina y la jurisprudencia como se expuso dentro de todo el proceso y en la presente sustentación.

El Decreto 056 de 2015, Decreto 4747 de 2007 y Decreto 780 de 2016, fueron desconocidos totalmente por el fallador de primera instancia, quien durante el proceso, y audiencia reconoció que la existencia de los títulos que ejecutados emanaba de la atención a pacientes de accidentes de tránsito atendidos con cargo a la póliza de seguros SOAT, pero en el fallo basó su decisión en una norma de menor jerarquía para el caso concreto y no aplicable para obligaciones generadas del contrato de Seguros.

Con lo hasta aquí indicado resulta más que obvio que el fallo debe ser revocado, por cuanto el mismo se fundó en normas que no aplican para el presente asunto a pesar de ser advertido por el suscrito en múltiples oportunidades dentro del proceso sobre la normatividad especial con que debe ser tratado este problema jurídico que nos ocupa, el juez decidió de manera arbitraria aplicar la norma general aunque en audiencia fue consciente que la ejecución provenía de una obligación de contrato de seguro, pues así lo manifestó enfáticamente.

Ahora bien, el desconocimiento de los pagos realizados por la Previsora S.A. Compañía de Seguros no sólo resulta contrario al espíritu de la Constitución en la primacía del derecho sobre la forma, sino que también atenta contra la verdad, permitiendo de esta manera un enriquecimiento injusto a favor de la **CLÍNICA CHICAMOCHA S.A** y en detrimento del patrimonio de mi representada.

Pero no solo se trata de un enriquecimiento injusto el cual afecta el patrimonio de la Previsora S.A. Compañía de Seguros, sino que también se afecta los dineros del Sistema

General de Seguridad Social en Salud, por cuanto las Pólizas SOAT hacen parte de este sistema, y no bastando con esto, la sentencia al no reconocer los pagos se podría llegar a constituir una de las situaciones que más afectado el sector salud, que es el doble pago de los servicios de salud, motivo por el cual el presente fallo debe ser revocado.

En los anteriores términos sustento el recurso de apelación formulado.

Atentamente,

LUISA FERNANDA RUBIANO GUACHETÁ
C.C. 1´017.179.863 de Medellín
T.P. 345.742 C.S. Judicatura